

# GRIS

Groupe  
de recherche  
interdisciplinaire  
en santé

## *Transformation des systèmes de soins de santé et pratique d'imputabilité*

*Carl-Ardy Dubois*  
Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

T02-07

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
*Philosophiæ Doctor (Ph.D.)*  
En Santé publique  
Option : *Organisation des soins*

WX  
155  
D836  
2002



Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Secteur santé publique

INSPO - Montréal



3 5567 00000 4876

WX  
155  
D826  
-1002

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb. bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

Université de Montréal

Transformation des systèmes de soins de santé  
et pratiques d'imputabilité

par

Carl-Ardy Dubois

Département d'Administration de la Santé  
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en santé publique, option organisation des soins

août 2002

©Carl-Ardy Dubois, 2002

Université de Montréal  
Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

Transformation des systèmes de soins de santé et pratiques d'imputabilité

présentée par :

Carl-Ardy Dubois

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lise Lamothe	président-rapporteur
Jean-Louis Denis	directeur de recherche
Pascale Lehoux	membre du jury
Jean Turgeon	examineur externe
Claude Sicotte	représentant du doyen de la FÉS

Thèse acceptée le : 4 décembre 2002

## RÉSUMÉ FRANÇAIS

Mots clés : imputabilité, réforme, nouveau management public, gestion, système de soins, études de cas.

Au cours des deux dernières décennies, les systèmes publics de soins au Canada ont fait l'objet d'ambitieux programmes de restructuration qui s'inscrivaient souvent dans le contexte d'une réforme globale de la gouvernance des services publics. Le discours réformiste qui accompagne la mise en œuvre de ces changements revendique l'émergence d'un *Nouveau Management Public* et met l'accent sur la valeur de l'imputabilité comme élément intrinsèque de toute bonne gouvernance et comme un puissant outil de transformation pouvant conduire à des services plus efficaces et plus efficients. Cette thèse, en s'appuyant sur la perspective d'acteurs professionnels et managériaux sélectionnés pour leur forte implication dans la gouvernance des services de santé, analyse l'évolution des politiques et pratiques d'imputabilité dans le contexte des transformations récentes des systèmes de soins au Canada en vue de saisir, au travers de ces politiques et pratiques, les principales formes d'imputabilité qui sont valorisées et les dynamiques de gestion auxquelles elles donnent lieu. La stratégie de recherche s'appuie sur trois études de cas correspondant à trois provinces canadiennes qui ont engagé des réformes de grande envergure de leurs services de santé au cours de la dernière décennie. La thèse est organisée autour de trois articles.

Dans le premier article, nous nous sommes attelés à définir le concept d'imputabilité et à identifier les principales configurations théoriques auxquelles il donne lieu. Cet article démontre que l'imputabilité n'est pas un phénomène univoque. Elle peut recouvrir différentes formes en fonction des modes de structuration des rapports entre les acteurs impliqués, des mécanismes de reddition de compte qui sont privilégiés, de la conception de la performance mise de l'avant et du cadre auquel réfèrent les acteurs pour définir ou interpréter leurs responsabilités. Quatre modèles théoriques ont été décrits. Une analyse critique de ces différents modèles montre que le discours du contrôle qui y est souvent associé et l'interprétation des relations entre les acteurs en termes de relation d'agence incitent à miser uniquement sur des mécanismes formels pour contraindre les comportements quand il s'agit de renforcer l'imputabilité. Nous argumentons que la reconnaissance des individus en tant qu'*intendants* capables de travailler délibérément et de manière autonome à la poursuite d'objectifs relevant du bien commun amène à exploiter les possibilités complémentaires offertes par les différents modèles et miser sur d'autres mécanismes de gouverne qui s'écartent de la rationalité instrumentale et privilégient plutôt la confiance, la réciprocité, les valeurs partagées, la collaboration.

Le deuxième article s'appuie sur les bases théoriques précédemment posées et analyse empiriquement les formes d'imputabilité associées aux transformations des services de santé. Cette

analyse témoigne des efforts déployés dans le cadre des réformes pour intégrer des composantes politiques et/ou managériales dans des systèmes où les formes bureaucratiques et professionnelles d'imputabilité sont traditionnellement en situation de co-dominance. Les études de cas indiquent de manière convergente des efforts pour articuler, en dépit de leurs prémisses contradictoires, des composantes politiques, bureaucratiques, managériales et professionnelles d'imputabilité à l'intérieur de formes organisationnelles renouvelées. Les observations indiquent que la coexistence de multiples formes d'imputabilité peut s'avérer une condition nécessaire non seulement pour augmenter les capacités rationnelles des organisations et leur coordination mais aussi pour assurer un juste équilibre entre la diversité des attentes, des intérêts, des pôles de pouvoir et d'influence, des visions qui se concurrencent dans les systèmes de soins de santé.

Le troisième article s'appuie, comme le précédent, sur les trois études de cas. Il examine à la fois les stratégies discursives et les pratiques associées au renouvellement de la gestion des services publics et cherche à déterminer comment les discours et techniques managérialistes ont été mobilisés dans la mise en œuvre des réformes, comment ils sont incorporés dans les discours et pratiques organisationnels et dans quelle mesure ils contribuent à modifier ou à perpétuer les dynamiques existantes d'imputabilité et de gestion. Les conclusions de cet article dénotent que la revendication antibureaucratique et l'idéal d'une nouvelle administration sous-jacents à la nouvelle idéologie managériale se seront traduits dans les services publics canadiens par une persistance bureaucratique et l'émergence d'une nouvelle technologie du contrôle misant sur un renforcement des capacités analytiques des décideurs et l'instrumentation de la mesure des performances. Les données témoignent d'une orientation fortement instrumentaliste et descendante (top-down) des réformes inspirées du *Nouveau Management Public*. Nous discutons des limitations d'une telle approche et des moyens que peuvent mobiliser les organisations publiques pour être elles mêmes les moteurs de leurs transformations et contribuer activement à l'amélioration de leurs performances.

Les conclusions de cette thèse indiquent que le renouvellement des pratiques d'imputabilité dans le contexte des réformes des systèmes de soins s'inscrit avant tout dans la recherche d'une augmentation des capacités rationnelles de ces systèmes. Mais cette quête de rationalité doit pouvoir intégrer l'incertitude liée à la fois à la complexité de ces systèmes, aux attentes et situations paradoxales qui les caractérisent. Au-delà des réarrangements structurels, ce renouvellement doit pouvoir compter également sur les capacités des acteurs et leur adhésion à un ensemble de principes définis collectivement et qui gouvernent leurs actions.

## ENGLISH SUMMARY

Key words : accountability, reform, new public management, health care system, case study

Over the last decades, convergent factors have led to the implementation of major reforms in health care systems across Canada. The reformist discourse that comes with these changes claims the emergence of a New Public Management and focuses on accountability treated as an intrinsic part of good governance. This thesis examines the policies and the practices of accountability within the current context of the transformation of health care services and aims to permit a better understanding of what forms of accountability are associated with the reforms and what management dynamics they drive. To attain this objective we adopted a strategy of research based upon three case studies targeting Quebec, Alberta and Ontario. The thesis is structured into three papers.

The first paper defines the concept of accountability and presents a theoretical framework with four main models of accountability drawn from an extensive review of the literature: the political model, the bureaucratic model, the managerial model, and the professional model. A critical analysis of these four models shows that the control discourse often associated with accountability is based on an agency conception of human relationships and does not take into consideration the opportunities for improving governance offered by other elements such as trust, reciprocity, shared values, and cooperation.

In the second paper, we empirically examine the forms and mechanisms of accountability associated with the transformation of health care services. Our case studies show that different models operate simultaneously in health care systems. Though professional and bureaucratic models have traditionally been dominant, reforms are attempting to integrate components of the political and managerial models. Our analysis suggests that the coexistence of multiple approaches of accountability is needed to take into consideration the multiple facets of health care, to facilitate appropriate checks and balances in the health care systems and to have a fair equilibrium between different interests, different sources of power and different visions of how health care should be.

The third paper examines both discursive strategies and practices associated with the renewal of the management of public services. It looks to determine how both managerialist discourses and techniques have been integrated into reforms and to what extent they are altering or perpetuating the existing dynamics in terms of accountability and management. Our analysis suggests that, into the context of Canadian public services, antibureaucratic claims driven by the managerial ideology have translated into a bureaucratic persistence and a new technology of control

associated with a strong focus on performance measurement and analytic tools. Our discussion emphasises the limits of the top-down and instrumentalist approach that has characterized the implementation of New Public Management in Canada.

This thesis suggests that the renewal of accountability practices is often pursued with the aim to increase the rational capacities of health care systems and organisations. This quest of rationality should also integrate the uncertainty associated with paradoxical expectations and the complexity that characterizes health care systems. Beyond structural reforms, this renewal should also take into consideration the capacities of the actors and their adherence to a set of collectively defined principles that govern their actions.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ FRANÇAIS .....	III
ENGLISH SUMMARY .....	V
TABLE DES MATIÈRES .....	VII
LISTE DES TABLEAUX .....	X
LISTE DES FIGURES .....	XI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	XII
REMERCIEMENTS .....	XIV
<b>1. PARTIE INTRODUCTIVE.....</b>	<b>1</b>
1.1 IMPUTABILITÉ EN TANT QUE BASE DE LA GOUVERNANCE .....	1
1.2 CRISE DE LA GOUVERNANCE DANS LES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ - LES CAUSES PROFONDES .....	4
▪ <i>Une crise des finances publiques</i> .....	5
▪ <i>Une crise des processus traditionnels de fourniture et de gestion des services de santé</i> .....	9
▪ <i>Une crise de légitimité</i> .....	12
1.3 LES RÉPONSES À LA CRISE .....	15
1.4 IMPUTABILITÉ ET TRANSFORMATION : VARIABLE DÉPENDANTE ET VARIABLE INDÉPENDANTE .....	21
1.5 SOMMAIRE INTRODUCTIF ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	23
<b>2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>25</b>
2.1 CLARIFIER LE CONCEPT D'IMPUTABILITÉ .....	25
▪ <i>Structuration des relations entre les acteurs</i> .....	26
▪ <i>Reddition des comptes</i> .....	30
▪ <i>Gestion de la performance</i> .....	32
▪ <i>Responsabilité</i> .....	34
2.2 QUE SAVONS-NOUS DES LIENS ENTRE LES PROCESSUS DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE SOINS DE SANTÉ ET L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES D'IMPUTABILITÉ? .....	36
▪ <i>Régionalisation des services de santé et imputabilité</i> .....	36
▪ <i>Contractualisation des services de santé et imputabilité</i> .....	40
▪ <i>Empowerment et imputabilité</i> .....	43
2.3 QUE SAVONS-NOUS DES FACTEURS QUI INFLUENCENT LES PRATIQUES D'IMPUTABILITÉ DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES? .....	46
<b>3. MODÈLE CONCEPTUEL ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....</b>	<b>51</b>
<b>4. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>54</b>
4.1 MODE D'INVESTIGATION .....	54

4.2	STRATÉGIE DE RECHERCHE .....	55
4.3	DESCRIPTION SUCCINCTE DES CAS .....	55
4.4	COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES .....	58
▪	<i>A. Collecte des données</i> .....	59
A.1.	Collecte de données documentaires .....	59
A.2.	Collecte des données auprès des informateurs-clés .....	62
▪	<i>B. Analyse des données</i> .....	65
B.1.	Analyse de contenu des données d'entrevues .....	65
B.2.	Analyse du discours .....	68
▪	<i>C. Triangulation</i> .....	69
▪	<i>D. Validation des Interprétations</i> .....	69
4.5	VALIDITÉ DE LA RECHERCHE .....	70
<b>5.</b>	<b>ARTICLES .....</b>	<b>73</b>
	<b>ARTICLE 1 : IMPUTABILITÉ ET DÉFAILLANCES DES SYSTÈMES DE CONTRÔLE: SORTIR DE LA QUADRATURE DU CERCLE .....</b>	<b>74</b>
	RESUMÉ .....	75
	1.- INTRODUCTION .....	76
	2.- MÉTHODE .....	78
	3.- LES DIMENSIONS DE L'IMPUTABILITÉ .....	79
	4.- QUATRE MODÈLES PRÉPONDÉRANTS D'IMPUTABILITÉ .....	84
▪	<i>Le modèle politique</i> .....	85
▪	<i>Le modèle bureaucratique</i> .....	86
▪	<i>Le modèle managérial</i> .....	86
▪	<i>Le modèle professionnel</i> .....	87
	5.- COMBLER LES ZONES GRISSES LAISSÉES PAR LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE .....	90
	6.- BIBLIOGRAPHIE .....	104
	<b>ARTICLE 2: ACCOUNTABILITY IN CANADIAN HEALTH CARE SYSTEMS: FITTING THE PIECES OF THE PUZZLE TOGETHER .....</b>	<b>110</b>
	ABSTRACT .....	111
	1.- INTRODUCTION .....	112
	2.- FOUR MODELS OF ACCOUNTABILITY IN THE HEALTH SECTOR .....	113
	3.- FORMS AND PRACTICES OF ACCOUNTABILITY IN CANADIAN HEALTH CARE ORGANISATIONS .....	116
▪	<i>Methodology</i> .....	116
▪	<i>Quebec case study</i> .....	119
▪	<i>Table 1: Quebec case study. Sample text excerpts from discourses (Translated from French)</i> 122	
▪	<i>Alberta case study</i> .....	125
▪	<i>Table 2: Alberta case study – Sample text excerpts from discourses</i> .....	128
▪	<i>Ontario case study</i> .....	131
▪	<i>Table 3: Ontario case study – Sample text excerpts from discourses</i> .....	134
	4.- DISCUSSION .....	138
	5.- BIBLIOGRAPHY .....	146

<b>ARTICLE 3 : RENOUVEAU MANAGÉRIAL ET IMPUTABILITÉ POUR LA PERFORMANCE - DÉ- BUREAUCRATISATION OU RE-BUREAUCRATISATION? .....</b>	<b>148</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>149</b>
1.- INTRODUCTION .....	151
2.- NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET RÉFORME DES SERVICES PUBLICS .....	154
3.- RENOUVEAU MANAGERIAL DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA.....	164
▪ <i>Methodologie.....</i>	<i>164</i>
▪ <i>Le cas du Québec : outiller l'administration.....</i>	<i>167</i>
▪ <i>Le cas de l'Alberta : mesurer l'administration.....</i>	<i>179</i>
▪ <i>Le cas de l'Ontario: rentabiliser l'offre de services publics .....</i>	<i>189</i>
4.- DISCUSSION .....	198
5.- BIBLIOGRAPHIE .....	208
<b>6. CONCLUSION .....</b>	<b>216</b>
<b>7. BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE.....</b>	<b>229</b>
<b>8. ANNEXE : L'ADMINISTRATION PUBLIQUE CANADIENNE - DE L'ÈRE DE CROISSANCE À UNE ÈRE DE RÉFORMES – LES CAS DE 3 PROVINCES.....</b>	<b>250</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : contenu des 3 articles	53
Tableau 2 : Types de documents consultés	61
Tableau 3 : Grille d'entretien	65

### ARTICLE 1

Tableau 1: Présentation simplifiée des 4 modèles	89
--------------------------------------------------	----

### ARTICLE 2

Table 1: Quebec case study – Sample text excerpts from discourses	122
Table 2: Alberta case study – – Sample text excerpts from discourses	128
Table 3: Ontario case study – Sample text excerpts from discourses	134
Table 4: Main Features of accountability in the three case studies	139

### ARTICLE 3

Tableau 1 : Nouveau management public - trois axes principaux d'interventions	160
Tableau 2 : Indicateurs de performance du Ministère de la Santé en Alberta	182

### ANNEXE

Tableau 1 : Réformes des services publics au Québec	256
Tableau 2 : Réformes des services publics en Alberta	257
Tableau 3 : Réformes des services publics en Ontario	259

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Modèle conceptuel	51
Figure 2 : Présentation schématique de la démarche de recherche	72

**LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

CCAC	Community care access center
CEO	Chief Executive Officer
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSS	Commission de restructuration des services de santé
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
NMP	Nouveau management public
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
QUANGO	Quasi autonomous non governmental organisations
RHA	Regional health authorities
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

Ma thèse est dédiée :

- à Myrka, Jean-Marc et Carl-Frédéric qui ont comblé ces années d'études.
- à Mirelène pour son dévouement
- à mes parents pour leur encouragement

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en tout premier lieu mon directeur de thèse, le professeur Jean-Louis Denis, pour la qualité de son encadrement, sa disponibilité et sa richesse intellectuelle qu'il a partagées avec moi tout au long des dernières années.

Mes remerciements vont également à tous les autres professeurs du Département d'administration de la santé qui m'ont généreusement invité à travailler avec eux, m'ont impliqué dans leurs projets de recherche et m'ont ainsi permis de vivre une expérience académique très enrichissante.

J'exprime aussi ma gratitude :

- « à l'ex-Programme National de Recherche et de Développement en Santé (PNRDS) dont les bourses ont été intégrées dans les activités des Instituts de Recherche en Santé du Canada. La bourse doctorale obtenue auprès du PNRDS m'a permis de consacrer l'essentiel de mon temps à mes études;
- « à HealNet qui a supporté et financé la réalisation de cette recherche;
- « à Maria Centoni qui a révisé l'article en anglais;
- « à Marie-Michèle Ménard pour l'aide apportée dans la transcription des entrevues.

*"If men were angels, no government would be necessary. If angels were to govern men, neither external nor internal controls on government would be necessary. In framing a government which is to be administered by men over men, the great difficulty lies on this: you must first enable the government to control the governed; and in the next oblige it to control itself"* (Personn, Roland, & Tabellini, 1997)

## **1. PARTIE INTRODUCTIVE**

### **1.1 IMPUTABILITÉ EN TANT QUE BASE DE LA GOUVERNANCE**

La demande d'imputabilité publique de ceux qui servent la volonté collective date de la fondation de la société organisée et était déjà assez forte autant dans les sociétés archaïques de la Grèce antique que dans les démocraties pré-modernes d'Athènes qui recourraient déjà à un ensemble de mécanismes et procédures pour assurer la transparence de l'action publique, pour sanctionner les mauvaises conduites des gouvernants et pour stimuler la participation citoyenne à l'action publique (Taylor, 1981; von Dornum, 1997). Aujourd'hui l'imputabilité est au cœur de la gouvernance dans les sociétés démocratiques et représente l'un des principaux fondements de l'administration publique. Elle constitue le principe qui informe tous les mécanismes par lesquels ceux qui détiennent et exercent une autorité quelconque sont tenus de rendre des comptes (Aucoin & Heintzman, 2000).

La gouvernance, c'est-à-dire, le gouvernement des hommes par les hommes, à quelque niveau que ce soit, doit constamment conjuguer le même paradoxe: l'exercice du pouvoir et le besoin de contrôler ce même pouvoir. Les gouvernants ont une prérogative de contrôle sur les gouvernés, mais en même temps doivent créer les conditions nécessaires pour qu'eux-mêmes soient contrôlés (Rossiter, 1961; Schedler, 1999). Les gouvernés délèguent des pouvoirs importants à leurs gouvernants pour imposer des taxes, dépenser les fonds publics, gérer les institutions publiques, bref prendre un ensemble de décisions qui peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie de chaque citoyen. Mais cette délégation de pouvoirs suppose en retour que les gouvernants en fassent un bon usage et soient imputables de leurs actes, c'est-à-dire soient tenus d'expliquer, de justifier la

manière dont ils utilisent leur pouvoir et, le cas échéant, de faire face à d'éventuelles sanctions (Haque, 1994).

Au cours des dernières décennies, suite à l'expansion vertigineuse des systèmes de soins, à la médicalisation de larges aspects de l'activité humaine, à l'augmentation spectaculaire du recours aux services de santé, à la part croissante des richesses nationales consacrées aux soins, la gouvernance du secteur de la santé a été projetée au centre de toutes les préoccupations politiques, économiques, sociales et s'est traduite par des demandes de plus en plus fortes pour tenir imputables tous ceux qui exercent une responsabilité quelconque dans ce secteur. L'institutionnalisation progressive au fil des siècles des questions liées à la santé, l'instauration d'un dispositif administratif pour gérer les problèmes de santé, la perception de plus en plus forte de la santé comme un bien public, l'inscription de la santé dans les missions publiques font en sorte qu'aujourd'hui la bonne gouvernance des systèmes de soins de santé occupe une place prépondérante dans la légitimation même de l'État (Fassin, 1996). Le financement collectif, public et privé, des soins a été associé non seulement à une extraordinaire expansion de la gamme des services utilisés et de leur quantité, mais aussi à une préoccupation constante concernant la pertinence et l'efficacité de cette activité (Lomas & Contandriopoulos, 1996). Ainsi l'instauration d'une politique nationale de santé, la mise en évidence de résultats qui peuvent lui être imputés, la fourniture de services de santé adéquats sont des éléments capables de renforcer la légitimité des pouvoirs publics. À l'inverse, les gouvernements sont très vite interpellés et leurs bases même peuvent être ébranlées lorsque surviennent des problèmes importants de santé publique ou lorsque le fonctionnement des services de santé devient insatisfaisant (Fassin, 1996).

D'autres faits marquants de l'évolution des systèmes de soins de santé et des professions de la santé traduisent cette même préoccupation par rapport à l'imputabilité. L'un des principaux traits de l'évolution des professions dont la médecine est l'archétype a toujours été de veiller à la mise en œuvre des dispositifs susceptibles de garantir l'imputabilité des professionnels en tant que groupes sociaux vis-à-vis de l'ensemble de la société. La constitution d'une profession résulte en général de la délégation d'un mandat social à un groupe d'individus qui ont ainsi le droit d'exercer certains actes et bénéficient d'un privilège d'autorégulation mais doivent rendre compte à la société de la manière

dont ils exercent ce droit et ce privilège (Freidson, 1970a,b). Par ailleurs, la médecine a été traditionnellement comprise et pratiquée comme devant être aux services des personnes et devant contribuer à l'amélioration de leur bien-être. Le principe d'imputabilité a ainsi servi de fondement à la tradition d'éthique clinique et à toutes les déontologies des professionnels intervenant dans le champ de la santé qui mettent toutes l'accent sur la responsabilité morale des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients et des devoirs attachés à l'exercice de cette responsabilité (McCullough, 2000). Les professionnels de santé et tous ceux impliqués dans l'offre des services de santé ne peuvent détourner les savoirs ou pouvoirs dont ils disposent uniquement au service de leurs intérêts. Pour les médecins, le serment d'Hippocrate prononcé lors de l'entrée dans la confrérie, leur donne l'occasion à chaque fois d'affirmer cet engagement à se mettre au service d'autres personnes et à respecter leur autonomie et leur volonté. L'imputabilité reste aussi cœur de multiples efforts pour promouvoir l'éthique clinique, pour assurer l'intégrité de la relation entre le professionnel de santé et son patient et pour protéger le public de comportements déviants. Le code de Nuremberg en 1947, les diverses déclarations de l'association médicale mondiale (Helsinki en 1964, Tokyo en 1975, Manille en 1982), les interventions des législateurs dans tous les pays pour régir les pratiques des professionnels et autres intervenants en santé sont autant de témoins de ces efforts déployés pour baliser les comportements des praticiens, chercheurs et décideurs du secteur de la santé (Bourgeault, 1995).

L'imputabilité est ainsi au cœur de l'action sociale, en santé comme dans d'autres secteurs, et fait partie intégrante de toute réflexion sur la nature des liens qui régissent les rapports entre gouvernants et gouvernés, entre professionnels et clients, entre mandants et mandataires, entre électeurs et élus, bref toutes situations qui supposent un exercice du pouvoir, une délégation d'autorité ou un transfert de responsabilités. En s'inscrivant au centre même de la dynamique des systèmes organisationnels et sociaux, elle constitue une variable déterminante pour la compréhension de la coordination organisationnelle, des comportements organisationnels et des mécanismes d'échanges sociaux (Tetlock, 1985a,b, Tetlock & Kim, 1992; Cummings et Anton, 1990). Le renouvellement de la gouvernance des systèmes de soins de santé qui figure à l'agenda politique de nombreux pays questionne tout un ensemble de problèmes qui réfèrent, entre autres, aux relations entre divers paliers d'administration, aux rapports entre les professionnels et les administrateurs, aux interactions entre les producteurs de services et les usagers, aux mécanismes de protection du public, à l'implication des citoyens et des consommateurs dans la gouvernance, autant

de questions qui concernent au premier chef les pratiques d'imputabilité et qui peuvent poser un impératif de renouvellement de ces dernières. Cette thèse propose une analyse de l'évolution des politiques et des pratiques d'imputabilité dans le contexte des transformations récentes des systèmes de soins de santé au Canada. Elle cherche spécifiquement à identifier les principales conceptions théoriques de l'imputabilité, les formes d'imputabilité associées au processus de renouvellement de la gouvernance des services de santé et les mécanismes par lesquels s'articulent différentes formes d'imputabilité dans les systèmes de soins. S'appuyant sur la perspective critique d'analyse des organisations, elle examinera également le langage des réformes et les stratégies argumentatives des acteurs qui y sont impliqués en vue de déterminer dans quelle mesure le discours organisationnel et réformiste et les propositions qui y sont associées suggèrent un renouvellement radical des systèmes existants ou s'inscrivent plutôt dans une pédagogie de reproduction de ces derniers.

Tout d'abord, dans cette partie introductive de la thèse, nous nous proposons de faire ressortir les grands enjeux posés par les transformations récentes des systèmes de soins et la place qu'occupe l'imputabilité dans les projets de renouvellement de leur gouvernance. Nous discuterons ensuite des objectifs généraux de la recherche et de sa portée.

## **1.2 CRISE DE LA GOUVERNANCE DANS LES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ - LES CAUSES PROFONDES**

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, un ensemble de facteurs convergents ont contribué à créer au cours des deux dernières décennies des pressions particulièrement fortes pour engager des réformes profondes de la gouvernance des systèmes de soins de santé. En effet, si les succès remportés par les systèmes publics de santé mis en œuvre dans l'après-guerre ne semblent aujourd'hui pas faire de doute, le consensus semble tout aussi fort par rapport à la reconnaissance des difficultés de gouvernance auxquelles sont confrontés actuellement ces systèmes. À la lumière des données existantes et en paraphrasant Rosanvallon (1981) et Vornetti (1997), ces problèmes de gouvernance peuvent être présentés comme étant la conjonction de trois crises qui affectent les

systèmes publics de soins de santé : une crise des finances publiques, une crise des processus traditionnels de fourniture et de gestion des services de santé, une crise de légitimité.

- **Une crise des finances publiques**

Depuis au moins 20 ans, tous les pays industrialisés, incluant le Canada, doivent faire face à une crise des finances publiques qui coïncide avec une explosion des dépenses de santé et des dépenses sociales dans un contexte de mondialisation de l'économie. Les trois décennies de plein emploi et de croissance économique rapide et ininterrompue qui ont suivi la deuxième guerre mondiale ont favorisé l'émergence des États-Providence, un élargissement des fonctions de l'État, un développement sans précédent des mécanismes publics de protection sociale et en même temps une augmentation des dépenses budgétaires de l'État. Cependant, le début des années 80s allait marquer la fin de cet âge d'or qui aura duré 30 ans. La situation budgétaire s'est détériorée. Les gouvernements ont accumulé déficits après déficits. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE, le déficit des administrations publiques a atteint les 4.2 % du PIB en 1993. À la même date, le ratio de la dette publique par rapport au PIB, un indice particulièrement mal accepté par les marchés financiers, atteignait 68.1 % pour l'ensemble des pays (OCDE, 1996a). Cet endettement élevé s'est traduit par une hausse tendancielle à la fois sur les taux d'intérêt, sur le niveau de taxation des particuliers et des entreprises, sur les prix, minant ainsi la compétitivité des entreprises et entraînant des taux de chômage élevés. La situation spécifique du Canada n'était pas différente. La grande majorité des provinces font encore face à une dette importante même si d'importantes mesures d'ajustement structurel ont été prises de manière convergente à partir du milieu des années 90 pour équilibrer les budgets publics. Suivant les données de Statistique Canada, les dettes accumulées des provinces sont passées de 17.3 milliards en 1980 (5.7 % du PIB) à 258.3 milliards (27.8 % du PIB) en 1999. S'y ajoute la dette fédérale qui atteignait 574 milliards en 1999 (Statistique Canada, 2000, 2001). Parallèlement, l'environnement économique des États s'est radicalement modifié et l'intégration économique a progressé plus vite qu'auparavant, enlevant ainsi aux États certains leviers de contrôle de leur économie comme l'utilisation de la baisse des taux d'intérêt, par exemple, pour stimuler la croissance nationale (Scharpf, 1997). Il paraissait ainsi de plus en plus clair qu'il n'était plus possible de faire abstraction des contraintes économiques qui pèsent sur l'ensemble des dépenses publiques et conséquemment sur les systèmes de soins. Cette prise de conscience aura aussi amené avec elle

un ensemble de questions concernant la taille de l'État, la performance du secteur public, la viabilité des services et la qualité de la prise de décision en matière de dépenses publiques.

Ces développements négatifs au niveau des économies et les contraintes budgétaires associées survenaient à un moment où les dépenses de santé connaissaient un rythme de croissance particulièrement rapide favorisé par la conjonction d'une triple transition socio-démographique, épidémiologique et technologique. Au Canada comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la structure démographique connaît une mutation sans précédent. L'augmentation de la richesse nationale et des revenus individuels, la réduction des taux de mortalité infantile et générale, la diminution de la taille des familles, les investissements considérables dans les programmes sanitaires et sociaux sont autant de facteurs qui auront contribué à l'allongement de l'espérance de vie et à l'accroissement de la population du 3<sup>ème</sup> âge (65 ans et plus) et, de plus en plus, du 4<sup>ème</sup> âge (80 ans et plus) [Scherer, 1997 ; OCDE, 1994a]. Cependant, si le vieillissement de la population dans les sociétés les plus industrialisées constitue l'un des résultats positifs des progrès économiques et des politiques sanitaires et sociales, il pose aussi un problème majeur de maintien des programmes de santé qui ont contribué à ce vieillissement. L'augmentation du nombre de personnes âgées est accompagnée d'une augmentation de la demande de services de santé. Il a été documenté que les personnes de plus de 65 ans consomment en moyenne à peu près 4 fois plus de soins de santé que celles qui se trouvent en dessous de ce seuil (OCDE, 1987) et que les dépenses médicales tendent à augmenter plus fortement au cours de la dernière année de vie. Un cinquième des dépenses de santé serait consacré à des personnes qui sont dans la dernière année de leur existence (Abel-Smith, 1996). Cette pression pour les services de santé est d'autant plus forte en raison d'un certain nombre de mutations sociales parallèles. La proportion réduite de personnes d'âge mûr par rapport aux personnes âgées, la probabilité de plus en plus grande pour les personnes âgées de vivre seules, la plus forte proportion de femmes occupant un emploi rémunéré, auront aussi diminué le soutien des soignants naturels et donné lieu à une demande accrue de services professionnels (OCDE, 1996a).

Sur le plan épidémiologique, la structure de morbidité a évolué, conséquence de l'un des paradoxes de la Médecine. L'efficacité des soins médicaux et l'amélioration du niveau de vie font en sorte que les gens ne meurent plus aussi vite de leurs maladies. Mais les tendances observées de

l'état de santé indiquent que cette aptitude à vivre plus longtemps n'est pas forcément accompagnée par une aptitude à prévenir les affections invalidantes (Freedman & Soldo, 1994; Robine & al., 1992; OCDE, 1996a) mais entraîne plutôt une progression des maladies chroniques, dégénératives et des polyopathologies qui nécessitent des traitements prolongés et extrêmement coûteux surtout lorsqu'ils sont dispensés en milieu hospitalier.

Sur le plan technologique, les investissements dans la science et la technologie ont augmenté de manière constante au cours des 50 dernières années, entraînant une expansion extraordinaire des connaissances et de la technologie médicales (CQHCA, 2001). Cette expansion, non affectée par la crise économique des dernières décennies, aura contribué à une augmentation des dépenses associées à un ensemble de technologies nouvelles : chirurgies cardiaques, technologies néonatales et fœtales, opérations complexes des articulations. Les médicaments constituent actuellement la composante qui croît le plus rapidement dans les dépenses de santé. À l'échelle canadienne, les dépenses en médicaments ont augmenté de 116 % entre 1990 et 2000 (passant de 1.8 milliards à 3.9) contre une augmentation de 23 % pour les dépenses hospitalières (passant de 19.7 milliards à 24.3) – [cf. report of Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000].

Trois facteurs liés au mode d'introduction des technologies dans le secteur de la santé contribuent à renforcer les effets de cette pression technologique sur la dépense santé. Un premier tient au rythme de diffusion du progrès médical et de la technologie médicale qui est forcément plus rapide dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs parce que, notamment, il est souvent insoutenable qu'une nouvelle technologie ou un nouveau médicament jugé plus efficace ou plus performant ne soit rapidement mis à la disposition de tous les malades. Les professionnels de santé qui souhaitent desservir les intérêts de leurs patients et qui partagent en général la confiance du public dans les technologies nouvelles sont d'autant plus susceptibles de céder aux pressions dont ils sont sujets pour adopter rapidement de nouvelles technologies rendues disponibles dans le secteur (Feeny, 1994). Un deuxième tient au fait que les technologies médicales, particulièrement les médicaments, nécessitent souvent un temps de développement long associé à des coûts de plus en plus élevés. Il y a aussi le fait que les technologies nouvelles s'ajoutent aux anciennes sans forcément s'y substituer et donnent ainsi lieu à une offre supplémentaire de services qui répercutent sur les coûts.

Les perspectives scientifiques laissent augurer de nouveaux progrès dans les prochaines années qui apporteront de nouveaux outils dans la lutte contre la maladie. Les promesses offertes par la thérapie génique, les avancées dans les traitements antiviraux, les nouveaux développements dans les soins anticancéreux, les découvertes thérapeutiques promises dans le domaine de maladies actuellement sans traitement efficace, le développement des soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers sont autant de facteurs qui pourraient contribuer à renforcer cette pression des technologies sur les dépenses de santé.

À cela s'ajoute l'évolution dans les attitudes des consommateurs et dans leurs rapports avec les systèmes de soins. Les demandes des consommateurs sont plus diversifiées, plus sophistiquées, plus informées et ils sont de plus en plus nombreux à questionner la capacité de leurs gouvernants à répondre à ces demandes (Svehla, & Crosier, 1994). En tant que contribuables, ils s'inquiètent pour les coûts croissants des services de santé, mais en tant qu'usagers, ils veulent des services de meilleure qualité, continus et plus accessibles. Ces nouvelles attitudes, manifestes dans le contexte canadien chez la génération des *baby boomers*, se seront soldées par une utilisation plus extensive des services médicaux, des pressions de plus en plus fortes pour les technologies de pointe et les plus coûteuses, des exigences plus fortes quant à la gamme de services disponibles et quant à la qualité des services (Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000).

Toute cette conjugaison de facteurs aura donc contribué à maintenir une pression importante sur la dépense santé et posé en même temps un certain nombre de menaces à la viabilité des systèmes publics de soins. Les récents budgets de la santé montrent que la croissance des dépenses s'est inscrite durablement sur un rythme plus rapide que celui des ressources nationales et que ce coût collectif sera insoutenable sans hypothéquer d'autres secteurs de l'économie ou de l'action sociale. C'est dire que les divers éléments de cette crise financière viennent questionner la survie des systèmes de soins. Les questions soulevées sont autant de défis posés à la gouverne de ces systèmes et concernent à la fois les niveaux de couverture, les modalités de financement, l'allocation des ressources, l'évolution des rôles et des responsabilités.

- **Une crise des processus traditionnels de fourniture et de gestion des services de santé**

Si les pressions technologiques, l'inflation des coûts des médicaments, le vieillissement de la population et les demandes subséquentes de services concourent tous à l'explosion constatée des dépenses de santé, ils ne permettent pas de justifier à eux seuls le rythme élevé de cette progression et n'expliquent pas non plus les nombreuses difficultés d'organisation auxquelles la plupart des systèmes de soins de santé sont confrontés. De nombreuses évidences témoignent par ailleurs d'une crise d'efficacité et indiquent que la structuration actuelle des systèmes de soins de santé et les modes d'organisation prédominants ne permettent pas la meilleure utilisation des ressources en vue d'assurer une offre de services efficaces et de qualité. Les comparaisons internationales sont à cet égard très significatives. Des pays comparables à la fois par leurs caractéristiques économiques, démographiques et techniques n'ont pas connu les mêmes évolutions de leurs dépenses de santé ni expérimenté les mêmes problèmes d'organisation (OMS, 2000).

Au Canada, comme en font foi toutes les Commissions d'étude des dernières années, les systèmes de soins de santé sont dans l'ensemble confrontés à un ensemble de problèmes qui relèvent au premier chef de la structuration et de l'organisation des services (Clair, 2000 ; Fyke, 2001; Mazankowski, 2001 ; Romanow, 2002). En dépit de la part importante de ressources publiques consacrées aux systèmes de soins, l'expérience quotidienne des usagers avec ce système est marquée par toute une série de difficultés. L'accès aux services quand le besoin se fait sentir qui correspond à une demande légitime des contribuables est de plus en plus rendu difficile. Partout au pays, les individus doivent se plier aux contraintes de listes d'attente plus ou moins longues pour avoir accès à certains services comme les chirurgies cardiaques, les traitements contre le cancer, les tests diagnostiques. L'encombrement des salles d'urgence fait régulièrement la manchette des journaux (Decter, 2000). Les pénuries qui touchent plusieurs catégories de personnels notamment les infirmières menacent la qualité des soins offerts aux patients et contribuent à créer en même temps un environnement de travail précaire pour le personnel en place qui doit faire face à une charge de travail alourdie (Baumann & al, 2001).

De manière récurrente, les Commissions d'enquêtes indiquent que l'organisation des services et la division du travail actuelle caractérisée par la fragmentation des services, la

spécialisation croissante des intervenants, les cloisonnements institutionnels, et la multiplicité des portes d'entrée ne facilitent pas toujours une réponse adéquate aux besoins des patients, notamment ceux victimes de multiples pathologies lourdes ou complexes nécessitant du temps, un travail interprofessionnel, un suivi étroit et une vaste gamme de ressources.

D'autres données indiquent que les structures d'incitation vont souvent à l'encontre d'une utilisation efficiente des ressources. Du côté de l'offre, dans beaucoup de cas, les techniques de financement et de budgétisation ainsi que les modes de paiement des ressources semblent nuire de manière déterminante à l'incitation et à l'efficacité, en favorisant la demande induite par l'offre et en augmentant l'intensité des services (OCDE, 1995a). Le budget historique qui sert encore, dans certaines provinces, de base d'allocation des ressources aux hôpitaux n'incite pas ces derniers à améliorer leur efficacité et contribue parfois à récompenser ceux qui dépensent le plus. De surcroît, cette budgétisation globale a été appliquée avec plus ou moins de rigueur, les gouvernements étant amenés, année après année, à renflouer les caisses des hôpitaux pour combler les déficits accumulés (OCDE, 1994b). La rémunération à l'acte qui peut tendre à favoriser une demande induite par l'offre et une augmentation de l'utilisation des services constitue encore le principal mode de paiement des médecins et les efforts pour profiter des avantages potentiels qu'offrent des modalités alternatives de paiement sont restés durant longtemps très limités (Deber & al., 1994). Du côté de la demande, les conditions prédominantes où le consommateur n'a aucune idée du bien-fondé et des coûts du traitement peuvent être de nature à le déresponsabiliser et conduire à une surconsommation (OCDE, 1995a).

Sur le plan de l'offre technique des services, de nombreuses recherches font croire que des efforts importants restent à faire pour rationaliser la pratique médicale en fonction des évidences scientifiques et s'assurer ainsi que les interventions cliniques sont efficaces et surtout appropriées (Sackett & al, 1996, 1997). Aux États-Unis, un rapport récent de l'*Institute of Medicine* indiquait, sur la base d'extrapolations de différentes études, que les accidents iatrogéniques pouvaient être à l'origine de 44 000 à 98 000 décès par an pour la plupart liés, non pas à un manque de connaissances, à la mauvaise volonté ou à un manque de ressources mais à la manière dont les soins sont organisés (Institute of Medicine, 2000). Au Canada, il n'y a pas réellement de données fiables sur les accidents évitables mais plusieurs études récentes ont documenté des problèmes de

la qualité de l'offre de services liés soit à une sous-utilisation, soit à une sur utilisation ou à une mauvaise utilisation des services : sur-utilisation ou mauvaise utilisation des antibiotiques (Jewesson, 1996); sous-utilisation de l'arthroplastie pour arthrites sévères chez les femmes (Hawker & al, 2000), sous-utilisation de stéroïdes en inhalation chez les patients asthmatiques (Sin & Tu, 2001). D'autres études indiquent des variations dans les taux d'utilisation des services qui peuvent davantage être imputés à des variations dans les styles de pratique et à l'offre de ressources qu'à des variations dans les facteurs de risques ou à des différences de besoins des patients. Il a été relevé des différences importantes dans la fréquence des césariennes, des hystérectomies, des arthroplasties de la hanche qui peuvent être expliquées davantage par l'interventionnisme médical que par des différences dans les facteurs de risques et qui ne se traduisent donc pas forcément par de meilleurs résultats sanitaires (CIHI, 2000). Les Ontariens vivant dans des régions à revenu faible étaient moins susceptibles de subir une chirurgie cardiaque que ceux vivant dans les régions plus nanties même si leur état de santé était semblable (CIHI, 2000).

D'autres données indiquent que les systèmes de soins de santé subissent les effets indésirables de la croissance technologique sur les coûts sans profiter pleinement du potentiel offert par ces nouvelles technologies pour optimiser l'offre de services. Autant dire les développements scientifiques et technologiques ont avancé à un rythme plus rapide que la capacité des décideurs à les utiliser de manière efficace, efficiente et sécuritaire pour offrir des soins (CQHCA, 2001). Même si des progrès considérables ont été réalisés dans les techniques de soins ambulatoires notamment en ce qui a trait aux techniques chirurgicales, les taux d'hospitalisations évitables très variables dans diverses régions du pays restent encore élevés et des milliers de patients sont ainsi admis pour des problèmes qui ne justifiaient pas toujours une hospitalisation (CIHI, 2000). Les possibilités offertes par les technologies de l'information pour réduire les erreurs liées à la prescription, pour faciliter la communication entre les patients et le système de santé, pour faciliter l'offre de certains services, pour faciliter la communication entre les professionnels, pour rendre l'information clinique plus facilement disponible n'ont pas été suffisamment exploitées pour améliorer l'offre de services de santé. L'industrie des services de santé a été en général l'une des plus lentes à investir dans ces nouvelles technologies de l'information (Watanabe, 2000).

L'utilisation et la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé laissent aussi à désirer. Un rapport de Santé Canada souligne que, par rapport à d'autres pays de l'OCDE, le Canada n'utilise pas de manière optimale les possibilités de substitution permises par les évolutions des compétences et des profils de certains groupes professionnels (Pong & al., 1995). Ainsi le recours aux infirmières cliniciennes est relativement rare et les services des sages-femmes ne sont reconnus officiellement que dans quelques provinces. La centralisation des relations de travail qui est la norme dans plusieurs provinces et les rigidités des conventions collectives négociées au niveau national laissent souvent peu de marge de manœuvre aux gestionnaires pour apporter les ajustements susceptibles de favoriser une utilisation plus efficiente des ressources.

Ainsi, au Canada comme dans la grande majorité des pays de l'OCDE, en dehors des problèmes financiers, ce sont aussi les processus de soins, les modes de gestion des systèmes de soins et la capacité de ces systèmes à fournir des soins accessibles, efficaces et de qualité qui sont remis en question. Tous ces questionnements forcent en même temps à chercher de nouvelles modalités organisationnelles pour améliorer la gouvernance du secteur.

#### ▪ Une crise de légitimité

À la crise des finances publiques et la crise de fonctionnement des services s'ajoute une crise de légitimité qui découle à la fois des trous du filet protecteur offert par les systèmes publics de soins et de la reconnaissance de plus en plus forte des limites des soins médicaux pour améliorer l'état de santé de la population. Les hypothèses optimistes sur les bienfaits de la médecine validées dans un premier temps par les victoires décisives sur les maladies infectieuses et immunocontrôlables et par la contribution des soins de santé à l'allongement de la durée de vie ne se sont pas reproduites. L'accessibilité accrue aux services médicaux permise par la mise en place des régimes universels d'assurance maladie dans les pays industrialisés ne s'est pas traduite par un accès égal à la santé et de fortes inégalités dans l'état de santé persistent malgré un accès relativement égalitaire aux soins (Marmor & al., 1996). Il ne s'agit pas de dire que les progrès de la Médecine sont désormais impossibles, mais on observe des rendements décroissants pour des investissements toujours plus importants. Plusieurs travaux ont d'ailleurs permis à cet égard de

démontrer qu'il n'y a pas d'évidence d'association réelle entre les sommes consacrées aux systèmes de soins et l'état de santé dans les pays de l'OCDE. (OCDE, 1990).

En l'absence d'impact réel en termes d'amélioration de l'état de santé de la population, l'augmentation effrénée des dépenses de santé amène ainsi à questionner qui en sont les vrais bénéficiaires et suggère qu'un transfert de revenus s'opère du public vers des fournisseurs qui ont des pouvoirs substantiels pour contrôler le niveau des dépenses dans des secteurs spécifiques (Chernichovsky, 1995). Au Québec, alors que les coûts des médicaments ont connu une croissance explosive de 1267 % au cours des 25 dernières années et que la viabilité du régime public d'assurance médicaments mis en place est menacée, une analyse factuelle des états financiers de neuf multinationales du domaine pharmaceutique de 1991 à 2000 démontre que les taux de rendement au cours de cette période, après impôts sur le capital investi, atteignaient 40,9 %, soit 2,5 fois plus que les banques, près de 4 fois plus que les entreprises de télécommunications (Lauzon & Hasbani, 2002).

Le fondement de cette remise en question des services de santé repose aussi sur les connaissances relativement nouvelles en ce qui concerne les déterminants de la santé. Il est de plus en plus clair que les problèmes de santé modernes ne peuvent être résolus seulement par les soins médicaux mais par un ensemble de facteurs incluant autant les soins médicaux que les changements dans les styles de vie et l'environnement. De fait, l'organisation actuelle des services médicaux s'avère incapable de répondre de manière appropriée à tout un ensemble de problèmes complexes comme la toxicomanie nécessitant des compétences se situant en dehors du champ de la Médecine. Les connaissances nouvelles sur les déterminants de la santé et la remise en question des bases scientifiques de certains modes de pratique de la médecine ont forcé ainsi à examiner de plus près la pertinence de budgets illimités consacrés aux services de santé. Il est apparu de plus en plus clair que la nature illimitée des besoins dans le secteur de la santé et sa capacité à absorber indéfiniment de nouvelles ressources font courir un risque d'éviction d'autres demandes sociales provenant d'autres secteurs tout aussi susceptibles d'influer sur l'état de santé.

Par ailleurs, du fait de l'interpénétration croissante entre les secteurs public et privé et de l'intégration des marchés, la maîtrise des coûts et la performance des services de santé apparaissent

aussi comme un élément important de l'ajustement structurel nécessaire pour rendre le secteur commercial plus compétitif sur les marchés internationaux. Compte tenu de cette relation symbiotique entre les dépenses de santé et les politiques de développement économique (Tholl, 1994), un alourdissement de la charge fiscale pour investir encore davantage en santé pourrait se faire au prix d'un arbitrage défavorable au taux d'épargne des ménages ou à la consommation. Une telle évolution risquerait tout autant de pénaliser l'investissement et la croissance.

À cela s'ajoutent les pressions idéologiques dopées par le contexte de mondialisation des marchés et le regain d'intérêt à partir des années 80s pour les théories économiques appliquées à la politique publique (Watts, 1994). Bien que souvent difficiles à prouver, des arguments qui reviennent constamment dans le débat sur l'organisation des soins de santé dénoncent les défaillances du *non-marchand* et mettent de l'avant un ensemble de problèmes imputés à la place importante occupée par les États dans l'offre de services de santé : des services de plus en plus chers; des incitations improductives; des comportements dépendants et irresponsables; des services alourdis par les processus bureaucratiques et insensibles aux besoins des citoyens; des processus d'organisation rigides, peu perméables à l'innovation et lents à s'adapter. L'argumentation courante est que la discipline de marché et la privatisation peuvent constituer des mécanismes efficaces pour sortir les services publics de leur inertie bureaucratique et créer des organisations plus souples, plus innovatrices, plus efficaces et plus réceptives au client (Dorado & Molz, 1998).

Sans affecter l'attachement porté par l'ensemble des acteurs sociaux aux systèmes de soins de santé, les évidences quant à certaines insuffisances de ces systèmes, quant à la pluralité des déterminants de la santé, quant aux limites de la Médecine auront contribué à une remise en question de la légitimité traditionnelle des systèmes de soins de santé et surtout de la légitimité de leur expansion. Il paraissait de plus en plus clair que de nouvelles formes d'allocation des ressources, de nouvelles structures d'incitation, de nouvelles formes d'organisation devraient être mises en œuvre pour contrôler cette expansion et assurer un certain équilibre entre le secteur de la santé et les autres secteurs sociaux.

### 1.3 LES RÉPONSES À LA CRISE

Ces changements contextuels et émergents de diverses natures auront ainsi profondément marqué l'environnement des soins de santé mais auront en même temps poussé à la mise en œuvre de réformes pour répondre aux nouveaux impératifs. Au cours des dernières décennies, l'ensemble des systèmes de soins de santé dans les pays industrialisés ont partagé un agenda commun visant à restructurer la gouvernance du secteur et conséquemment, à améliorer la qualité des services, à rendre ces derniers plus efficaces, à maîtriser les coûts, à responsabiliser davantage les différents acteurs impliqués tant dans l'offre que dans la demande de services. Frenk (1994) a développé un cadre conceptuel où il souligne quatre niveaux des systèmes de soins où ces réformes sont susceptibles d'agir:

1. le niveau systémique où les réformes affectent les dispositifs institutionnels fixant l'accès aux soins de santé, le rôle de l'État, les rapports entre le public et le privé, la répartition des fonctions entre le niveau central et la périphérie, le niveau d'implication des populations.
2. le niveau programmatique où les réformes affectent le processus de détermination des priorités et de sélection des interventions.
3. le niveau organisationnel où les réformes visent à trouver une forme d'organisation, d'utilisation et d'emploi des ressources susceptible d'améliorer la productivité et de maximiser la qualité
4. le niveau instrumental où les réformes visent à mettre en œuvre un ensemble d'instruments (système d'information, recherche scientifique, innovation technologique, outils de développement des ressources humaines) visant à générer l'information indispensable à une amélioration de la performance.

La réforme est ainsi entendue comme un processus délibéré de changements planifiés et soutenus qui visent à répondre à de nouveaux impératifs posés par l'environnement des soins et qui donnent lieu à toute une série de mesures pour modifier les politiques, les mécanismes institutionnels en place, les structures organisationnelles et les systèmes de gestion (Berman, 1995). Mais ce processus planifié s'inscrit dans un environnement où émergent un ensemble de transformations susceptibles elles aussi d'influer sur les organisations et sur les pratiques.

Malgré la diversité des structures institutionnelles des divers pays, les réponses politiques pour améliorer la gouvernance des systèmes de soins de santé semblent recouvrir une certaine convergence que reflètent d'ailleurs les orientations prises par les réformes engagées au cours des deux dernières décennies au Canada. Plusieurs des propositions nouvelles, souvent associées à un *Nouveau Management Public*, centrent l'attention sur les changements à opérer du côté de l'offre et de la gestion des services et promettent d'améliorer la performance de ces derniers par le biais de nouveaux instruments de gestion pour la plupart empruntés au secteur privé (Hunter, 1995, 1996; Ferlie & al. 1996). Nous attarderons à trois tendances lourdes constatées dans le cadre de la mise en œuvre de ces réformes dans le secteur de la santé au Canada et qui ont été souvent associées de manière implicite ou explicite à un renforcement des mécanismes d'imputabilité comme moyen d'amélioration de la performance.

Une première tendance relevée est la décentralisation des services de santé qui, sous ses différents aspects, figure parmi les mécanismes principaux auxquels les gouvernements ont recouru pour restructurer la gouvernance de leurs systèmes de soins de santé. Au Canada, neuf des 10 provinces se sont engagées dans un processus de régionalisation visant à déléguer à des autorités locales et régionales une grande partie de la prise de décisions relatives aux soins de santé (Lomas & al., 1997a,b). Les gouvernements espéraient que cette nouvelle structure de gouvernance aurait pour effet:

- de rationaliser le processus de prestation des soins par une intégration plus poussée des services et une meilleure adaptation aux besoins d'une région
- d'améliorer la réceptivité des systèmes de soins et d'assurer une administration des services plus proche des préoccupations des citoyens
- de faciliter la participation des citoyens à la prise de décision
- de délimiter des lignes claires de responsabilité

Cette nouvelle formule de gouvernance reposait sur la prémisse que des gouvernements locaux plus proches du citoyen sont plus sensibles aux besoins de ces derniers et sont plus imputables. En donnant aux citoyens l'occasion de faire entendre leurs voix et en rendant les fournisseurs imputables aux citoyens, ceci devrait inciter à une production de meilleure qualité et à une meilleure utilisation des ressources disponibles (Voir : Lomas & al. 1997a,b; Denis & al., 1998; Church & Baker, 1998).

Une deuxième tendance qui aura aussi marqué les réformes visant à renouveler la gouvernance des systèmes de soins, dans l'ensemble des pays industrialisés et à divers degrés dans les provinces canadiennes, est l'introduction de mécanismes de marché. Les propositions suggèrent de combiner le principe du financement public des soins à des mécanismes empruntés au système marchand et appliqués à l'organisation et à la gestion des services de santé. Le recours à la capitation pour répartir les ressources entre les régions, l'utilisation de formes contractuelles de services, la stimulation de la concurrence entre les fournisseurs de services, la participation des consommateurs à certains frais correspondent à un ensemble de mesures qui proposent de rendre les fournisseurs davantage imputables par rapport aux consommateurs et acheteurs de services, de créer les incitations nécessaires à une utilisation rationnelle des ressources, de rendre les consommateurs davantage responsables par rapport à leur consommation des soins, d'allouer de manière plus efficace les ressources et de créer les conditions pour une production plus efficiente et de meilleure qualité (OCDE, 1995c; Van de Ven, 1996; Mariott & Mable, 1998).

Une troisième tendance forte dans les initiatives pour réformer la gouvernance du système de soins est la réorganisation de la première ligne de soins et le renforcement des services ambulatoires en vue de mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins basés sur un continuum intégré de services (Van de Ven, 1996; Wilton & Smith, 1998). Faisant écho à des expériences réalisées dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, la Finlande, la Suède, les États-Unis, pour ne citer que ceux-là, et au regard des leçons apprises de ces expériences, toutes les Commissions d'étude qui ont examiné les systèmes canadiens de soins de santé au cours des dernières années ont de manière récurrente fait des recommandations pour élaborer une première ligne de soins où des groupes interprofessionnels de santé travaillant dans des centres de soins primaires offriraient des soins primaires complets à une population définie. Ces groupes professionnels seraient en même temps imputables à la fois pour la qualité des services fournis à cette population, pour la santé de cette population et pour l'utilisation des ressources consacrées aux services offerts à cette population. Si les recommandations faites en ce sens tardent à se concrétiser, il semble toutefois que la situation est en train d'évoluer dans certaines provinces. Au Québec, des expériences pilotes sont actuellement en cours. En Ontario, ce système a été lancé depuis plus de 5 ans. Ces nouveaux modèles de soins qui privilégient une approche centrée sur le

patient proposent à la fois d'améliorer la qualité et la continuité des soins, d'améliorer l'accès aux soins et de rendre les fournisseurs davantage imputables pour les résultats de santé de leurs clients (Van de Ven, 1996). Une autre promesse de cette nouvelle orientation est une amélioration de l'efficience qui pourrait résulter : 1) d'une allocation de ressources davantage axée sur les besoins réels des patients; 2) des incitations à limiter l'offre de services non nécessaires; 3) de la concurrence entre les groupes de prestataires de soins primaires (Kirkip & Donalson, 1994; Wilton & Smith, 1998). Pour ce faire, ces nouveaux modèles de soins amènent à réviser les modes traditionnels de rémunération à l'acte axés sur une pratique en solo pour promouvoir de nouvelles modalités de paiement comme la capitation axée davantage sur une responsabilité clientèle et sur les besoins de cette clientèle.

A ces grandes tendances s'ajoutent toute une série d'autres initiatives qui proposent à la fois de renforcer la gouverne et d'améliorer la performance des services de santé. Certaines provinces comme l'Alberta, l'Ontario, et plus récemment le Québec ont engagé des initiatives pour améliorer le système professionnel et rendre ce dernier plus conforme aux nouveaux impératifs posés par la gouverne du système de soins. La restructuration des établissements qui a coïncidé dans certains cas avec la mise en œuvre des structures régionales a donné lieu à des fermetures, des fusions, des changements de fonctions, des regroupements d'établissements sous une structure d'autorité unique. Ces efforts de restructuration visaient ainsi à rationaliser les programmes et services hospitaliers, faire progresser la coordination et l'intégration des services, contrôler les coûts, améliorer les systèmes de responsabilité et assurer un meilleur équilibre entre les soins en établissements et les soins communautaires (Sinclair & al, 2000).

C'est donc dire que la transformation de la gouvernance et le renforcement de l'imputabilité aura été au cœur des différentes mesures visant à transformer le système de soins. L'imputabilité en soi aura été tout au long des années 90 au centre d'un discours réformiste fortement teinté des principes du *Nouveau Management Public* et de l'influence de diverses théories économiques critiques de la bureaucratie, entre autres : l'École du Public Choice et l'économie néo-institutionnelle (Niskanen, 1971 ; Buchanan & Tollison, 1984 ; Williamson, 1985). La rhétorique de ce discours réformiste qui fait souvent écho à un agenda politique promet de libérer les citoyens de la tyrannie des bureaucraties publiques et de rendre les politiciens et les fonctionnaires davantage réceptifs par

rapport aux citoyens et communautés qu'ils desservent (Barberis, 1998). La proposition avancée est de miser sur le renouvellement des pratiques d'imputabilité pour moderniser les services publics et les rendre plus efficaces, plus efficaces, plus rentables, plus performants. Au Canada, la plupart des provinces auront d'ailleurs formalisé cette proposition dans le cadre d'énoncés politiques ou législatifs qui s'inscrivent dans le sillage de ce *Nouveau Management Public* et reconnaissent sans ambiguïté le rôle critique de l'imputabilité dans la transformation des systèmes de soins. L'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, le Saskatchewan, le Québec, l'Ontario sont à des étapes variées de développement d'un cadre explicite de renouvellement des pratiques d'imputabilité devant servir d'instrument politique de renouvellement de la gouvernance des systèmes de soins de santé.

L'Alberta est sans conteste la province la plus avancée. Trois documents successifs, *"The Government Accountability Act"* promulgué en 1995, *"Action in Health"* publié en 1996 et *"Achieving Accountability in the Alberta health system"* publié en 1998 proposèrent de clarifier les rôles, les responsabilités, les relations entre les principaux acteurs du système de soins et définissent en même temps les nouvelles conditions nécessaires pour renforcer à la fois l'imputabilité des acteurs et l'amélioration continue des services de santé en Alberta. Les orientations politiques définies dans le cadre de ces trois documents ont déjà donné lieu à tout un ensemble de mesures visant à restructurer la gouvernance des services de santé en Alberta.

En Colombie Britannique, le Ministre de la Santé créait à partir de 1997 une direction de l'imputabilité et, en même temps, engageait le processus d'élaboration d'un cadre d'imputabilité pour le secteur. Ce cadre inspiré du plan gouvernemental *"Enhancing Accountability for Performance: A Framework and Implementation Plan"* met particulièrement l'accent sur les responsabilités déléguées aux 52 *Health Authorities* et sur les relations entre le Ministère et ces *Health Authorities*.

En Saskatchewan, le processus de régionalisation traduit par la mise en œuvre des *Health District* est, comme le confirme le rapport d'une récente commission d'enquête (Fyke, 2001), l'élément clé du renouvellement de la gouverne du système de soins. Le Ministère de la santé de Saskatchewan a publié en 1994 *"A Framework of Accountability"* qui précisait les grandes lignes de ce processus de régionalisation et développait trois éléments de base sur lesquels devait s'appuyer

ce processus évolutif: la clarification des responsabilités et des attentes, la mesure des résultats obtenus et des progrès enregistrés, la prise en compte des résultats pour améliorer la prise de décision.

En Ontario, le Ministère de la Santé élaborait en février 2000 un document intitulé: "*Partners in Health: Forging an Accountability Framework*". Ce document qui s'inscrivait dans la première étape d'un processus visant à renforcer les mécanismes d'imputabilité dans le système de santé, s'est surtout attaché à clarifier les relations entre les différents partenaires impliqués dans l'offre de services de santé, leurs rôles, leurs responsabilités, les mécanismes sur lesquels ils doivent s'appuyer pour s'acquitter efficacement de leurs tâches.

Au Nouveau-Brunswick, faisant suite à un processus de consultation avec les Corporations hospitalières régionales, le Ministère de la santé a publié en février 2000 "*Un cadre d'action sur l'imputabilité des corporations hospitalières régionales*". Ce cadre propose une structure et un ensemble de processus devant permettre à la fois une amélioration continue des services offerts au public, un monitoring du rendement, une compréhension des facteurs ayant une incidence critique sur le rendement et une communication à la population de renseignements pertinents sur le rendement des services.

Au Québec, le Ministère de la Santé ne s'est pas attelé à développer un cadre spécifique d'imputabilité pour le secteur de la santé. Cependant différentes initiatives gouvernementales visant à renouveler les mécanismes d'imputabilité dans les services publics touchent aussi de manière directe les services de santé. La *Loi sur l'imputabilité des sous-ministres et dirigeants d'organismes publics* adoptée en 1993 élargissait ainsi le principe de la responsabilité ministérielle et rendait les sous-ministres et les dirigeants d'organismes publics directement redevables de leur gestion vis-à-vis de l'Assemblée nationale. Tous les trois ans, les régies régionales doivent ainsi se présenter devant le Parlement pour rendre compte de leur gestion des affaires publiques. La nouvelle *loi sur l'administration publique* promulguée en mai 2000 porte une attention particulière à la question de l'imputabilité et fait désormais obligation aux responsables des ministères et organismes publics de s'engager dans des déclarations publiques sur le niveau et la qualité des services aux citoyens, de préciser dans des plans stratégiques les objectifs qu'ils poursuivent et les résultats qu'ils comptent

atteindre, de rendre compte de ces résultats dans les rapports annuels de gestion. On peut souligner également que le processus de régionalisation qui a profondément marqué les initiatives de transformation au Québec visaient de manière très explicite à modifier la dynamique des pouvoirs et à transformer les rapports traditionnels d'imputabilité. Les amendements récents à la loi sur les services de santé et les services sociaux (loi 28 adoptée en 2001) proposaient eux-aussi de renouveler la dynamique régionale et misaient à divers égards sur le renforcement des mécanismes d'imputabilité pour améliorer la gouvernance des services de santé.

#### 1.4 IMPUTABILITÉ ET TRANSFORMATION : VARIABLE DÉPENDANTE ET VARIABLE INDÉPENDANTE

Le renouvellement de l'imputabilité est donc au cœur du discours sur la transformation des services de santé. Cependant, il semble que la relation entre l'imputabilité et les transformations planifiées ou émergentes qui s'opèrent dans le secteur public n'est pas toujours très claire ou tout au moins peut être interprétée de diverses manières. La recherche d'une plus grande imputabilité est souvent suggérée comme une fin en soi, un objectif en soi de transformation. Il s'agit d'une position essentiellement normative qui s'appuie souvent sur les valeurs démocratiques de transparence, de participation, de responsabilité, de droit à l'information et qui reconnaît à l'imputabilité une valeur intrinsèquement forte pour établir des relations plus harmonieuses entre les différents acteurs sociaux, assurer la cohésion sociale, faciliter la coordination organisationnelle. Dans une telle perspective, l'imputabilité est davantage conçue comme une variable dépendante. L'attention est portée sur l'impact que peuvent avoir sur l'imputabilité les transformations qui s'opèrent dans l'environnement du secteur public. La modification des structures d'autorité et de responsabilité dans le cadre des processus de déréglementation et de décentralisation, la reconfiguration des rôles et des pouvoirs au travers de la mise en place de nouvelles structures ont été par exemple identifiées comme des facteurs qui peuvent affecter les pratiques d'imputabilité (Aucoin & Heintzman, 2000). Divers travaux relèvent les menaces potentielles portées à l'imputabilité par certains développements récents dans le secteur public : l'adoption de méthodes de gestion commerciale ou quasi commerciale par les fournisseurs du secteur public, le recours croissant à des *quangos*<sup>1</sup> coiffés par

---

<sup>1</sup> Quasi-autonomous non governmental organizations

des autorités non élues dans l'offre de services publics, l'introduction de dispositifs plus flexibles relatifs à la gestion des fonds et des personnels publics (Payne & Skelcher, 1997; Ferlie & al., 1996; Moe, 1994).

Dans une autre perspective, l'imputabilité est plutôt traitée comme un puissant outil de transformation et considérée comme une variable indépendante. Plutôt qu'une fin en soi, c'est un moyen de développer, par exemple, des organisations plus efficaces et plus efficaces. L'enjeu dès lors est de promouvoir des pratiques d'imputabilité qui puissent influencer positivement sur les réformes de gestion, créer les incitations appropriées, supporter les modes d'interaction et les comportements que le management cherche à favoriser (Romzek, 2000). L'argument soutenu ici est que la réussite à long terme des réformes ou la consolidation des transformations dans les organisations requiert en amont de prendre en considération les dynamiques d'imputabilité, d'opérer les changements nécessaires dans les processus d'imputabilité et de promouvoir la culture appropriée d'imputabilité (Blanchard & al., 1998). Autant dire, des pratiques d'imputabilité adéquates qui soutiennent les réformes de gestion et les nouvelles stratégies sont susceptibles d'améliorer les chances de réussir la mise en œuvre des changements. À l'inverse, quand les réformes qui cherchent à transformer les organisations ne s'alignent pas sur des pratiques et des rapports d'imputabilité appropriés, elles seraient moins susceptibles de s'enraciner profondément dans les pratiques organisationnelles (Schein, 1992). Les grandes questions soulevées par cette perspective sont donc de savoir dans quelle mesure les réformes proposées notamment sur le plan de la gestion des services publics s'accompagnent d'un renouvellement des pratiques d'imputabilité et comment ces nouveaux schémas d'imputabilité concourent-ils à l'atteinte des objectifs des réformes.

En fait, ces deux perspectives d'analyse des rapports entre imputabilité et transformation des services publics ne sont pas concurrentes. Elles semblent plutôt complémentaires et toutes deux importantes pour bien comprendre l'évolution des pratiques en matière d'imputabilité. Elles dénotent l'interdépendance, la relation dialectique qu'entretiennent les deux phénomènes et l'enjeu que soulèvent forcément en matière d'imputabilité les projets visant à renouveler la gestion des services de santé.

## 1.5 SOMMAIRE INTRODUCTIF ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Au cours des dernières années, les systèmes de soins de santé au Canada ont été soumis comme l'ensemble des pays de l'OCDE à des pressions fortes découlant des mutations socio-démographiques, de la transition épidémiologique, de la vitesse et des poussées inflationnistes des développements technologiques, des attitudes changeantes des consommateurs. Ces pressions multiples ajoutées au constat de nombreuses lacunes inhérentes à la structuration même de l'offre de services de santé ont forcé à une remise en question des systèmes traditionnels de gouvernance. Les réorganisations majeures qui s'ensuivent dans de nombreux pays se sont traduites par un certain nombre de tendances convergentes qui ont mis au premier plan l'imputabilité comme instrument de renouvellement de la gouvernance et comme instrument d'amélioration de la performance des services de santé (Jacobs, 1997; Moody-Williams, & al., 1999; Daniels & Sabin, 1998). Cependant, il existe peu de travaux sur les liens entre ces processus de transformations et la gestion de la performance des systèmes de soins de santé (Saltman et Figueras, 1997). En dépit de l'intérêt accordé à l'imputabilité dans le renouvellement de la gestion des services de santé et l'amélioration de leur performance, il n'existe que très peu d'investigations empiriques qui aient abordé de manière systématique les différentes formes d'imputabilité valorisées dans ces processus de transformation des organisations de soins et la capacité des acteurs, organisations ou systèmes à réconcilier ces différentes formes d'imputabilité. Nous connaissons peu les liens entretenus empiriquement entre ces différentes formes d'imputabilité et les pratiques en matière de gestion de la performance. Alors que le discours du *Nouveau Management Public* est au cœur de la plupart des propositions formulées pour renouveler l'imputabilité et la performance des services publics de santé au Canada, peu de travaux ont analysé comment ce nouveau discours s'est traduit dans la pratique et dans quelle mesure il aura influé sur les représentations et les pratiques en matière d'imputabilité et de gestion des services publics.

Cette recherche propose une analyse de l'évolution des politiques et pratiques d'imputabilité dans le contexte des transformations récentes des systèmes de soins de santé au Canada en vue de saisir, au travers de ces politiques et pratiques, les principales formes d'imputabilité valorisées, les mécanismes de leur mise en œuvre et les dynamiques de gestion auxquelles elles donnent lieu. C'est donc une recherche à la fois descriptive et explicative qui cherche à analyser en quoi les réformes actuelles modifient les pratiques d'imputabilité dans les organisations de santé, à

comprendre la complexité de la diffusion et de l'adoption de certains mécanismes d'imputabilité et à rendre intelligible les dynamiques de gestion sous-jacentes à ces pratiques renouvelées d'imputabilité.

En identifiant les formes principales d'imputabilité valorisées et mises en œuvre dans les organisations de santé, en précisant les pratiques de gestion auxquelles donnent lieu ces formes d'imputabilité, en explicitant les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre des formes spécifiques d'imputabilité, ce projet propose d'élargir la base des connaissances théoriques et pratiques utiles pour la planification des politiques en matière de santé. Il permettra d'identifier les leviers sur lesquels on peut agir pour renforcer la responsabilité des agents dans les organisations; pour faciliter la coopération entre acteurs, pour intégrer de manière cohérente les actions de divers agents, pour optimiser le partage de responsabilités entre divers paliers administratifs et au bout du compte pour améliorer la performance des services de santé. Il s'agira donc pour cette recherche d'affiner la compréhension d'une large variété de partenaires (chercheurs, professionnels de santé, gestionnaires, planificateurs régionaux et nationaux) quant aux conditions susceptibles de renforcer l'imputabilité dans les services de santé et d'améliorer leur performance.

## 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances comporte trois parties. Dans la première partie, nous tenterons de clarifier le concept d'imputabilité à partir d'une large revue de la littérature. En deuxième partie, nous examinerons les liens établis entre l'imputabilité et la plupart des initiatives mises en œuvre dans le cadre des transformations des systèmes de soins. Dans une troisième partie, nous traiterons des connaissances existantes sur les facteurs susceptibles d'influer sur l'évolution des pratiques d'imputabilité dans les services publics.

### 2.1 CLARIFIER LE CONCEPT D'IMPUTABILITÉ

S'il est vrai que l'imputabilité correspond à un dénominateur commun qui rallie différents courants idéologiques et à une préoccupation largement partagée par différents régimes administratifs ou politiques et par différentes sociétés ou civilisations, il n'en reste pas moins vrai que l'utilisation de ce concept recouvre souvent des réalités fort dissemblables. En effet, les multiples significations attachées à la notion d'imputabilité, les diverses typologies proposées, les nombreux systèmes ou approches d'imputabilité suggérés témoignent de la difficulté à concevoir une approche unique et universelle du concept. Haque (1994) souligne que les connotations du concept varient d'une société à l'autre en fonction du contexte socio-historique, des inclinations idéologiques et des croyances culturelles. D'autres recherches font état de la nature changeante de l'imputabilité qui peut exister sous différentes formes et emprunter des significations différentes suivant le contexte d'action et la perspective des acteurs concernés eux-mêmes (Day & Klein, 1987; Sinclair, 1995; Thomas, 1998). Une énorme littérature véhicule des dizaines de définitions de l'imputabilité qui donnent lieu à un lexique complexe où se mélangent toute une variété de termes: contrôle, évaluation, responsabilité, régulation, reddition des comptes, vérification, *empowerment*. Chacun de ces termes soulève des enjeux certes différents mais qui sont souvent associés à la notion d'imputabilité. En fait, la vaste littérature scientifique qui traite de l'imputabilité suggère qu'il s'agit d'un concept pluridimensionnel qu'on ne peut réellement appréhender qu'au travers de ses multiples composantes. Mettant à contribution cette littérature, nous avons pu ainsi dégager quatre composantes majeures qui permettent de décrire et de comprendre les pratiques d'imputabilité dans un système d'action donné: le mode de structuration des relations entre les différents acteurs, la

reddition des comptes, l'évaluation de la performance, la responsabilité. Ces quatre composantes constituent, au regard de la littérature existante, les principales dimensions auxquelles référence est le plus souvent faite dans les efforts de définition de l'imputabilité ou dans la description de modèles spécifiques d'imputabilité. Dans les prochaines sections, nous nous proposons d'examiner ces quatre composantes à la lumière des connaissances actuellement disponibles.

- **Structuration des relations entre les acteurs**

Une première constante de l'imputabilité, c'est qu'elle s'inscrit toujours dans le cadre d'une relation qui s'établit entre deux instances: d'un côté l'instance à qui une activité est confiée et qui doit rendre compte de la gestion de cette activité, de l'autre côté l'instance qui confie cette activité et qui est en droit d'attendre une reddition de comptes (Lucier, 1977; Browder et al, 1973; Day et Klein, 1987; Gray, 1991). Cependant cette relation est diversement approchée.

Une grande majorité de travaux inscrivent l'imputabilité dans le cadre d'une relation d'agence (Gray et al, 1987; Power, 1991; Jensen 1991) qui implique l'existence d'un contrat explicite ou implicite suivant lequel le principal (le mandant) engage un agent (le mandataire) pour offrir une prestation ou un service donné à sa place. Une autorité de prise de décision et un pouvoir d'action sont ainsi délégués à un agent qui est toutefois tenu de rendre compte au principal et est soumis au contrôle de ce dernier. Un tel type de relation pose cependant plusieurs difficultés pour l'imputabilité, notamment dans les situations où les objectifs des deux parties sont divergents (Eisenhardt, 1989). Un agent rationnel risque alors de privilégier ses propres objectifs au détriment de ceux du mandant. Deux approches sont suggérées pour favoriser un bon alignement entre les objectifs du principal et de l'agent: 1) la supervision des comportements qui vise à faire en sorte que les comportements adoptés par l'agent soient le plus proche possible de ceux nécessaires à la réalisation des objectifs du principal; 2) le contrôle des résultats qui conditionne les gains des deux parties à la réalisation de certains résultats prédéterminés et convenus ensemble.

Quelle que soit l'approche utilisée, des difficultés persistent. Une première réside dans l'asymétrie d'information: l'agent dispose en général de plus d'information que le principal à qui il est redevable et peut ne pas partager toutes ces informations, mettant ainsi en échec les systèmes de contrôle instaurés. Une deuxième difficulté réside dans le fait que le mandant ne peut pas superviser

parfaitement et sans coûts excessifs les comportements de l'agent. Il reste toujours à ce dernier une marge de manœuvre dont il peut profiter, d'autant que les tâches déléguées sont souvent si complexes qu'aucun contrat ne peut spécifier à l'avance et de façon précise toutes les obligations et comportements désirés. Une troisième difficulté réside dans l'impossibilité à laquelle on peut être confronté de spécifier à l'avance des résultats compte tenu de l'interdépendance des interventions ou de l'incertitude de la relation cause-effet entre les interventions et les résultats. C'est donc dire que l'information joue un rôle particulièrement critique dans le cadre de ces relations structurées autour des principes d'agence. En l'absence d'informations valides et fiables, le principal perd un levier important et nécessaire pour contrôler les comportements de l'agent et l'inciter à poursuivre les objectifs désirés.

Dans le secteur de la santé, les principes d'agence sont souvent utilisés pour interpréter les relations entre divers groupes d'acteurs et diverses juridictions (Smith & al., 1997). Les rapports entre le patient et le médecin par exemple sont souvent examinés à la lumière d'une relation d'agence dans laquelle le patient (en tant que principal) délègue au médecin la responsabilité de le soigner et peut donc tenir le médecin imputable à cet égard. Des problèmes d'agence surviennent: 1) quand le médecin, en tant qu'agent économique, profite de l'asymétrie d'information entre lui et son patient pour privilégier ses intérêts au détriment de ceux de son patient; 2) quand le médecin substitue ses préférences à celles du patient dans la prise de décision clinique; 3) quand le médecin ne fournit pas à son patient toute l'information nécessaire concernant les soins prodigués (Mooney & Ryan, 1993). Les principes d'agence sont aussi évoqués pour permettre de structurer d'autres types de relations comme ceux entre les producteurs de services et les acheteurs, entre les Ministères et les juridictions régionales, inscrivant ainsi l'imputabilité dans le cadre strict des obligations contractuelles (Robinson, 2001; Robinson, 1997; Pontes, 1995).

D'autres travaux dénoncent cependant l'étroitesse de cette vision d'agence réfutant notamment la conception qui y est projetée de l'être humain comme étant avant tout un agent économique, individualiste et opportuniste, cherchant d'abord à satisfaire ses intérêts, capables d'utiliser n'importe quel moyen, y compris d'agir au détriment de ses partenaires, pour atteindre ses propres objectifs. La théorie de l'intendance (*Stewardship theory*) inscrit plutôt l'imputabilité dans le cadre d'une relation où les agents sont perçus avant tout comme des êtres sociaux qui recherchent

la reconnaissance de leurs pairs et, pour ce faire, veulent se dépasser et peuvent mettre en veilleuse des intérêts personnels pour promouvoir la performance de leurs organisations (Davis, Schoorman, & Donaldson, 1997; Donaldson, 1990; Donaldson & Davis, 1991; Fox & Hamilton, 1994). C'est donc un point de vue opposé à la théorie de l'agence qui postulait que l'intérêt personnel est le moteur du comportement humain et enjoignait dès lors à réguler ces comportements au travers des institutions formelles, des règles, des mécanismes de supervision et de contrôle et des incitations appropriées. La théorie de l'intendance reconnaît plutôt la capacité des individus à s'acquitter de manière désintéressée d'une responsabilité et à subordonner la réalisation de leurs besoins personnels à la réalisation des objectifs de leurs communautés. Plutôt que sur le contrôle, la relation est davantage fondée ici sur la confiance et la coopération. Les individus acceptent de coopérer davantage sur la base de valeurs partagées que sous l'emprise des règles dictées par les institutions (Fukuyama, 1997). Les individus peuvent délibérément consentir à être vulnérables aux actions d'une autre partie, en postulant que cette autre partie agira de manière conforme indépendamment de tout mécanisme de surveillance et de contrôle (Mayer & al., 1995).

Dans le secteur de la santé, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* (OMS, 2000) s'est appuyé sur cette approche d'intendance pour proposer des pistes de réaligement des rapports de l'État avec les autres acteurs du système et promouvoir des formes de relations basées davantage sur la concertation et la communication entre les différents acteurs et secteurs impliqués dans l'offre de services de santé. Poussant plus loin l'analyse, Saltman & Ferroussier-Davis (2000) soulignent que la primauté au bien commun et au développement collectif, inhérente à cette approche, a traditionnellement été la motivation centrale des dispensateurs de soins. La capacité qu'a cette approche de galvaniser les composantes socialement responsables de l'État est ainsi particulièrement appropriée dans le secteur de la santé et peut être mobilisée par exemple pour renforcer la coopération entre les divers acteurs ou plus spécifiquement pour canaliser la mise en œuvre des systèmes intégrés de soins émergents.

Cette approche soulève toutefois quelques interrogations. Les uns sont sceptiques par rapport à sa traduction concrète dans un monde de plus en plus individualiste où l'attention est portée de plus en plus sur les droits et libertés individuelles (Voir Weber, 1999). D'autres, faisant écho à la perspective critique d'analyse des organisations, craignent que ce discours humaniste ne

serve en fait qu'à légitimer des formes encore plus insidieuses de contrôle qui prescrivent la loyauté sans réserve à des intérêts organisationnels ou la confiance aveugle à l'autorité hiérarchique (Trevino, 1995; Barker, 1993; Graham, 1993).

Une troisième approche concurrente réfère à la théorie des *stakeholders*<sup>1</sup> (Mitchell, Agle & Wood, 1997) ou l'approche stratégique de Crozier & Friedberg (Crozier & Friedberg, 1981; Friedberg, 1993). Elle met plutôt l'accent sur le contexte politique de l'action et inscrit l'imputabilité dans le cadre de relations entre différents groupes d'intérêts qui ont des pouvoirs différents, détiennent des ressources différentes, peuvent faire valoir une légitimité de nature différente et poursuivent des objectifs différents, autant d'éléments qui interviennent dans la structuration des rapports entre les acteurs et déterminent *qui contrôle qui* ou *qui rend des comptes à qui*. Dans une analyse portant spécifiquement sur le secteur de la santé, Emanuel (1996) parle d'une *matrice réciproquante d'imputabilité* constituée de relations multiples et complexes impliquant diverses catégories d'acteurs et étendues à tous les niveaux du système puisqu'à chaque niveau il y a des responsabilités et des comptes à rendre. Mettant l'accent sur les processus de négociation qui entourent la relation d'imputabilité, cette approche mise particulièrement sur la création d'espaces de discussion et de concertation pour promouvoir les interactions et les échanges entre les parties.

D'autres travaux ont présenté autrement ces modes de structuration des relations entre les acteurs impliqués dans les processus d'imputabilité. Roberts (1988, 1991) précise deux formes de relations pouvant servir de cadre à l'exercice de l'imputabilité:

- a. une relation de type *hiérarchique* où le supérieur et le subordonné, entendus comme le principal et l'agent, sont clairement identifiés. Les termes de la relation sont alors définis par un ensemble de mécanismes formels, structurés, légaux.
- b. une forme de relation dite *socialisante* où les rôles sont moins bien définis, ambigus et où prédominent plutôt un ensemble de mécanismes informels.

Allant dans le même sens, Laughlin (1990) établit une dichotomie entre une imputabilité de nature *contractuelle* qui correspond à la première catégorie de Roberts (*hiérarchique*) et une

---

<sup>1</sup> terme anglais qu'on peut traduire par parties prenantes, détenteurs d'enjeux, groupes d'intérêts, acteurs stratégiques

imputabilité dite *communale* qui recoupe la forme *socialisante* de Roberts. Birkett (1988) identifie plutôt trois formes d'imputabilité associées à trois formes possibles de relations entre les acteurs :

- a. le *gemeinschaft* qui s'inscrit dans une forme de relation organique, peu structurée et peu formelle
- b. le *gesellschaft* où les termes de la relation entre les individus correspondent à des droits et des devoirs définis dans des contrats.
- c. la *bureaucratie* où la primauté est accordée à l'accomplissement d'une mission donnée et les tâches sont réparties entre les individus en vue de la réalisation de cette mission

En fin de compte, c'est dire que l'exercice de l'imputabilité repose toujours sur une dynamique d'interaction entre différentes parties impliquées dans un processus d'action. Cependant, suivant la perspective considérée (relation d'agence, relation entre stakeholders, gestion d'une intendance, relation hiérarchique), les modalités de cette interaction, la nature du contrôle exercé, les parties impliqués, les comportements valorisés peuvent varier.

#### ▪ **Reddition des comptes**

Une deuxième constante associée dans la littérature au concept d'imputabilité est l'obligation de reddition des comptes. Il semble y avoir consensus sur le fait que l'enjeu central de l'imputabilité consiste pour un agent donné à rendre compte, à expliquer aussi rationnellement que possible les résultats des efforts consentis pour accomplir ses tâches (Anderson et al., 1975). L'imputabilité a ainsi trait à l'analyse, à l'explication, à la justification rationnelle d'une situation ou d'une tâche accomplie (Lucier, 1977). Cette obligation de rendre compte comprise comme l'obligation de répondre de l'exercice d'une responsabilité qui a été conférée (Wilson, 1981) est décrite comme une sorte d'exigence sociologique incontestée qui reconnaît le droit du public à l'information et à la satisfaction (Lucier, 1977). Ceux qui détiennent des charges publiques doivent répondre de leur intendance à l'ensemble de la société qui a le droit de savoir et, le cas échéant, de porter un jugement. Friedman (1973) évoque trois raisons pour lesquelles une agence, une institution ou un individu sont tenus de rendre des comptes au public pour leur action. Premièrement, il s'agit pour les agents de faire la preuve que leurs réalisations correspondent bien à la mission qui leur a été confiée. Deuxièmement, il s'agit pour les agents d'attester de leur efficience et de leur productivité.

Troisièmement il est important pour les agents de fournir la preuve de leur honnêteté et de leur intégrité.

Stewart (1983) relève deux enjeux particuliers associés à cette reddition des comptes: 1) la spécification des domaines sur lesquels elle s'étend (rendre compte sur quoi?); 2) la spécification des mécanismes par lesquels s'opère cette reddition des comptes (rendre compte comment?). La littérature témoigne d'une large diversité des domaines sur lesquels les agents qui détiennent une charge quelconque peuvent être appelés à rendre compte. Day & Klein (1987) mettent l'accent sur les questions liées à la fiscalité, à l'efficience et à l'efficacité des programmes et interventions. Stewart (1983) propose un éventail qui inclut: l'intégrité, le respect des standards établis, les résultats atteints par rapport aux objectifs. Pollitt plaide pour que les agents qui fournissent un service donné aient à rendre compte sur un domaine incluant la qualité du service, la satisfaction des usagers, l'équité de l'offre des services, la réceptivité par rapport à la clientèle (Pollitt, 1986). Dans une analyse portant spécifiquement sur l'imputabilité des médecins, Emanuel (1996) souligne que les médecins pourraient être appelés à rendre compte à la fois sur la prise de décision médicale, le respect de la confidentialité, le comportement adopté vis-à-vis du patient, la compétence professionnelle, l'équité dans la prestation des services, la réceptivité par rapport aux attentes du patient. Il est à remarquer que les différents domaines soulevés dans cette analyse sur l'imputabilité médicale ramènent tous à la relation entre le médecin et son patient. D'autres travaux soulignent la diversité des parties impliquées dans le secteur de la santé: les diverses catégories de professionnels, les gestionnaires, les assureurs, les gouvernements, les patients. Chacune de ces parties a des attentes différentes et des responsabilités différentes et peut donc être appelée à rendre compte sur des domaines variés consacrés par des lois, des traditions, l'émergence de nouveaux impératifs ou encore sur des domaines négociés par les parties impliquées dans l'offre des services (Darby, 1998; Emanuel & Emanuel, 1997).

Cette deuxième composante de l'imputabilité force ainsi à s'intéresser aux divers domaines sur lesquels s'étend la reddition des comptes mais aussi aux processus par lesquels cette dernière s'opère. À cet égard, divers travaux insistent sur la nécessité de prendre en compte à la fois les mécanismes institutionnels formels mais aussi les divers processus informels par lesquels s'exerce aussi une certaine forme de contrôle dans les organisations (Gray, 1991; Thomas, 1998). Il s'agit de

reconnaître qu'à côté des organigrammes officiels qui tracent les relations formelles entre les acteurs, la distribution officielle du pouvoir, les canaux officiels de reddition des comptes, il y a aussi les systèmes de relations informelles mais tout aussi légitimes qui tracent des connexions parfois différentes de celles officielles et qui sont souvent plus complexes.

#### ▪ **Gestion de la performance**

Une troisième composante constamment associée au concept d'imputabilité est la gestion de la performance. De façon générale, la relation d'imputabilité implique nécessairement de poser un jugement sur la performance des individus et des organisations (Newcomer, 1997). Le transfert de responsabilités, de ressources, de pouvoir dans une relation d'imputabilité est également accompagné d'une part d'une série d'attentes, de prescriptions, d'obligations, écrites ou non, explicites ou non, qui servent à évaluer la performance de l'agent, d'autre part d'un ensemble d'incitations visant à promouvoir les niveaux de performance souhaités (Gray, 1983; Laughlin, 1990). Cependant, la littérature témoigne de différentes positions concurrentes quant à la définition de la performance et quant aux mécanismes pouvant présider à la gestion de la performance: Les prescriptions qui doivent guider la conduite de l'acteur, les critères pour mesurer la performance, les systèmes d'incitations et de sanctions pour promouvoir la performance peuvent varier. Romzek & Dubnik (1994) font état de quatre types de critères concurrents qui peuvent guider l'évaluation de la performance: la mesure des intrants (input) qui réfère aux ressources investies pour la production des services, l'efficacité des processus qui réfère surtout aux mécanismes de production, la mesure des extrants (output) qui réfère surtout à la productivité, la mesure des résultats (outcomes) qui réfère à la réalisation de la mission de l'agent (par exemple l'amélioration de l'état de santé pour les organisations de santé). D'autres travaux font état de diverses procédures alternatives qui peuvent être mobilisées pour optimiser la performance: mesures de coercition, mécanismes de marché comme la compétition, sanctions électorales des gouvernants, renforcement de l'expertise (Weber, 1999).

La gestion de la performance à des fins d'imputabilité peut ainsi donner lieu à une grande diversité de pratiques et de mécanismes de gestion. Dans le secteur de la santé, l'évaluation de la performance a été identifiée comme une tâche particulièrement épineuse pour plusieurs raisons. Tout comme l'imputabilité, la performance est un concept qui recouvre de multiples dimensions et

différents modèles de performance, reflétant des conceptualisations différentes des systèmes sociaux et des organisations, vont privilégier des dimensions distinctes de la performance (Sicotte & al., 1998). Le système de santé est un lieu où s'affrontent des groupes d'intérêts qui ont des préférences, des valeurs et des buts divergents, des différences qui peuvent se refléter dans les perceptions de la performance et dans les dimensions de la performance privilégiées par chacun des groupes d'intérêts (Sicotte & al., 1998). Des arbitrages difficiles peuvent donc être nécessaires dans les processus d'évaluation de la performance. Par ailleurs, l'appréciation des performances basée sur un ensemble d'indicateurs spécifiques peut couvrir avec plus ou moins d'exhaustivité les responsabilités d'un sujet, d'une organisation ou d'un système (Plantz et al., 1996; Sicotte & al., 1998). Il y a un difficile équilibre à trouver entre, d'un côté le choix d'un trop large éventail d'indicateurs qui risque de mettre en péril la faisabilité du processus et, de l'autre côté un choix plus parcimonieux d'indicateurs qui risque de conduire à une vision tronquée de la réalité. Une autre difficulté tient au contexte d'interdépendance des tâches qui caractérise le système de santé et qui peut rendre l'attribution des performances particulièrement difficile. Rendre compte pour une performance donnée implique aussi que les agents aient les ressources et les compétences nécessaires pour réaliser les ambitions des politiques et des programmes de santé (Mitnick, 1996). En même temps, il y a lieu de tenir compte que la relation entre les résultats de santé, les ressources investies dans les systèmes de soins de santé et les programmes mis en œuvre sont complexes, ambigus, difficiles à préciser et font intervenir de multiples facteurs qui pour la plupart débordent les frontières du système de soins (Mckee, 2001).

L'opérationnalisation de la gestion de la performance à des fins d'imputabilité amène aussi un débat d'ordre épistémologique qui concerne le contexte de production du matériau qui va servir à l'évaluation de la performance des agents. Le modèle rationnel fondé sur des présupposés positivistes valorise une approche de l'évaluation fondée sur la recherche de liens de causalité, sur l'objectivité, sur l'indépendance des évaluateurs (Shadish, 1995; Cook & Reichardt, 1979). L'évaluation est dans ce cas une activité experte limitée à ceux qui ont la maîtrise technique d'un champ donné et qui sont donc autorisés à porter un jugement sur les activités de ce champ: professionnels, managers, vérificateurs, spécialistes de l'évaluation. Le principal reproche adressé à une telle approche est qu'elle dénie aux principaux intéressés (les bénéficiaires des services, les citoyens ordinaires, les consommateurs) la possibilité de qualifier eux-mêmes le résultat d'actions qui

ont pour finalité d'affecter leurs intérêts ou de modifier leurs conditions de vie. D'autres approches de l'évaluation de l'action publique proposent plutôt d'élargir la fonction d'évaluation à une vaste gamme d'acteurs qui peuvent ainsi renforcer leur capacité d'action à partir d'une meilleure connaissance des conditions de mise en œuvre et des résultats des interventions. On retrouve ici plusieurs courants qui proposent à la fois de démocratiser le processus d'évaluation et de l'utiliser à des fins d'habilitation (*empowerment*) des acteurs. En témoignent d'ailleurs la plupart des attributs utilisés pour qualifier ces formes d'évaluation: l'évaluation autonomisante - empowerment evaluation - (Fetterman & al., 1996), l'évaluation de quatrième génération (Guba & Lincoln, 1989), l'évaluation critique (Everitt, 1996), l'évaluation centrée sur l'utilisation (Patton, 1997) et l'évaluation démocratique (Floc'hlay & Plottu, 1998).

#### ▪ Responsabilité

La quatrième composante constamment associée à l'imputabilité est la notion de responsabilité. Imputabilité et responsabilité sont même utilisées très souvent comme deux synonymes virtuellement interchangeables (Emy et Hughes, 1991; Corbett, 1992). Cependant une analyse plus approfondie indique plutôt que, même si les deux termes sont fortement liés, ils ont chacun leur essence propre (Harmon, 1995; Thynne et Goldring, 1987; Uhr, 1993). La responsabilité n'est que l'une des dimensions de l'imputabilité et ne résume pas les trois autres composantes déjà vues. Thynne & Goldring (1987) insistent par exemple sur la nature relationnelle de l'imputabilité que n'implique par forcément la responsabilité. Cependant, être imputable implique toujours d'assumer une responsabilité en étant conscient des obligations qui y sont attachées et de ses conséquences potentielles.

La nature de cette responsabilité est diversement interprétée dans la littérature. La plupart des travaux centrent l'attention sur les aspects éthiques de cette responsabilité, mettant l'accent d'une part sur la liberté des acteurs qui peuvent choisir ou non d'exécuter une action en référence à leurs valeurs et leur conscience personnelle (Corbett, 1991) d'autre part sur le degré proportionné d'autonomie qu'exigent l'exercice de la responsabilité et l'obligation de rendre compte (Lucas, 1993). C'est une approche de la responsabilité qui reconnaît aussi aux agents le droit d'agir d'abord en fonction de leur conscience (Corbett, 1991) et de privilégier leur propre jugement au détriment, s'il y a lieu, des instructions de leurs supérieurs (Jackson, 1955). Les mécanismes de contrôle sont relégués

à l'arrière-plan pour laisser place aux valeurs, aux croyances, aux normes internalisées considérées d'ailleurs comme plus puissantes que les règles formelles (Denhardt, 1991). Il s'agit pour un individu libre d'arbitrer entre les responsabilités qu'il assume et celles qu'il récusé et de faire prévaloir ses choix. Sutherland (1995) souligne cependant les difficultés de cette approche qui pourrait laisser à des acteurs politiques la possibilité de faire des choix iniques en voulant prétendument bien faire. Il suggère qu'une telle approche de la responsabilité dans une société n'est tenable que si elle est associée à des processus de révision permettant de sanctionner les actes moralement réfractaires commis épisodiquement par ceux qui gouvernent.

D'autres travaux vont en effet au-delà de ces aspects éthiques, cherchant plutôt à expliciter les éléments objectifs qui circonscrivent la responsabilité des acteurs et à définir les domaines sur lesquels un acteur peut être amené à rendre compte. Gray & Jenkins (1985, 1986, 1993) parlent en termes de différentes rationalités concurrentes, c'est-à-dire différents cadres d'interprétation auxquels on peut recourir pour donner un sens à l'action, définir les responsabilités et évaluer les performances. Dans la rationalité légale, les modalités de l'action sont définies par le cadre légal, c'est-à-dire, un ensemble de lois, de règles et de procédures. Dans la rationalité économique, ce sont plutôt des standards de nature économique qui définissent les modalités d'action. La rationalité technique fait plutôt référence aux connaissances de nature scientifique validées par des experts. La rationalité sociale s'appuie sur un ensemble de conventions ou normes sociales qui assurent l'intégration sociale. Enfin la rationalité politique fait davantage référence à des critères susceptibles de renforcer le processus de prise de décision publique et de mobiliser une large variété d'acteurs autour de cette prise de décision.

Ailleurs, les différences entre ces deux approches (éthique et rationnelle) sont traitées en termes de tensions entre deux formes de responsabilité: 1) une responsabilité de nature objective circonscrite par un ensemble d'éléments formels: lois, règles, conventions sociales, codes professionnels, contrats, standards économiques; 2) une forme de responsabilité subjective qui réfère à une sorte d'obligation personnelle. Cette obligation dictée par un ensemble de normes *internalisées* est ressentie non forcément vis-à-vis des autorités formelles mais plutôt vis-à-vis de son groupe social et de soi-même (Thomas, 1998; Kernaghan, 1973).

En résumé, cette partie de l'état des connaissances indique donc que les multiples travaux sur l'imputabilité, au-delà de leurs divergences, permettent toutefois de mettre en lumière quatre composantes critiques qui sont généralement prises en compte dans les efforts de compréhension de l'imputabilité dans un contexte donné: 1) les modes de structuration des relations entre les acteurs; 2) les mécanismes de reddition des comptes; 3) les modalités de gestion de la performance; 4) les termes de la responsabilité des agents. Ces quatre composantes permettent ainsi de proposer une définition du processus d'imputabilité compris comme l'engagement de différents acteurs ou groupes d'acteurs impliqués dans un réseau complexe de *relations* dont l'enjeu est de faire en sorte que des parties assumant une *responsabilité* puissent *rendre compte* et expliquer à *d'autres parties* les résultats des efforts consentis et les niveaux de *performance* atteints.

## 2.2 QUE SAVONS-NOUS DES LIENS ENTRE LES PROCESSUS DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE SOINS DE SANTÉ ET L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES D'IMPUTABILITÉ?

Nous avons d'emblée précisé que peu de recherches ont abordé jusqu'ici de manière systématique l'impact des réformes du secteur de la santé sur la dynamique d'imputabilité ou l'impact de ces réformes sur la capacité des acteurs, organisations ou systèmes à réconcilier différentes formes d'imputabilité existantes ou émergentes. Néanmoins, au cours des dernières années, diverses initiatives engagées dans le cadre du renouvellement de la gestion des services de santé proposaient implicitement ou explicitement d'améliorer la performance des services de santé au travers d'un renforcement de l'imputabilité des divers acteurs. Nous nous proposons dans cette section d'examiner dans quelle mesure les données scientifiques existantes sur ces initiatives permettent de nous éclairer sur les liens entre imputabilité et réforme. Nous traiterons particulièrement de la régionalisation, de la contractualisation et de *l'empowerment* qui rejoignent les grandes tendances préalablement identifiées par rapport à la mise en œuvre des réformes.

### ▪ Régionalisation des services de santé et imputabilité

La décentralisation a été l'un des traits marquants des réformes du secteur de la santé dans tous les pays de l'OCDE (Saltman & Figueras, 1997). Au Canada, à l'exception de l'Ontario, toutes les provinces canadiennes, mettant en œuvre les recommandations des Commissions d'étude sur les services de santé et la tendance internationale, ont réorganisé leurs services de santé en

s'appuyant sur une formule de décentralisation axée sur la régionalisation (Lomas, & al., 1997a,b). Même si la configuration adoptée varie d'une province à l'autre, les changements visaient dans tous les cas à transférer des pouvoirs et des responsabilités à des unités administratives dont la juridiction est définie sur une base géographique. Au Québec en particulier, la décentralisation des services et la participation publique ont été au cœur des projets de transformation engagés au cours des 20 dernières années dans le système de soins (Turgeon & Lemieux, 1999; Forest & al., 1994). Quelle que soit la province concernée, plusieurs des diverses attentes par rapport à la régionalisation des services de santé touchaient directement aux pratiques d'imputabilité: participation accrue des citoyens à la gouvernance du système de soins; plus grande sensibilité du système de services aux attentes et besoins locaux; répartition plus claire des responsabilités; lignes d'imputabilité plus claires; renforcement du contrôle démocratique sur l'organisation des services de santé; amélioration de la qualité des services (Denis & al. 1998; Church & Barker, 1998).

En dépit de cette importance accordée à la régionalisation et au contrôle démocratique dans le processus de renouvellement de la gouvernance des systèmes de soins de santé, la recherche scientifique à cet égard présente de nombreuses lacunes. Peu de données probantes permettent pour l'instant d'attester de la contribution effective de ces mécanismes de contrôle démocratique à l'amélioration de la performance des systèmes de soins (Abelson, 2002). Peu d'études se sont appliquées à mesurer de manière rigoureuse l'efficacité des diverses méthodes de participation proposées dans le cadre de ces processus de décentralisation (Abelson, 2002). D'autres travaux questionnent, sans pouvoir y répondre, la capacité des nouveaux arrangements mis en œuvre à assurer un réel contrôle des communautés dans la gouvernance des services de santé (Marmor & Morone, 1980; Byorkman, 1985). Dans le cadre d'une analyse comparée des systèmes européens de santé, Saltman & Figueras soulignent que les différents projets de décentralisation mis en œuvre ont été peu évalués et qu'on en sait très peu des gains réellement apportés en termes d'équité, d'efficience, de qualité des soins, d'habilitation des citoyens et des usagers. La raison évoquée et que trop souvent, les décideurs prennent tout simplement pour acquis que la décentralisation se traduit automatiquement par des changements positifs (Saltman & Figueras, 1997).

Malgré ces lacunes, les recherches sur la décentralisation et la régionalisation permettent de spécifier plusieurs problèmes soulevés en particulier par la participation des citoyens à la prise de

décision et qui peuvent avoir une incidence sur les pratiques d'imputabilité. Le cadre conceptuel proposé par Charles & Demaio (1993) offre à cet égard une grille particulièrement intéressante pour examiner le niveau auquel les citoyens participent à la prise de décision. L'échelle de participation proposée comporte trois niveaux:

- un premier niveau réfère essentiellement à différentes formes de consultation du public en vue de recueillir des intrants nécessaires à la prise de décision: tables rondes, commissions royales, comités consultatifs, task force, focus groups, forums de citoyens, etc.

- un deuxième niveau suppose la mise en œuvre de divers mécanismes pour permettre un réel partage de la prise de décision entre spécialistes et non-spécialistes.

- un troisième niveau se traduit par un réel transfert de pouvoirs à des non-spécialistes qui dominant la prise de décision.

Il a été suggéré que la participation des citoyens au Canada n'a pas encore dépassé jusqu'ici le premier niveau (Charles & Demaio, 1993; Church & al., 1995)

Différents travaux font état de la difficulté d'*opérationnalisation* des principes de la démocratie locale sur laquelle est axée la régionalisation. Le faible taux de participation constaté traditionnellement lors des élections locales jette un doute sur l'avantage comparatif offert par les mécanismes de contrôle démocratique au niveau local pour améliorer la gouvernance des systèmes de soins de santé (Higgins, 1986; Church & Barker, 1998). D'autres travaux suggèrent cependant que l'élection des gouvernants au niveau local n'est pas une fin en soi ni la seule forme d'exercice du contrôle démocratique. Les citoyens nommés au niveau local par les élus nationaux peuvent avoir une légitimité démocratique tout aussi forte (Emanuel & Emanuel, 1997) ou encore le contrôle démocratique peut être garanti par le recours à une approche consultative dans la prise de décision (Midwinter & McGarvey, 2001). L'argument développé ici est que la démocratie ne s'exerce pas uniquement par le vote. Elle peut aussi profiter de divers mécanismes complémentaires qui permettent d'une part aux acteurs de comprendre de façon critique les enjeux sur lesquels ils doivent se prononcer d'autre part de réaliser un équilibre entre les intérêts et les valeurs de toutes les parties concernées (Contandriopoulos & al., 1999; Forest & al., 1999).

Une autre difficulté soulevée par rapport à l'exercice du contrôle démocratique dans les services de santé porte sur le déséquilibre qui caractérise souvent les rapports entre les décideurs

classiques (administrateurs, politiciens, professionnels) et les citoyens cooptés dans les instances régionalisées (Hurley & al., 1992; Marmor & Morone, 1980). Ce déséquilibre est expliqué de diverses manières. D'une part, les groupes professionnels organisés et les administrateurs des systèmes de soins de santé ont souvent un intérêt plus marqué à participer au processus décisionnel parce que leur emploi et leur revenu y sont directement liés et peuvent être affectés par les décisions prises. L'intérêt du citoyen, certes réel, est cependant plus diffus, moins explicite, du fait notamment que ses rapports avec le système sont souvent sporadiques (Marmor & Morone, 1980). D'autre part, la nature technique de nombreux débats dans le domaine de la santé, le monopole relatif que détiennent les professionnels et les administrateurs sur les connaissances et l'information nécessaire pour participer à ces débats, compliquent la tâche des citoyens invités à participer à ces discussions.

Sur le même registre, le renforcement des pratiques d'imputabilité au travers de la régionalisation force aussi à trouver un difficile équilibre entre l'imputabilité vis-à-vis du centre et l'imputabilité vis-à-vis des communautés locales (Mills, 1994; Reamy, 1995). Il a été constaté que les régions n'ont, le plus souvent, pas de pouvoir de taxation et dépendent ainsi des autorités centrales pour avoir les ressources nécessaires à leur fonctionnement. Cette fonction d'allocation des ressources assumée par le centre lui assure en même temps des pouvoirs importants. Il s'agit dès lors de trouver les moyens appropriés pour que les instances décentralisées rendent compte de l'utilisation des ressources qui leur sont transférées par le centre sans que le pouvoir de décision conféré aux communautés locales n'en soit pour autant affecté.

Il y a aussi le double rôle que joue le citoyen dans les systèmes de soins, comme usager des services qui souhaite avoir le plus large accès possible et comme contribuable réticent à investir davantage dans un système de soins qui en consomme déjà beaucoup. Des travaux soulèvent la question de la capacité des citoyens cooptés dans les niveaux de décision à pouvoir faire les arbitrages nécessaires quand il s'agit par exemple de réduire les services. Peu de données permettent de faire le point à cet égard. Mais des constatations faites à de très petites échelles suggèrent que les citoyens sont en général réticents à vouloir assumer la responsabilité de décisions difficiles ou peu populaires comme le rationnement des services (Abelson, 2002; Lomas, 1997)

La régionalisation des services de santé suscite beaucoup d'espoirs par rapport au renforcement des pratiques d'imputabilité dans le secteur de la santé. Cependant, la recherche existante offre peu d'indications quant aux meilleures pratiques à mettre en œuvre pour optimiser les effets de la régionalisation. En dépit de ce manque de données probantes, les recherches effectuées dans le domaine permettent de mettre en lumière de nombreuses difficultés potentielles liées à la mise en œuvre du contrôle démocratique local sur lequel repose la régionalisation.

- **Contractualisation des services de santé et imputabilité**

Une autre constante des réformes des dernières années dans les systèmes de soins de santé a été l'introduction de mécanismes de marché qui, pour la plupart, misaient sur de nouveaux arrangements d'imputabilité en vue de favoriser une utilisation plus efficiente des ressources et une amélioration de la qualité des services. Ainsi, au cours de la dernière décennie, on a observé une convergence vers des systèmes de soins de santé fondés sur le contrat. En séparant les fonctions d'achat, de prestation, de consommation des services de santé, de nouveaux arrangements institutionnels et organisationnels proposaient à la fois de clarifier les rôles des divers acteurs, d'allouer les ressources en fonction de la clientèle plutôt que des producteurs, de responsabiliser davantage acheteurs (gouvernements, assureurs), fournisseurs (établissements, professionnels) et consommateurs (Jönsson, 1996). Il a été ainsi postulé que de tels arrangements créaient les incitations nécessaires pour porter *l'acheteur* à allouer les ressources en fonction d'objectifs précis et pour porter le *prestataire* à fournir les services demandés de façon efficace en évitant les actes non appropriés ou inutiles. Sur la base d'observations empiriques effectuées au Royaume-Uni, Harrison (1993) souligne que les mécanismes de contractualisation favorisent une délégation de responsabilités qui permet à des gestionnaires plus proches de l'offre des services d'avoir les leviers nécessaires pour utiliser les ressources de la manière qui correspond le mieux aux besoins de la clientèle. Mariott & Mable (1998) argumentent, en ce sens, que l'introduction de ces mécanismes marchands dans le secteur de la santé favorise l'émergence d'un contexte dynamique incitant les organisations à offrir des services de meilleure qualité à leurs clients et favorisant des relations plus efficaces entre les acheteurs et les producteurs. Allant dans le même sens, Saltman & Figueras (1997) précisent deux mécanismes spécifiques par lesquels la contractualisation peut concourir à renforcer l'imputabilité des producteurs de services vis-à-vis des acheteurs. Premièrement, elle force à une claire spécification des engagements entre les parties contractantes et à la définition d'un

ensemble d'indicateurs de performance permettant de mesurer la réalisation de ces engagements. Les acheteurs de services peuvent ainsi plus facilement effectuer le monitoring de la performance des producteurs sur la base d'attentes convenues et, le cas échéant, sanctionner les niveaux de performance atteints. Deuxièmement, la contractualisation entraîne une réallocation des risques entre les acheteurs de services et les producteurs qui force ces derniers à prendre en charge, tout au moins en partie, une part des dépenses non planifiées et, conséquemment, les incite à minimiser ces dépenses non prévues.

C'est aussi par le biais de la contractualisation que les projets d'intégration des services de santé et de leur réorganisation autour des prestataires de premier recours proposent de rendre les producteurs plus imputables vis-à-vis des consommateurs. Suivant cette approche, un groupe de prestataires assume la responsabilité d'un continuum intégré de soins pour une clientèle donnée. Ils organisent non seulement leur propre pratique mais l'ensemble de la filière de soins de leur clientèle et sont responsabilisés financièrement à cet égard puisqu'ils sont payés en fonction du nombre et/ou profils des patients qui adhèrent à leur groupe (Bocognano & al., 1999). Ils exercent ainsi une fonction de coordination et de gestion pour le compte du patient avec qui ils sont liés par un contrat. Dans cette formule ou *l'argent suit le patient*, il est postulé que le fournisseur est incité à fidéliser ses clients en leur fournissant les meilleurs services, puisqu'en faisant preuve d'une performance médiocre vis-à-vis de ses clients, ils risquent de les perdre et de perdre aussi son prestige dans la collectivité (Mariott & Mable, 1998). Il est postulé que la formule de paiement par capitation sous-jacente à cette approche incite à une meilleure utilisation des ressources dans la mesure où le prestataire bénéficie des excédents de recettes et doit lui-même supporter en tout ou en partie les dépassements de budget (OMS, 2000). Avec l'intégration de la responsabilité et des ressources financières, on devrait obtenir davantage de contrôle sur l'utilisation des ressources et acquérir en même temps les leviers nécessaires pour faire des compromis à l'intérieur du continuum de services. (Mariott & Mable, 1998). Cette approche repose enfin sur la capacité d'un consommateur averti à choisir entre différents fournisseurs celui qui correspond le mieux à ses préférences

Dans l'état actuel de la recherche, aucune preuve empirique satisfaisante ne permet toutefois de conclure que la contractualisation des services soit réellement garante d'une meilleure qualité des services de santé, d'un rôle accru des consommateurs ou d'une plus grande efficience.

Les références les plus citées à cet égard se rapportent surtout au "*managed-care*" aux États-Unis où des rapports contractuels sont développés entre les États et des producteurs mis en situation de concurrence. Mais les évaluations faites de ces expériences montrent des résultats contradictoires. Plusieurs études indiquent que ces arrangements contractuels ont été profitables en termes de réduction des coûts (Zwanziger & Melnick, 1988; Paringer & Mc Call, 1991; Arnould & al., 1993). D'autres travaux montrent plutôt que ce type d'arrangements engendre des coûts de transaction importants, notamment des coûts informationnels, des coûts de négociation, des coûts de régulation (Henriet & Rochet, 1999; Saltman & Figueras, 1997). Et, suivant d'autres données, les gains apparents de productivité de certains groupes de producteurs pourraient être liés à des stratégies d'écrémage de risques qui pénalisent les populations les plus vulnérables (Langwell & Hadley, 1989; Bocognano & al., 1999). Saltman & Figueras (1997) soutiennent le potentiel théorique que comporte la contractualisation pour renforcer la performance des services de santé et l'imputabilité des acteurs, mais soulignent de nombreuses difficultés qui peuvent en compromettre la mise en œuvre: défaillances des systèmes d'information, coûts de transaction élevés, insuffisances quant aux compétences requises pour assurer la gestion des contrats. La littérature abondante sur la croissance des *QUANGOs* (quasi-autonomous non-governmental organisations) dont nous avons déjà fait mention aborde la question de manière différente et se penche surtout sur les menaces potentielles portées à l'imputabilité par le recours à ces procédures de contractualisation qui se traduisent souvent par la privatisation des marchés publics ou l'usage accru de la sous-traitance. L'enjeu soulevé ici est de s'assurer que l'imputabilité publique est préservée avec de telles procédures qui permettent à de larges portions du secteur public d'échapper au contrôle direct des instances élues (Payne & Skelcher, 1997).

En résumé, la contractualisation, par le biais de divers mécanismes opérants dont une plus grande imputabilité des acteurs, propose ainsi d'améliorer la performance des services de santé et de renforcer l'influence des consommateurs et des acheteurs sur les producteurs de services. Cependant, l'état actuel des connaissances ne permet pas encore de dire si ces espérances sont toujours tenues. D'autres travaux soulèvent plutôt des risques pour l'imputabilité associés à ces mécanismes.

### ▪ **Empowerment et imputabilité**

L'*empowerment*, terme anglo-saxon que l'on traduit en français par *habilitation*, est un concept relativement récent dans la littérature sur la santé. Il réfère notamment aux multiples efforts déployés dans le cadre des transformations récentes des systèmes de soins à la fois pour renforcer le pouvoir des patients dans les systèmes de soins et les responsabiliser davantage par rapport à leur santé et par rapport aux services qu'ils utilisent. L'*empowerment*, généralement défini comme un processus par lequel les individus et les communautés assument le contrôle de leurs vies et de leur environnement par le biais de la participation à diverses actions développées dans cette optique (Feste, 1992; Gibson, 1991; Rissel, 1994; Wallerstein, 1992), découle de la *pédagogie de la libération* de Paulo Freire. Freire a développé une philosophie de l'action qui repose sur la prise de conscience de sa condition sociale par celui qui apprend et sur la relation d'égalité entre les différents individus impliqués dans l'action sociale comme des co-apprenants (Freire, 1970). Cette philosophie reconnaît aux individus la possibilité d'agir librement et de pouvoir résister à l'influence de ceux qui les forcent à agir contre leur gré (Hollander & Offerman, 1990). Salzer (1997) précise trois niveaux où peut s'exercer cette habilitation. Au niveau individuel, l'*empowerment* suppose la reconnaissance des compétences de l'individu et de sa capacité à contribuer aux changements le concernant. Au niveau communautaire, il implique la participation de l'ensemble des membres d'une communauté aux décisions qui affectent cette dernière et la prise en compte des divers points de vue dans la prise de décision. Au niveau organisationnel, il réfère à une juste répartition du pouvoir entre l'ensemble des membres d'une organisation plutôt que le contrôle exclusif de ce pouvoir par un petit groupe.

Forrester (2000) souligne que ce concept d'*empowerment* qui connaît un regain d'intérêt dans le champ du développement organisationnel ne correspond pas à une notion nouvelle mais est plutôt le produit d'un lourd héritage ramenant à la fois aux travaux de Kurt Lewin, Douglas McGregor et Rensis Lickert. En effet, la méthode de recherche-action proposée par Lewin défendait déjà la promotion d'une implication forte des sujets à la fois dans la planification et la mise en œuvre des changements les concernant. L'élaboration des *théories X et Y* par McGregor et d'une typologie des formes de gestion par Lickert leur donnèrent en même temps l'occasion de faire valoir les potentialités d'une gestion participative qui reconnaît la bonne volonté, les talents, les besoins des employés et encouragent la communication entre dirigeants et employés. On doit aussi souligner également à ce chapitre les travaux de C. Barnard qui revendiquait déjà, dès la fin des années 40s,

la place importante qui doit être accordée dans les organisations à la confiance, à la collaboration et aux valeurs partagées considérées comme fondements d'un management efficace (Barnard, 1968). Le concept d'*empowerment* qui est aujourd'hui devenu un lieu commun dans le discours organisationnel et offre la promesse d'un travail plus créatif, plus dynamique et plus humain pour les employés ne fait donc que s'inscrire dans le sillon de ces précurseurs (Forrester, 2000; Burns, 1994).

Dans le secteur de la santé, les nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé, le mouvement de promotion de la santé, la recherche d'une plus grande sensibilisation des usagers par rapport à la manière dont ils utilisent des services de santé auront particulièrement contribué à attirer l'attention sur les possibilités offertes par l'*empowerment* comme outil d'intervention sociale. Ce concept d'*empowerment* appliqué à la santé est ainsi souvent associé à différents enjeux concernant, par exemple, la responsabilité des individus par rapport à différentes conditions qui affectent leur santé, la responsabilité des patients dans la prise de décision clinique et la création de conditions nécessaires pour leur permettre de faire des choix informés. Il sous-tend l'idée que les patients, comme premiers responsables de leur santé, doivent être des partenaires à part entière dans la prise de décision relative aux traitements qu'ils reçoivent. Même si le professionnel de santé détient l'expertise, il remplit un mandat que lui confie le patient et ce dernier doit pouvoir disposer de toutes les informations nécessaires afin de participer lui-même et pleinement à la décision (Feste, 1992; Gibson, 1991). Il est postulé que les individus à qui l'on offre la possibilité de faire des choix informés prennent les décisions qui sont les plus conformes à leurs préférences, à leurs croyances et à leurs valeurs. Un élément supplémentaire de l'argumentation est, qu'au-delà des aspects techniques d'une intervention, pour de nombreuses décisions médicales, les choix entre les options concurrentes sont basés sur des valeurs et doivent donc, dans ces cas, tenir compte des préférences des patients (Deber & al. 1994; Wennberg, 1990). Divers travaux font état par exemple d'arbitrages souvent difficiles à faire entre la *durée de vie* et la *qualité de vie* consécutive à certaines interventions invasives comme la prostatectomie transurétrale (Barry & al., 1988; Fowler & al. 1988).

L'enjeu est donc de réduire le déséquilibre traditionnel qui caractérise la relation entre le patient et le producteur de soins et de donner plus de pouvoir aux patients. Au travers de cette habilitation, les objectifs visés sont à la fois d'accroître la responsabilité des patients, de centrer les services sur les préférences des patients plutôt que des producteurs, de protéger les droits des

patients et d'améliorer la qualité des services (Salzer, 1997; Cornwall, 1994; Saltman, 1994). Il semble y avoir consensus sur le rôle critique que joue l'information et l'éducation pour permettre cette habilitation des patients. Cependant certains analystes, rappelant les caractéristiques intrinsèques du secteur de la santé (incertitude qui entoure les interventions, asymétrie d'information à différents niveaux), restent prudents par rapport aux espérances portées sur ce choix informé des patients qui supposerait que toute l'information pertinente soit accessible à ces derniers et qu'ils puissent pouvoir la traiter (Mckee & al., 1995).

L'*empowerment* ouvre ainsi un ensemble de possibilités pour reconnaître et renforcer les compétences des individus à divers niveaux. Sa concrétisation dans les services de santé promet une répartition plus équilibrée des pouvoirs entre les différents acteurs impliqués dans l'offre et la demande de services de santé: patients, producteurs de services, décideurs politiques, acteurs communautaires.

En résumé, ce que suggère l'ensemble de cette littérature relative au lien entre imputabilité et transformation des services de santé, c'est que les lacunes des services publics ou leurs faibles performances sont souvent attribuées soit à un manque d'imputabilité soit à des défaillances des formes d'imputabilité prédominantes. Ainsi divers mécanismes dont la régionalisation, les pratiques du marché, l'habilitation des individus sont promus dans les réformes pour leurs capacités potentielles à renforcer ou transformer les pratiques d'imputabilité existantes et conséquemment à améliorer la performance des services. D'un autre côté, les évolutions qui s'opèrent dans l'environnement des services publics et les transformations expérimentées par ces derniers en termes par exemple d'interpénétration croissante entre les secteurs public et privé auront contribué à créer des zones d'action pour lesquelles les formes traditionnelles d'imputabilité ne sont plus forcément opérantes. Ces évolutions créent ainsi de nouvelles exigences d'imputabilité et un impératif de renouvellement des pratiques existantes.

### 2.3 QUE SAVONS-NOUS DES FACTEURS QUI INFLUENT LES PRATIQUES D'IMPUTABILITÉ DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES?

Les pratiques d'imputabilité ne se développent pas dans un vacuum et ne sont donc pas complètement indépendantes du contexte dans lequel évoluent les acteurs impliqués dans ces processus d'imputabilité. En dépit de la rareté des travaux portant sur les déterminants de l'imputabilité dans les organisations publiques, une exploration large effectuée dans divers champs (santé publique, administration publique, sciences politiques) permet d'établir que les arrangements d'imputabilité dans une organisation ou un système donné sont le produit d'un ensemble de facteurs contextuels susceptibles d'avoir une influence sur l'une ou l'autre des composantes de l'imputabilité précédemment identifiées.

Plusieurs travaux mettent de l'avant les potentialités qu'offre la technologie pour renforcer les processus d'imputabilité. Trois ordres d'arguments sont utilisés pour étayer une telle thèse. Le premier met l'accent sur *l'ouverture* de la gouvernance que permettent les technologies au travers notamment d'un plus large accès à l'information. Pour Grossman (1995), cette gouvernance *ouverte* facilitée par une circulation accrue de l'information met à la portée des citoyens d'énormes leviers politiques et leur permet ainsi d'avoir des rapports plus équilibrés avec les professionnels, les administrateurs et les décideurs politiques. Les groupes marginalisés géographiquement ou politiquement ont ainsi plus facilement accès à certaines ressources qui leur permettent de concurrencer ceux du centre (Breger, 1996). Weber (1999) souligne à cet égard le rôle crucial joué par Internet en favorisant la circulation de l'information entre tous les participants impliqués dans l'action sociale. Un deuxième argument utilisé est que la technologie renforce l'imputabilité en suppléant aux défaillances de la démocratie représentative (faible taux de participation aux élections, manque de représentativité des élus ou des gouvernants) et en créant des possibilités directes d'interaction entre les décideurs et les citoyens (Breger, 1996). Le risque reconnu est toutefois le développement d'une société atomisée où les citoyens délaissent le recours aux institutions sociales intermédiaires pour interagir directement et de manière indépendante avec l'État. Suivant un troisième argument, la technologie est susceptible d'affecter les mécanismes d'imputabilité en place en créant des conditions plus favorables à la dévolution. Le transfert de pouvoirs et de responsabilité à des échelons inférieurs est facilité notamment parce que la technologie peut garantir en même temps une communication efficace, un partage d'informations et une meilleure coopération entre les

différents niveaux de juridiction. Ces différents arguments mettent donc tous de l'avant le rôle critique de l'information dans l'*opérationnalisation* de l'imputabilité et renforcent l'hypothèse de liens plausibles entre d'une part les caractéristiques des systèmes d'information et d'autre part les formes d'imputabilité mises en œuvre et leur efficacité (Dye & Stapenhurst, 1998; Caiden, 1993). Ces arguments sont en même temps convergents par rapport à divers travaux en analyse des organisations qui établissent une association entre les systèmes d'information et de communication et la structuration des organisations. La circulation de l'information dans l'organisation, le niveau d'accès à des sources diversifiées d'information, les moyens d'échanges d'information sont autant de facteurs qui ont été souvent identifiés comme jouant un rôle déterminant dans la structuration des organisations, les modalités d'interaction entre les membres de l'organisation et les comportements organisationnels (Anand & Mendelson, 1997; Travica, 1998; Leidner & Elam, 1995; Joshi & Rai, 2000). Finet (1997) souligne à cet égard que la circulation des flux d'information favorisée, entre autres, par les technologies de l'information renforce les possibilités d'interaction entre les différents échelons des organisations et en même temps atténue les différences de statuts souvent consacrées par les systèmes hiérarchiques.

Les valeurs ont été identifiées également comme des facteurs tout aussi déterminants dans les arrangements d'imputabilité. Les travaux de Romzek et Dubnick (1994) dans le champ de l'administration publique explicitent quatre valeurs fondamentales sous-jacentes aux divers arrangements d'imputabilité mis en œuvre dans le service public : la réceptivité politique, l'efficacité, l'obéissance à la règle et la déférence à l'expertise. Suivant Romzek et Dubnick, la prépondérance de l'une ou l'autre ou de plusieurs de ces valeurs détermine les mécanismes qui sont adoptés pour assurer l'imputabilité des agents publics. La réceptivité politique réfère aux valeurs démocratiques de participation, d'écoute des citoyens, de sensibilité aux besoins des citoyens. Elle a été identifiée comme le fondement des arrangements d'imputabilité qui accordent aux communautés ou à leurs instances représentatives un pouvoir de contrôle important et un droit de sanction de l'action administrative et politique. L'efficacité réfère à l'idée de maximiser l'utilité des interventions en employant de la manière la plus appropriée les ressources disponibles. Elle a été identifiée comme étant le fondement de divers mécanismes d'imputabilité qui misent sur le mérite, les incitations financières et l'optimisation des résultats. L'obéissance à la règle a été indexée comme une valeur qui donne souvent lieu à une prolifération de mécanismes de contrôle et à une inflation législative et

réglementaire. La déférence à l'expertise qui réfère à l'autonomie et la discrétion dont les experts devraient jouir dans l'exercice de leurs tâches a été identifiée comme le fondement de formes d'imputabilité qui privilégient l'autorégulation et la reddition de comptes entre pairs. C'est donc dire que le choix de mécanismes spécifiques d'imputabilités porte l'empreinte d'un ensemble de valeurs véhiculées par les acteurs sociaux et qui influencent le choix des mécanismes par lesquels ils rendent compte de leurs responsabilités.

D'autres données font état d'un ensemble de facteurs écologiques qui influencent l'évolution des pratiques d'imputabilité dans les organisations publiques: facteurs économiques, changements démographiques, attitude des décideurs politiques et des agents publics, modes d'organisation de la société civile (Hargrove & Glidewell, 1990; Schedler, 1999; Schacter, 2000a,b; Tandler, 1997; Weber, 1999; Romzek et Dubnick, 1994). Pour Romzek et Dubnick (1994), plusieurs défis auxquels font face les services publics en termes d'imputabilité sont liés à des pressions de l'environnement qui forcent à repenser les politiques et procédures auxquels réfèrent les agents publics pour s'acquitter de leurs responsabilités. Les changements démographiques, les avancées technologiques, la globalisation des marchés, la croissance des institutions gouvernementales, les évolutions dans le rôle de l'État modifient l'environnement des organisations publiques, affectent les attentes auxquelles doivent faire face les agents publics et créent de nouveaux défis pour le service public. Ces mêmes facteurs forcent ainsi à des choix de gestion qui permettent de s'adapter aux nouveaux impératifs mais qui en même temps sont susceptibles d'affecter les pratiques d'imputabilité parce que modifiant les conditions dans lesquelles les agents sont appelés à opérer. Weber (1999) établit un lien direct entre le contexte institutionnel et l'imputabilité et montre que divers facteurs comme le type d'institutions politiques, le système constitutionnel, les valeurs prédominantes, la relation entre le *politique* et l'*administratif*, le rôle de l'État dans la société contribuent à façonner et à faire évoluer les arrangements d'imputabilité. Romzek (1987), dans le cadre d'une analyse portant sur les institutions américaines tire une conclusion similaire et souligne que les pressions institutionnelles engendrées par le système politique américain constituent l'influence la plus déterminante sur les modes d'imputabilité dans les organisations publiques. Sans référer explicitement au concept d'imputabilité, les multiples travaux portant sur l'analyse des contingences organisationnelles soutiennent aussi ce lien entre des facteurs écologiques et l'imputabilité. Tous ces travaux concordent en effet à reconnaître que les dynamiques environnementales affectent de

manière déterminante à la fois les structures organisationnelles et les mécanismes de contrôle mis en œuvre (Donaldson, 2001; Mintzberg, 1990; Thompson, 1967). Les théoriciens institutionnalistes vont dans le même sens en mettant l'accent sur l'importance des facteurs environnementaux comme des déterminants majeurs des pratiques et activités d'une organisation (Meyer & Rowan, 1977, 1991; Tolbert & Zucker, 1983).

#### **6.4 POUR CONCLURE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES**

Cette revue de la littérature aura ainsi permis de dégager quatre composantes majeures qui façonnent les systèmes d'imputabilité et qui méritent ainsi d'être prises en compte pour dresser un portrait global de l'imputabilité dans les organisations de soins: la structuration des relations, la reddition des comptes, la gestion de la performance, la responsabilité. Chacune de ces composantes touche à des enjeux différents:

- a. Définir le mode de structuration des relations entre les acteurs dans le contexte des systèmes de soins amène à répondre à toute une série de questions associées concernant : la répartition des rôles, des responsabilités et de l'influence entre les acteurs impliqués dans l'offre et la demande de services, la base de légitimité des différents acteurs et les schémas de comportement prescrits.
- b. Définir la forme que prend la reddition des comptes amène de son côté à préciser les domaines sur lesquels s'étend cette reddition (les compétences, l'observance des règles, la performance économique, l'équité), les mécanismes institutionnels qui la supportent, le lieu privilégié (employeur/employé, professionnel/pair, producteur/consommateur, électeur/élu) et la direction dans laquelle elle s'effectue (ascendante, descendante).
- c. Définir les modes de gestion et d'évaluation de la performance amène à questionner la conception de la performance mise de l'avant par les acteurs, les critères utilisés pour mesurer la performance (intrants, processus, extrants, résultats), les structures d'incitation mises en œuvre pour promouvoir et sanctionner la performance.
- d. Définir la responsabilité amène à questionner la nature de cette responsabilité et le cadre auquel se réfèrent les acteurs pour interpréter et définir cette responsabilité.

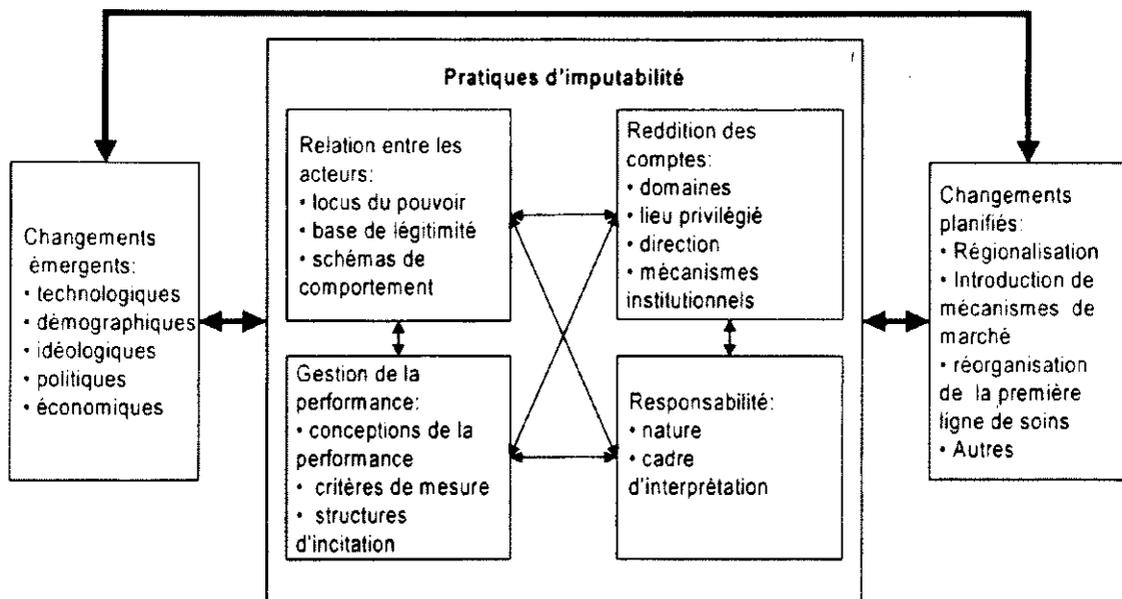
Ces quatre composantes distinctes sur le plan conceptuel sont toutefois interreliées et s'influencent mutuellement. C'est dire, par exemple, que les modalités de reddition des comptes sont fortement tributaires des modes de structuration des rapports entre les acteurs. À l'inverse, les rapports entre les différentes parties sont susceptibles d'être influencés par la manière dont s'opère cette reddition et par d'éventuelles sanctions et récompenses auxquelles elle donne lieu.

Les données existantes démontrent de manière nette que les systèmes de soins de santé ont été exposés au cours des dernières années à un contexte particulièrement changeant: évolutions technologiques, socio-démographiques, épidémiologiques, idéologiques. En dehors de ces changements émergents, il y a aussi les initiatives délibérées engagées dans un grand nombre de pays pour améliorer la performance des services de santé. Les réformes mises en œuvre ont donné lieu à une diversité d'approches qui, pour la plupart, revendiquaient leur orientation vers un *Nouveau Management Public* et promettaient de renouveler les pratiques d'imputabilité dans les systèmes de soins et de renforcer leur performance. Certaines initiatives ont fait l'objet d'un intérêt particulier: régionalisation, introduction de mécanismes de marchés, réorganisation de la première ligne de soins, habilitation des individus. Sur le plan théorique, ces initiatives pouvaient potentiellement amener à une transformation et un renforcement des pratiques d'imputabilité. Cependant, les données existantes ne permettent pas toujours de conclure dans quelle mesure ou non les initiatives mises en œuvre aient réellement contribué à renforcer l'imputabilité ou à améliorer la performance dans les services de santé. Peu de travaux empiriques ont analysé de manière systématique la relation entre l'évolution de l'environnement des organisations de soins de santé et l'évolution des pratiques d'imputabilité. En dépit de la place que prend l'imputabilité dans le discours réformiste qui est actuellement véhiculé dans les systèmes de soins y compris au Canada, la recherche autour de cette thématique montre d'importantes lacunes et laisse beaucoup de questions à explorer. La contribution de cette thèse sera d'analyser, au travers des discours et des pratiques, l'évolution des formes et des représentations de l'imputabilité dans le contexte des réformes des services de santé et de déterminer en quoi les dynamiques de gestion auxquelles cette évolution donne lieu s'accorde avec un potentiel accru d'amélioration de la performance des services.

### 3. MODÈLE CONCEPTUEL ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Sur la base des données présentées dans l'état des connaissances, nous proposons le modèle conceptuel ci-après:

Figure 1 : Modèle conceptuel



Il ressort donc de ce cadre conceptuel que la configuration des pratiques d'imputabilité dans un système de soins donné peut prendre des formes variables qui vont dépendre de l'articulation d'un ensemble de facteurs touchant aux relations entre les acteurs, aux modes de reddition des compte, aux mécanismes de gestion de la performance et aux termes de la responsabilité des acteurs. Cette configuration est susceptible d'évoluer au gré des transformations émergentes et planifiées qui surviennent dans l'environnement.

Cette recherche vise à répondre à quatre questions principales:

- 1) Quelles sont les conceptions théoriques de l'imputabilité?
- 2) Quelles sont les formes d'imputabilité valorisées dans les systèmes de soins de santé au Canada et comment évoluent ces formes d'imputabilité dans le contexte des transformations des systèmes de soins?
- 3) Quelles sont les relations entre les différentes formes d'imputabilité et comment s'articulent-elles dans les systèmes de soins?
- 4) En quoi les nouveaux arrangements d'imputabilité promus dans le contexte des réformes des systèmes de soins et en quoi les discours qui accompagnent ces réformes contribuent-ils à reproduire les systèmes existants ou génèrent-ils de nouvelles dynamiques de gestion susceptibles de contribuer à l'amélioration des performances?

La méthodologie est abordée dans la section suivante. Par la suite, la thèse est organisée autour de trois articles:

- Le premier article, en s'appuyant sur les données de la littérature scientifique dans diverses disciplines, présente quatre modèles théoriques qui font une synthèse des différentes approches de l'imputabilité (QUESTION 1). Cet article examine de manière critique ces quatre modèles et discute de leur capacité à répondre de manière optimale aux exigences d'imputabilité posées par les transformations des systèmes de soins.

- Le deuxième article, en s'appuyant sur des données empiriques, répond aux QUESTIONS 2 et 3 posées dans cette recherche et examine donc les formes prédominantes d'imputabilité dans les systèmes de soins de santé au Canada, les mécanismes institutionnels qui les supportent, leurs tendances évolutives et leurs modes d'articulation.

- Le troisième article, en s'appuyant sur des données empiriques, répond à la QUESTION 4. Il examine les stratégies discursives et les pratiques associées au renouvellement de la gestion des services publics et cherche à déterminer de manière spécifique comment les discours et techniques managérialistes ont été mobilisés et appropriés dans la mise en œuvre des réformes et dans quelle mesure ils contribuent à modifier ou à perpétuer les dynamiques existantes en matière d'imputabilité et de gestion.

En annexe, nous présentons un synopsis des principales initiatives de réformes engagées au cours de la dernière décennie dans les trois cas étudiés.

**TABEAU 1 : CONTENU DES 3 ARTICLES**

	<b>Titre</b>	<b>Questions de recherche</b>	<b>Types de données</b>
<b>Article 1</b>	Imputabilité et défaillances des systèmes de contrôle : sortir de la quadrature du cercle	Quelles sont les conceptions théoriques de l'imputabilité?	Revue de la littérature scientifique
<b>Article 2</b>	Accountability in health care systems: Fitting the pieces of the puzzle together	Quelles sont les formes d'imputabilité valorisées dans les systèmes de soins de santé au Canada et comment évoluent ces formes d'imputabilité dans le contexte des transformations des systèmes de soins?  Comment s'articulent les différentes formes d'imputabilité dans les systèmes de soins?	Analyse documentaire  Entrevues avec 49 informateurs clés
<b>Article 3</b>	Renouveau managérial et Imputabilité pour la performance - Dé-bureaucratisation ou Re-bureaucratisation?	En quoi les nouveaux arrangements d'imputabilité promus dans le contexte des réformes des systèmes de soins et les discours qui accompagnent ces réformes contribuent-ils à reproduire les systèmes existants ou génèrent-ils de nouvelles dynamiques de gestion susceptibles de contribuer à l'amélioration des performances?	Analyse documentaire  Entrevues avec 49 informateurs clés



## 4. MÉTHODOLOGIE

### 4.1 MODE D'INVESTIGATION

Pour répondre aux questions posées et compte tenu de la nature exploratoire de certaines composantes de cette recherche, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Ce choix se justifie ici par le souci d'accéder à une large variété de matériels et de construire cette connaissance sur l'évolution des pratiques d'imputabilité dans le cadre d'une interaction directe avec les individus impliqués dans l'action sociale. Nous partons ainsi du principe que les faits sont des construits et non des données immédiates (Watzlawick & al., 1988) et que la reconstruction de ces faits peut être optimisée dans le cadre d'une interaction avec les sujets qui en font l'expérience eux-mêmes (Arnaud, 1996, Le Moigne, 1987, 1990). L'utilisation d'une telle approche dans le cadre de cette recherche donne écho au principe soutenu par Sinclair (1995) que la réalité de l'imputabilité ne peut être décrite ni indépendamment des points de vue, des perceptions et de la compréhension des acteurs qui occupent une position de responsabilité ni sans tenir compte du contexte dans lequel ils exercent cette responsabilité. Thomas (1998) indique dans le même sens qu'une compréhension satisfaisante de l'imputabilité publique nécessite forcément d'incorporer les perspectives des agents publics eux-mêmes dans la mesure où la concrétisation de l'imputabilité dans un contexte d'action donné ne dépend pas uniquement d'un ensemble de mécanismes formels mais est aussi le produit des perceptions, des valeurs et des rôles *internalisés* par les agents impliqués dans l'action. La satisfaction par rapport à un système d'imputabilité est ainsi fonction autant des perceptions subjectives des individus que des conditions objectives qui entourent sa mise en œuvre. Le recours à des méthodes qualitatives nous offrait ainsi l'occasion de pouvoir recueillir un matériau plus riche recouvrant les perceptions des individus impliqués dans la gouvernance des services de santé en même temps que leurs conceptions, leurs représentations par rapport au phénomène de l'imputabilité, leurs critiques par rapport aux pratiques existantes et leurs suggestions. Compte tenu de la complexité du phénomène étudié, le recours à une méthodologie qualitative fondé sur l'utilisation d'un matériau textuel et verbal recueilli à des sources multiples était susceptible de fournir une information plus complète et aussi plus directement utile pour affiner la compréhension des processus d'imputabilité, mieux saisir les contextes dans lesquels s'inscrivent ces processus et mieux cerner les mécanismes par lesquels s'opèrent des changements.

La démarche adoptée dans cette recherche se veut aussi plurielle, à la fois inductive et déductive: inductive dans le sens où il s'agit de faire un travail de construction de sens à partir de l'interprétation des acteurs eux-mêmes de la réalité et de toutes les traces pertinentes (rapports, lois, politiques, etc.); déductive parce que la démarche empirique et les investigations conduites sont guidées par des connaissances théoriques déjà existantes et s'en trouvent ainsi renforcées (Yin, 1995).

#### **4.2 STRATÉGIE DE RECHERCHE**

La stratégie de recherche adoptée est l'étude de cas multiple avec niveaux d'analyse imbriqués. Yin (1995) précise à la fois la nature de l'étude de cas et les conditions de son utilisation en la décrivant comme une recherche empirique qui recourt à des sources multiples d'évidence pour étudier un phénomène contemporain dans son contexte alors que les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement délimitées. Dans le contexte de cette recherche et au regard des soucis précédemment exposés, l'étude de cas offre l'avantage de mettre à jour à la fois les éléments contextuels et historiques qui peuvent jouer un rôle dans l'explication. Elle offre en même temps suffisamment de flexibilité pour utiliser différents outils de collecte de données, pour conjuguer différentes sources de données et, de cette manière, recueillir des informations suffisamment nombreuses et détaillées pour saisir les différentes facettes du phénomène étudié (De Bruyne & al., 1974). L'étude de plusieurs cas dans le cadre de cette recherche permet de comparer ces derniers, de juger s'il y a reproduction des processus attendus dans différents milieux, de généraliser avec plus de confiance les résultats (Miles & Huberman, 1994; Contandriopoulos & al., 1990). Le recours à plusieurs niveaux d'analyse permettra de mettre à contribution différents niveaux d'explication pour construire un portrait plus probant de la réalité. Pour chacun des cas, l'analyse est effectuée sur plusieurs niveaux et porte à la fois sur le système de soins de santé, les organisations de soins de santé et les acteurs organisationnels.

#### **4.3 DESCRIPTION SUCCINCTE DES CAS**

Le cas est la province. Trois cas ont été sélectionnés parmi les provinces canadiennes en fonction de critères qui prennent en compte la recherche de cas révélateurs présentant des caractéristiques différentes et offrant un potentiel important d'informations et d'explications pour comprendre le phénomène étudié (Guba & Lincoln, 1989). Ainsi l'ampleur des transformations du

système de santé dans une province donnée, la présence d'une démarche explicite par rapport au renforcement des pratiques d'imputabilité, les variations dans les modalités adoptées tant pour restructurer le secteur que pour garantir l'imputabilité ont guidé le choix de cet échantillon qui inclut le Québec, l'Alberta et l'Ontario.

Le système de soins de santé au Québec a été l'objet de réformes importantes au cours des dernières décennies. La *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1985-1987), la refonte complète de la *loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991), l'adoption de la *Politique de santé et de bien-être* (1992) devaient poser les fondements pour un ensemble de changements qui allaient marquer profondément la structuration de l'offre des services de santé et les rapports entre les différents acteurs impliqués. Par le biais de la décentralisation des services de santé et du remplacement des CRSSS (Conseils régionaux de la santé et des services sociaux) par des Régies régionales (coiffées par des élus), les réformes proposaient une nouvelle dynamique de la répartition des pouvoirs entre les principaux acteurs impliqués dans l'offre et la demande de services. Le virage ambulatoire, présenté comme une composante majeure des transformations, proposait de nouvelles formes d'organisation des services et d'utilisation des ressources: optimisation des ressources alternatives à l'hospitalisation, transfert de ressources additionnelles aux services communautaires et domiciliaires, décloisonnement des pratiques professionnelles, développement de la pratique médicale de groupes. La nouvelle stratégie en matière d'organisation du réseau de soins misait sur le renforcement des services de premier recours et l'offre d'une gamme complète de services de base sur le territoire local pour rapprocher les services des usagers et assurer en même temps une plus grande réceptivité et une meilleure continuité des processus de soins. D'autres changements visaient à créer une nouvelle dynamique au niveau de la gestion interne des établissements appelés à accroître leur efficacité administrative et à améliorer la qualité de leurs services. Ils se sont traduits par tout un ensemble de mesures visant à reconfigurer le réseau de soins: fermetures, fusions, modifications de missions, réductions du nombre de lits. Bref, le réseau de soins québécois aura été marqué au cours des quinze dernières années par tout un ensemble de transformations et de réformes qui ont touché tous les paliers de gouvernance. Par ailleurs, depuis 1994, le gouvernement du Québec s'est engagé dans la mise en œuvre d'un nouveau cadre de gestion qui s'appuie explicitement sur le renouvellement des pratiques d'imputabilité pour moderniser la gestion des services publics. Mettant l'accent sur le service au

citoyen et la productivité du personnel, ce nouveau cadre de gouvernance promet un service public capable de livrer des services et des produits de meilleure qualité au meilleur coût possible dans un contexte de transparence accrue.

En Alberta, l'initiative ayant trait à l'évaluation du rendement mise en œuvre en vertu du *Government Accountability Act* constitue un des premiers engagements en son genre au Canada (Conseil du Trésor du Canada, 1998). L'Alberta est ainsi considérée parmi les provinces canadiennes comme un leader qui s'est distingué le premier par la mise en œuvre d'un système visant à mesurer la performance de l'action gouvernementale à tous les niveaux de juridiction et dans tous les secteurs, incluant la santé. Un accent particulier est mis sur le rapport annuel de performance dit *Measuring up* qui vise à assurer la transparence de la performance gouvernementale en rendant publics les résultats obtenus par le gouvernement dans les divers secteurs d'activités. Sur un autre plan, l'Alberta a suivi la tendance internationale et canadienne et a, elle aussi, misé sur la décentralisation pour réformer la gouvernance des services de santé. Conformément au *Regional Health Authority Act*, des responsabilités ont été déléguées à 17 autorités régionales qui se répartissent les activités de coordination des services de santé de la province. Par ailleurs, comme le reflètent à nouveau les recommandations de la dernière commission d'étude sur les services de santé en Alberta (Mazankowski, 2001), cette province s'est aussi distinguée au cours des dernières années par l'accent mis sur une orientation *affairiste* de l'offre des soins et la recherche d'une plus grande interpénétration entre les secteurs public et privé: recours à la contractualisation, diversification des sources de revenus y compris privées.

En ce qui concerne le troisième cas, l'Ontario est la seule province canadienne qui n'a pas suivi la voie de la régionalisation des services de santé. Cependant, avec l'appui d'une commission mandatée à cet effet (*The Health Services Restructuring Commission*), l'Ontario s'est engagée à partir des années 1996 dans une importante restructuration des services de santé notamment hospitaliers qui coïncidait avec la mise en œuvre de la politique d'austérité du gouvernement. Cette restructuration qui accompagnait donc les efforts du gouvernement pour réduire le déficit public s'est traduite par tout un ensemble de mesures qui devaient permettre, entre autres, de: 1) réorganiser et dégraisser le secteur hospitalier (fusions, fermetures, intégrations); 2) renforcer les services de première ligne; 3) mettre en œuvre les incitations appropriés pour responsabiliser davantage les

fournisseurs, les consommateurs et les décideurs à tous les niveaux; 4) améliorer à la fois la qualité et la rentabilité des services de santé (Sinclair & al., 2000).

Les trois cas choisis font donc référence à trois provinces engagées au cours des dernières années dans des processus de transformations majeures de leurs systèmes de soins de santé, mais se distinguant tout de même par la nature spécifique de certains enjeux soulevés et de certaines modalités adoptées. Ces trois cas paraissent donc fortement susceptibles d'apporter des informations pertinentes sur la manière dont évoluent les pratiques d'imputabilité au regard des transformations des systèmes de soins.

#### 4.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

La démarche adoptée dans la collecte des données est basée sur le principe de la triangulation. La triangulation, métaphore empruntée à la navigation et à la stratégie militaire, est une technique qui consiste à utiliser plusieurs points de référence pour déterminer la position exacte d'un objet. Il est postulé qu'en ayant recours à ces multiples points de repère, on augmente d'autant la précision. Le recours à cette technique dans le cadre de cette recherche visait donc à améliorer la précision des observations en recueillant différents types de données et en diversifiant nos sources (Allix-Desfautaux, 1998.) Cette technique devait ainsi nous permettre de réduire les biais liés à l'observation et de fournir des explications plus riches et plus précises sur le *pourquoi* et le *comment* du phénomène étudié (Jick, 1979). C'était aussi un moyen de tester la validité de nos conclusions (Bouchard, 1976). La convergence des résultats provenant de différentes sources de données devait assurer une validation transversale des résultats de la recherche. Les découvertes de divergences devaient nous forcer à enrichir l'explication et à trouver les raisons de ces divergences.

Par opposition à la triangulation *accross-method* qui consiste à associer des méthodes d'enquêtes quantitatives à des enquêtes qualitatives, nous avons plutôt utilisé dans le cadre de cette recherche une triangulation *within-method* qui consiste à utiliser diverses techniques au sein d'une même méthode (*ici qualitative*) pour recueillir et interpréter les données (Denzin, 1978). Dans les prochaines sous-sections, nous décrirons :

- les deux types de données collectées : des données documentaires et des données d'entrevues. Cette base empirique a été mise à contribution à la fois pour le deuxième et le troisième article
- les deux types d'analyses effectuées : l'analyse de contenu et l'analyse du discours. Le deuxième article est basé sur une analyse de contenu. Le troisième a mis à contribution à la fois l'analyse de contenu et du discours.
- le processus de triangulation des données
- les techniques utilisées pour valider les interprétations

#### ▪ **A. Collecte des données**

La collecte des données a été effectuée en deux étapes, chacune des étapes ciblant un type de données distinct.

##### **A.1. Collecte de données documentaires**

À cette première étape, l'objectif était de recueillir tous les documents qui pourraient s'avérer pertinents pour analyser les pratiques d'imputabilité dans les organisations de soins de santé au Canada et répondre ainsi aux questions posées dans le cadre de cette recherche. Les critères retenus pour la sélection des documents étaient les suivants:

- le document devait porter sur le Canada, quel que soit le niveau de juridiction: local, régional, provincial ou territorial, fédéral, organisationnel.
- l'imputabilité, sous quelque aspect que ce soit, devait être l'un des thèmes dominants du document
- le document devait soit porter spécifiquement sur les organisations et institutions de soins de santé, soit porter plus largement sur les services publics mais pour des questions ayant une incidence potentielle sur les services de santé

Dans un premier temps, nous avons procédé en consultant les sites web des institutions ou organisations impliquées directement ou indirectement dans l'offre des services de santé. Les sites Web suivants ont ainsi fait l'objet d'une recherche systématique:

- Gouvernement du Canada
- Ministère de la santé du Canada

- Conseil du Trésor du Canada
- Bureau du Vérificateur Général du Canada
- Vérificateur Général au niveau des différentes provinces du Canada
- Ministères de la Santé au niveau des différentes provinces du Canada
- Bureaux d'Ombudsman au niveau des différentes provinces du Canada
- Commission Canadienne de Protection de la Vie Privée
- Commissaires à l'information et à la protection de la vie privée dans les différentes provinces canadienne
- Corporations professionnelles (Ordres professionnels, Associations professionnelles)
- Organismes régionaux de santé accessibles par Internet
- Parlements fédéral et provinciaux

Une première sélection été faite pour cibler les documents correspondant spécifiquement aux cas étudiés et identifier également d'autres documents qui étaient susceptibles d'apporter des informations complémentaires et ainsi contribuer à l'enrichissement de l'explication des cas. Les documents recueillis correspondaient essentiellement à des documents de politiques, des documents de planification ou des documents portant sur divers aspects administratifs. Au total, 184 documents ont été examinés. La liste incluait : 1) des lois portant sur les services de santé, sur l'administration publique, sur la vérification des comptes publics, sur la régulation des activités des professionnels de santé, sur l'imputabilité des agents publics; 2) des énoncés de politiques, plus particulièrement ceux portant sur le cadre des réformes dans le secteur de la santé ou dans l'administration publique en général; 3) des plans d'activités de Ministères, d'autorités régionales, d'établissements; 3) des rapports administratifs; 4) les rapports des commissions d'enquête sur les services de santé et les services sociaux; 5) des rapports d'évaluation ou de vérification; 6) des documents professionnels. Les informations recueillies par Internet ont été complétées par d'autres documents du même ordre collectés lors de notre passage dans les établissements pour des entrevues.

TABLEAU 2 : TYPES DE DOCUMENTS CONSULTÉS

TYPES DE DOCUMENTS	Québec	Alberta	Ontario	Autres	Nombre
Documents législatifs	12	11	9	-	32
Documents de politiques	8	17	8	10	43
Rapports de commissions d'études sur les services de santé	2	1	1	5	9
Rapports d'activités (gouvernements, ministères, agences associées aux Ministères)	5	11	13	5	34
Documents de planification régionale ou locale	7	12	-	-	19
Rapports de vérification ou d'évaluation	8	5	4	5	22
Documents professionnels	10	10	5		25
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>40</b>	<b>25</b>	<b>184</b>

Les documents étaient examinés dans une double perspective. Premièrement, l'analyse documentaire visait à décrire les pratiques d'imputabilité prédominantes, à identifier les mécanismes institutionnels qui supportent ces pratiques, à préciser les modes et les outils de gestion associés à ces pratiques. La grille d'analyse utilisée à cette fin s'appuyait sur le cadre théorique élaboré dans la première étape de la recherche (explicitation des dimensions et des principales approches théoriques d'imputabilité - voir état des connaissances et article 1). La grille devait ainsi permettre de définir:

- a) les modes de structuration des relations entre les acteurs impliqués dans les processus d'imputabilité dans les organisations et systèmes de soins: locus principal du pouvoir ou du contrôle, base de la légitimité de ceux qui exercent le contrôle, schémas de comportements attendus des agents impliqués dans ces relations.
- b) les modalités de reddition des comptes dans les organisations et systèmes de soins: domaines sur lesquels s'étend la reddition des comptes, lieu privilégié pour la reddition des comptes, direction suivie par le processus redditionnel, mécanismes institutionnels qui président à cette reddition de comptes

- c) les modalités de gestion de la performance dans les organisations et systèmes de soins: critères de mesure de la performance, outils de gestion utilisés pour promouvoir et mesurer cette performance, structures d'incitation
- d) la nature de la responsabilité: degré d'autonomie et de discrétion accordé aux agents dans l'exercice des tâches, importance relative accordée aux valeurs, termes qui circonscrivent la responsabilité des agents

Deuxièmement, l'analyse documentaire devait aussi permettre de saisir comment les pratiques d'imputabilité et de gestion ont évolué au regard de la chronologie des réformes et des transformations dans les systèmes de soins.

## **A.2. Collecte des données auprès des informateurs-clés**

En dehors des données documentaires, les études de cas se sont appuyées sur une série d'entrevues semi-directives réalisées dans les trois provinces canadiennes auprès d'informateurs clés. L'échantillon incluait à chaque fois:

- 1) des gestionnaires occupant des postes seniors à différents niveaux de juridictions (établissements, autorités régionales, ministères)
- 2) des professionnels de santé œuvrant soit au niveau des associations et ordres professionnels, soit au niveau des établissements de soins ou des instances régionales.

Deux groupes de professionnels ont été sélectionnés pour faire partie de l'échantillon: les médecins et les infirmières. La plupart exerçaient une double fonction clinique et administrative. Ce choix se justifiait par la nature des fonctions particulièrement stratégiques qu'occupent ces deux groupes professionnels dans la fourniture des services de santé. De surcroît, médecins et infirmières constituent sur le plan numérique les deux groupes professionnels les plus importants dans les systèmes de soins. En ciblant les gestionnaires et les deux catégories professionnelles précitées, nous cherchions ainsi à recueillir les points de vue d'observateurs fortement impliqués dans la gouvernance des systèmes de soins et susceptibles de fournir des informations pertinentes sur les pratiques d'imputabilité et de gestion qui y sont prédominantes.

La liste des gestionnaires recrutés dans l'échantillon incluait des directeurs généraux de diverses catégories d'établissements (centres hospitaliers de soins aigus, centres de réhabilitation,

établissements de première ligne, centres jeunesse), des présidents de regroupements d'établissements, des directeurs de programmes aux trois niveaux (ministériel, régional, établissements), des sous-ministres. Il s'agissait donc en général de personnes occupant des postes de direction et fortement concernés par toutes les questions relatives à la mise en œuvre des réformes et à la gestion des services de santé.

La constitution de l'échantillon a suivi le principe de *l'échantillonnage raisonné* suivant lequel les informateurs sont sélectionnés en fonction d'un ensemble de critères établis *a priori* et prenant en compte le modèle conceptuel. Suivant Van der Maren (1996), une telle méthode assure notamment que l'information des données réponde aux questions de la recherche. Suivant les critères retenus dans le cadre de cette recherche, les informateurs étaient ainsi choisis:

- 1) en fonction de la richesse de l'information qu'ils étaient susceptibles de fournir. Leur ancienneté au niveau du système de soins et la nature du poste occupé servaient ici d'indications.
- 2) en fonction d'une implication active dans la gouvernance du système de soins à quelque niveau que ce soit.
- 3) en fonction du groupe professionnel auquel ils appartenaient. Les médecins, les infirmières et les cadres supérieurs étaient recrutés. La préoccupation était également ici d'avoir une répartition équilibrée entre ces trois groupes de manière à obtenir des informations variées touchant différents niveaux d'administration et reflétant des perspectives variées.

Pour construire l'échantillon suivant cet ensemble de critères, nous avons fait appel dans chacune des provinces à des personnes ressources ayant une connaissance approfondie des réseaux de soins et de leurs acteurs. Dans les trois cas, l'échantillon était rajusté en cours de route pour y ajouter des informateurs suggérés par d'autres informateurs eux-mêmes. Cette technique supportée par Miles & Huberman (1994) et Van der Maren (1996) permet de recueillir des données supplémentaires et pertinentes jusqu'à une certaine saturation de l'information.

En Alberta, 18 informateurs-clés ainsi répartis ont été interviewés:

- 8 gestionnaires occupant des postes seniors dans les établissements de soins (hôpitaux de diverses catégories et établissements de première ligne), les régions et le Ministère de la santé

- 10 professionnels dont 5 médecins et 5 infirmières exerçant des fonctions seniors dans les corporations professionnelles, les régions et les établissements.

Au Québec, 16 informateurs clés ainsi répartis ont été interviewés:

- 11 gestionnaires occupant des postes seniors dans diverses catégories d'établissements, dans les régies régionales et le Ministère de la santé
- 5 professionnels dont 3 médecins et 2 infirmières exerçant des fonctions seniors dans les ordres professionnels et les établissements de soins

En Ontario, 15 informateurs clés ainsi répartis ont été interviewés:

- 8 gestionnaires occupant des postes seniors dans diverses catégories d'établissements (hôpitaux et centres de soins communautaires) et le Ministère de la santé
- 7 professionnels dont 3 médecins et 4 infirmières exerçant des fonctions seniors dans les corporations professionnelles et les établissements de soins

C'est donc un total de 49 entretiens qui ont été réalisés par le même interviewer sur la période s'étendant de février à juillet 2001. La durée des entretiens variait entre 45 et 90 minutes. Une grille préparée à cet effet permettait de s'assurer que les différentes questions soulevées par le modèle théorique de la recherche étaient abordées à chaque fois. Néanmoins, durant l'entretien, l'informateur avait une totale marge de manœuvre pour formuler ses points de vue, déborder sur les questions qu'il jugeait pertinentes, décider de l'ordre dans lequel il abordait divers points. La grille ne servait souvent qu'à relancer, quand il y avait lieu, l'entretien. À chaque entretien, elle devait être adaptée pour tenir compte de la manière dont l'interviewé exprimait ses points de vue. Elle a été enrichie en cours de route dans la perspective d'approfondir certaines questions soulevées dans les entretiens antérieurs. La grille d'entretien type comportait les questions présentées dans le tableau ci-après. Toutes les entrevues étaient simultanément enregistrées sur deux magnétophones. Elles ont été ensuite retranscrites par une secrétaire qui devait suivre un certain nombre d'instructions: transcription exacte suivant les termes employés par les informateurs, notation de tous les artefacts (rires, interrogations, hésitations, arrêts,...), indication des parties inaudibles.

**TABLEAU 3 : GRILLE D'ENTRETIEN**

- 1) Pensez-vous que l'imputabilité correspond actuellement à une préoccupation importante dans le réseau de soins
- 2) Quelle signification donnez-vous à la notion d'imputabilité?
- 3) À qui un professionnel de santé est-il imputable? Imputable sur quoi?
- 4) À qui un gestionnaire des services de santé est-il imputable? Imputable sur quoi?
- 5) Quels sont les principaux mécanismes par lesquels s'opère la reddition des comptes dans votre organisation?
- 6) Quels sont les principaux mécanismes utilisés dans votre organisation pour mesurer et promouvoir la performance?
- 7) Comment les pratiques courantes d'imputabilité aident-elles ou non à améliorer la performance?
- 8) Comment les pratiques courantes de gestion aident-elles ou non à renforcer l'imputabilité?
- 9) Quelles sont les évolutions constatées dans les pratiques d'imputabilité?
- 10) Parlez de votre propre expérience en tant que gestionnaire ou professionnel par rapport à l'exercice de l'imputabilité.
- 11) D'après vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées par rapport à l'imputabilité dans le réseau de soins?
- 12) D'après vous, quelles sont les perspectives pour un renforcement des pratiques d'imputabilité dans le réseau de soins?

## ▪ B. Analyse des données

### B.1. Analyse de contenu des données d'entrevues

Pour traiter et analyser les données recueillies par le biais de ces entrevues, nous avons eu recours à un logiciel de traitement informatisé des données qualitatives (*ATLAS TI*), en prenant en compte les possibilités offertes par cet outil et en étant conscient des dangers à éviter. En effet, une littérature de plus en plus abondante sur ces logiciels témoigne à la fois d'un ensemble d'attentes et d'inquiétudes manifestées par rapport à l'utilisation de tels outils pour analyser les données qualitatives.

Quatre principales inquiétudes sont exprimées:

1. L'utilisation de tels outils risque de créer une trop grande distance entre le chercheur et ses données et compromettre cette familiarité avec les données jugée si indispensable lors de l'analyse et de l'interprétation de données qualitatives (Seidel, 1991)
2. L'utilisation de tels outils peut conduire à analyser des données qualitatives comme des données quantitatives: comptage de termes, octroi de poids supérieurs à des occurrences plus fréquentes, rejet des occurrences isolées (Mason, 1996)
3. L'utilisation de tels outils risque de conduire à une trop forte homogénéité dans les méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives, faisant ainsi perdre la richesse d'informations que d'autres méthodes non informatisées sont susceptibles d'apporter (Coffey & al. 1996)
4. Ces outils peuvent devenir suffisamment monstrueux et contraignants pour se substituer au chercheur dans le processus d'analyse (Buston, 1997)

Ces inquiétudes ou critiques sont toutefois rejetées avec force par nombre de défenseurs de l'utilisation de ces logiciels d'analyse (Lee & Fielding, 1996; Barry, 1998; Kelle, 1997; Weitzman & Miles, 1995). Premièrement, la contre argumentation indique que la plupart des risques identifiés ne sont pas inhérents à l'utilisation de ces outils informatiques mais sont plutôt liés à la rigueur dont fait preuve le chercheur dans l'analyse de ses données. Deuxièmement, il est précisé que ces logiciels ne sont avant tout que des outils qui, seulement s'ils sont bien utilisés, sont susceptibles de faciliter certaines tâches de traitement des données. Si ces logiciels occupent une place importante dans les fonctions de codage, d'administration et de classement des données, cette place est forcément réduite pour ce qui s'agit d'attribuer une signification aux données et de les interpréter. Troisièmement, il est suggéré que certains avantages offerts par ces logiciels sont incontestables:

1. la vitesse et la flexibilité qu'ils permettent à la phase de codage libère du temps qui peut être exploité pour approfondir les tâches analytiques
2. la gestion des données est largement facilitée par les possibilités offertes de classer, d'archiver, de fusionner des données
3. la structure formelle qui permet d'inclure et de stocker des mémos tout au long du traitement des données facilite le processus d'analyse et d'interprétation

4. ces outils offrent une manière plus complexe d'apprivoiser les données et d'exploiter les multiples relations qui existent entre elles.

À la lumière de ces avantages et en prenant en compte les risques potentiels, nous avons donc fait le choix d'utiliser *Atlas ti* pour procéder à l'analyse de contenu de l'ensemble du matériel recueilli dans le cadre des entrevues. Cette analyse a été effectuée en deux phases:

### **B.1.1. Analyse individuelle des cas**

Pour chacun des cas, nous avons procédé par une analyse séparée de chaque entrevue en suivant de manière systématique la séquence suivante:

- a. Lecture préliminaire des transcriptions et préparation du matériel pour le traitement informatisé
- b. Téléchargement du matériel sur le logiciel *Atlas ti*
- c. Codage des données. Le codage a été effectué à partir d'une grille construite à cet effet sur la base des principales catégories du cadre conceptuel et des modèles théoriques. Un lexique de codes était aussi constitué pour s'assurer que les mêmes codes étaient toujours attribués aux mêmes unités de sens. Nous avons aussi adopté la technique du double codage intracodeur, c'est-à-dire, la même entrevue a été codée à deux reprises à deux moments différents par le même codeur. Cette technique permet de s'assurer de la fidélité du codage et augmente la validité des résultats (Lessard-Hébert, & al., 1995)
- d. Recueil du matériel pertinent et stockage du matériel résiduel
- e. Métacodage. Ce métacodage permettait de passer à un premier niveau conceptuel à l'aide de super-catégories mettant en relief les *patterns* et régularités qui se dégagent de l'entrevue
- f. Synthèse de l'entrevue

Au terme de cette analyse individuelle de chacune des entrevues d'un cas, ces dernières sont ensuite fusionnées et l'analyse procède ici par la recherche des traits communs et généraux, des régularités, des convergences, des divergences, des agrégats naturels des données, des connexions. Cet exercice d'interprétation permet ainsi d'identifier les structures ou organisations qui apparaissent dans les données et de construire une signification pour l'ensemble du cas.

Cette analyse cherchait spécifiquement à déterminer, sur la base des perceptions et de la compréhension des répondants, les formes d'imputabilité prépondérantes dans chacun des cas, les

principaux mécanismes par lesquels ces formes d'imputabilité étaient mises en œuvre et articulées, les outils de gestion mobilisés.

### **B.1.2. Analyse inter-cas**

Les interprétations faites pour chacun des trois cas ont été ensuite confrontées pour examiner les similitudes et les divergences et tenter de comprendre ces dernières.

### **B.2. Analyse du discours**

L'analyse initiale portant sur le contenu des entrevues et ciblant les thèmes relatifs aux différentes catégories de notre modèle théorique permettait d'établir une configuration des pratiques d'imputabilité mais ne suffisait pas à exploiter toute l'essence du matériel recueilli. Des analyses complémentaires nous paraissaient nécessaires pour saisir les préférences des répondants eux-mêmes, leurs représentations, leurs conceptions quant au renouvellement des services et aux meilleures pratiques à mettre en œuvre. Une perspective plus interprétative s'avérait un complément nécessaire pour mieux comprendre comment les acteurs construisaient leur propre compréhension de l'imputabilité et les propositions sous-jacentes à cette compréhension. Les opérations du discours, comme le souligne Vignaux (1988) offrent à un locuteur l'occasion de construire une interprétation, de créer du sens et de se situer. En choisissant ses mots, le locuteur nomme et définit non pas la réalité, mais une vision particulière de la réalité et suggère une interprétation du monde. L'analyse interprétative des discours était donc utilisée pour examiner la stratégie discursive et argumentative des répondants et relever les principaux raisonnements par lesquels ils justifiaient tant leurs conceptions en matière d'imputabilité et de gestion que leurs jugements par rapport aux pratiques existantes. Cette analyse était effectuée en deux étapes. Dans une première étape, il s'agissait de repérer les extraits les plus pertinents du discours pour cette analyse : les parties du discours où le répondant expose sa propre compréhension; les extraits qui réfèrent à une expérience ou une opinion personnelle; les extraits qui dénotent une prise de position ou un commentaire plus passionné (Hollway, 1989; Potter & Wetherell, 1987). Au-delà, cette analyse a permis aussi de s'intéresser aux contradictions apparentes du discours et à certaines parties non structurées pour en relever les significations. En deuxième étape, il s'agissait d'explicitier les termes du raisonnement sous-jacent à ces extraits, y compris celles qui sont moins bien structurées, de déterminer les propositions qui y sont associées, de comprendre le sens des contradictions et inconsistances, de

rendre plus explicites les significations associées aux concepts clés utilisés dans le discours (Gavey, 1989).

### C. Triangulation

Si cette méthodologie est présentée sous une forme séquentielle et linéaire qui permet de rendre compte de toutes les procédures suivies, il y a lieu de préciser toutefois que la mise en œuvre témoignait d'un processus plutôt itératif. Une fois l'analyse documentaire préliminaire effectuée, une synthèse tout aussi préliminaire a été rédigée. Cependant, tout au cours des phases subséquentes, nous avons opéré par un processus de va-et-vient. Au cours des différentes phases de l'analyse des entrevues, nous avons du souvent revenir aux documents soit pour valider ou enrichir une explication, soit pour compléter une information. Une entrevue ou un document pouvait soulever des questions ou des hypothèses qui étaient contredites par un matériel préalablement recueilli. Ceci amenait à rechercher les raisons de cette divergence et dans certains cas à recueillir de l'information complémentaire. Le mode *ouvert* de recueil des données qui a été privilégié permettait à tout moment de collecter de l'information complémentaire soit documentaire soit verbal jusqu'à saturation de l'information. Nous partions du principe que le phénomène étudié était complexe, non linéaire et nécessitait ce va-et-vient pour consolider les explications et valider les conclusions.

### D. Validation des Interprétations

L'interprétation des données a été validée à deux niveaux:

- a. au niveau du matériel résiduel: le matériel résiduel (le matériel mis de côté après le tri des données) a été réexaminé en fin d'analyse pour voir dans quelle mesure il pouvait amener des explications complémentaires confirmant ou infirmant les conclusions.
- b. auprès des informateurs clés: une synthèse des conclusions a été envoyée par courrier électronique à cinq informateurs clés qui ont pu être re-contactés dans chacune des provinces. Il leur était demandé de nous faire parvenir d'éventuels commentaires par rapport aux conclusions observées. Les 11 retours d'information que nous avons eus soit par courrier électronique soit par téléphone appuyaient nos conclusions.

#### 4.5 VALIDITÉ DE LA RECHERCHE

La recherche de critères pour attester de la validité des recherches qualitatives a fait et fait encore l'objet d'âpres débats. Popay & ses collègues (1998) distinguent à cet égard trois positions concurrentes:

- a. ceux qui pensent que la recherche de la rigueur scientifique n'est pas un problème inhérent aux recherches qualitatives et comme quoi les traditionnels critères de fidélité, validité, généralisabilité s'appliquent à la fois aux méthodes qualitatives et quantitatives. Le défaut d'une telle approche, soulignent Popay & ses collègues, c'est qu'elle nie les spécificités épistémologique et ontologique des deux méthodes.
- b. ceux qui, comme les post-modernistes, soutiennent qu'il n'y a aucun critère réellement sûr pour juger de la validité d'une recherche qualitative et, de ce fait, aucun ne devrait être privilégié. Cette position jugée tout à fait nihiliste (Popay & al., 1998) peut conduire à nier toute scientificité aux recherches qualitatives.
- c. ceux qui reconnaissent que des critères communs pourraient être utilisés pour attester de la validité des deux types de recherche mais que les procédures permettant de rendre opérationnels ces critères devraient tenir compte des différences entre les deux méthodes. On retrouve dans ce courant les travaux de Denzin & Lincoln (1994), Hammersley (1987), Miles & Huberman, 1994, Lincoln & Guba (1985).

Nous appuyant sur ce troisième courant et les propositions faites dans les travaux pré-cités, nous nous sommes attachés tout au long de notre démarche de recherche à respecter un certain nombre de procédures capables de garantir la rigueur scientifique de ces travaux. En effet, nous avons pu relever plusieurs menaces potentielles à la validité de cette recherche. En tant que chercheurs engagés dans cette production de connaissance relative à un phénomène social, nous sommes nous-mêmes les produits de nos conditions socio-historiques et avons nos propres présupposés, nos propres perceptions et notre propre vécu par rapport au phénomène de l'imputabilité. L'enjeu à ce niveau est donc de garder la distance critique nécessaire par rapport aux faits observés pour éviter que notre interprétation des faits ne se réduise à nos propres présupposés. Il y a aussi les limitations potentielles de l'instrumentation utilisée. Dans le cadre d'une recherche basée sur la collecte de documents d'archives, l'enjeu est de s'assurer que la méthode de collecte utilisée ne conduise pas à des biais de sélection et permette de recueillir la diversité des points de

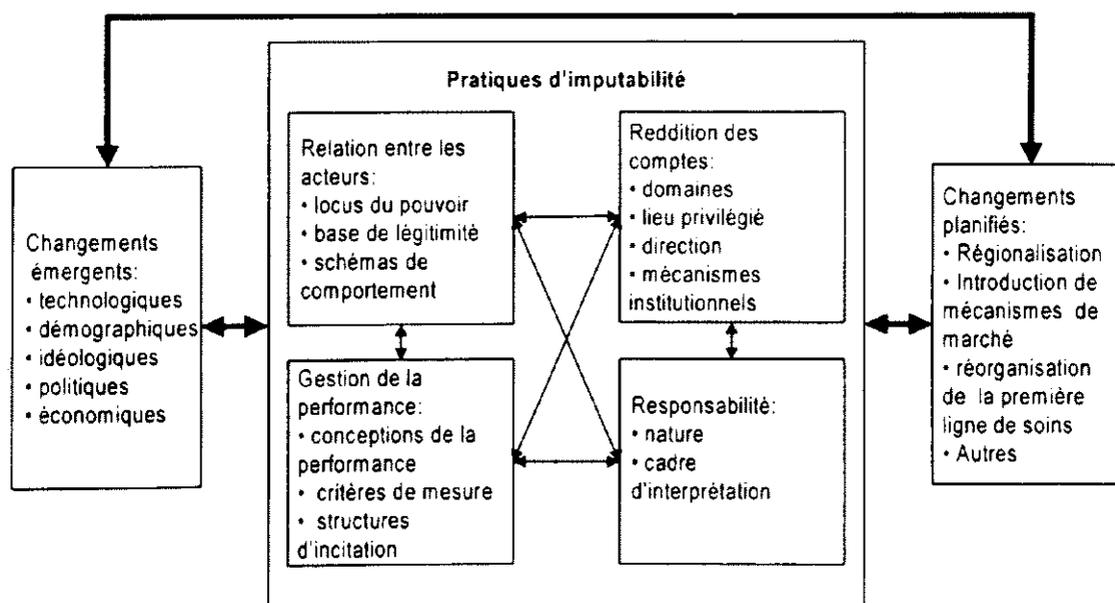
vue relatifs à la question étudiée. La collecte des données par entrevues dans le cadre d'enquêtes qualitatives pose divers enjeux similaires relatifs à la constitution de l'échantillon, à la qualité de l'information recueillie et sa saturation et aux conditions dans lesquelles s'effectue la collecte de l'information. Il s'agit notamment de s'assurer que les résultats obtenus ne sont pas liés à une déformation de l'instrumentation, à une information biaisée et que les méthodes utilisées permettent : de recueillir la plus large variété de points de vue; de laisser aux acteurs toute leur liberté d'expression; d'avoir l'information suffisante et pertinente pour analyser et comprendre le phénomène étudié. À l'étape de l'analyse et de l'interprétation des données se posent aussi des risques de biais qui peuvent être liés à une mauvaise utilisation de l'instrumentation ou à l'observateur lui-même. Un mauvais codage des données peut affecter négativement la qualité de leur rapport aux faits. Le recours à des formes d'analyse interprétative comme l'analyse du discours pose encore avec plus d'acuité la menace de biais d'ordre idéologique lié à l'observateur si cette analyse ne s'intègre pas dans le cadre d'un processus réflexif et critique.

Ces biais potentiels étant explicités, nous nous proposons de revenir sur diverses procédures introduites dans notre démarche de recherche dans la perspective de juguler ces menaces. L'adoption du principe de triangulation contribue à la validité de cette recherche à plus d'un titre. En recourant à diverses sources de données (données documentaires, données d'entrevues), en utilisant diverses méthodes d'analyse (analyse de contenu, analyse des discours), en opérant par un processus de va-et-vient entre les différentes sources et les différentes méthodes d'analyse, cette technique nous permettait à la fois d'accéder à une information variée, riche et non sélective, à réduire les biais et l'instrumentation et à l'observation et à affiner nos conclusions par un processus de validation croisée et de re-validation constante. Au chapitre de l'analyse des données, en dehors de la triangulation, diverses autres techniques ont été mises à contribution. Ainsi, pour assurer la fidélité des données et faire en sorte qu'elles correspondent le plus possible à l'information source, le traitement des données a appliqué de manière très stricte un ensemble de procédures incluant : la retranscription des données dans les catégories initiales des informateurs et en prenant en compte tous les artefacts de la conversation (rires, hésitations,...), un double codage, l'utilisation d'un lexique de codes. Les données traitées et interprétées ont été soumises à un échantillon d'informateurs (cinq pour chacun des cas) en vue d'une re-validation. Au plan de l'objectivité et de la réflexivité, notre souci a été constamment de rester vigilant par rapport à nos propres présupposés, de maintenir un sens critique par rapport aux instruments utilisés et au matériau recueilli, de justifier à chaque fois

nos choix de méthodes, d'expliciter toutes les étapes de notre démarche afin de la rendre reproductible.

Se pose aussi la question de la validité externe dont plusieurs auteurs en recherche qualitative parlent en termes de transférabilité (Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1994) et dont l'enjeu est d'établir les conditions dans lesquelles les résultats ont été obtenus et à quels contextes ils peuvent être extrapolés. Dans le cadre de cette recherche, ceci impliquait donc pour nous d'introduire dans notre démarche une documentation suffisante des divers contextes d'étude et de leurs spécificités et d'expliciter de manière suffisamment exhaustive les méthodes utilisées pour arriver à nos conclusions. Le recours à plusieurs cas dans notre recherche aura aussi contribué à augmenter le potentiel d'explication du phénomène étudié dans la mesure où ce choix méthodologique permet de mieux comprendre comment des facteurs spécifiques à chacun des contextes donnés peuvent avoir une influence sur les résultats observés.

**FIGURE 2 : PRÉSENTATION SCHEMATIQUE DE LA DÉMARCHE DE RECHERCHE**



## **5. ARTICLES**

**ARTICLE 1 : IMPUTABILITÉ ET DÉFAILLANCES DES SYSTÈMES DE CONTRÔLE: SORTIR DE  
LA QUADRATURE DU CERCLE**

**Carl-Ardy Dubois<sup>1</sup>**

**Jean-Louis Denis<sup>2</sup>**

**Henriette Bilodeau<sup>3</sup>**

**François Champagne<sup>2</sup>**

**Annick Valette<sup>4</sup>**

---

<sup>1</sup> Étudiant au Doctorat en Santé Publique à l'Université de Montréal

<sup>2</sup> Professeur titulaire au Département d'Administration de la Santé de l'Université de Montréal et chercheur au GRIS

<sup>3</sup> Professeur à l'Université de Québec à Montréal et chercheuse au GRIS

<sup>4</sup> Professeur à l'Université Pierre-Mendes-France et chercheuse associée au GRIS

## RESUMÉ

L'expansion rapide des activités gouvernementales, la crise des finances publiques, l'évolution dans les rôles et les responsabilités des professionnels et des organisations, l'interpénétration croissante des secteurs public et privé et la décentralisation des pouvoirs publics sont autant d'éléments qui ont suscité une attention renouvelée pour les pratiques d'imputabilité dans les organisations publiques. Cet article vise à définir la notion d'imputabilité de façon à ce que les acteurs de la production publique en aient une vision plus complète leur permettant de mieux répondre aux exigences sociales d'une prise de responsabilité plus grande par rapport à la gestion du bien commun. Pour ce faire, nous avons procédé à une revue exhaustive de la littérature pertinente sur l'imputabilité en sciences de la santé, sciences administratives, sciences politiques et sciences de l'éducation. Cette revue a permis de dégager quatre modèles dominants d'imputabilité : le modèle politique, le modèle bureaucratique, le modèle managérial et le modèle professionnel. Ces quatre modèles proposent quatre configurations distinctes d'imputabilité qui se différencient à la fois par les modes de structuration des relations entre les acteurs, les modalités de reddition des comptes, le cadre de gestion de la performance et la forme de responsabilité valorisée. Cette analyse démontre que l'approche d'agence qui sert souvent de base d'interprétation des relations entre les acteurs impliqués dans un processus d'imputabilité conduit à un discours fortement axé sur le contrôle. Une revue critique des différents modèles met pourtant en relief, dans chacun des cas, des insuffisances et des limites qui compromettent leur capacité à toujours garantir un contrôle optimal. Le discours du contrôle souvent associé à ces quatre modèles amène à promouvoir un ensemble de mécanismes formels pour contraindre les comportements et occulte ainsi un certain nombre d'autres éléments tout aussi essentiels pour la gouvernance des affaires publiques. Nous argumentons que le contrôle est un ingrédient nécessaire mais non forcément suffisant pour garantir une bonne gouvernance. Une perspective souvent oubliée qui mise sur la confiance, la réciprocité, les valeurs partagées peut s'avérer tout aussi indispensable pour optimiser les processus d'imputabilité en contexte organisé.

## 1.- INTRODUCTION

L'une des caractéristiques importantes de l'évolution des démocraties occidentales est l'implication croissante des gouvernements dans le développement de l'économie et la fourniture de services publics notamment dans les domaines de l'éducation et la santé. Ces secteurs absorbent une part importante des dépenses publiques et sont l'objet de nombreuses réformes. Un thème commun à plusieurs de ces réformes est la recherche d'une plus grande imputabilité entendue bien souvent comme l'assurance que les gouvernements et leurs différents paliers d'administration s'acquittent efficacement de leurs responsabilités, que les ressources sont utilisées de manière efficiente et sont consacrées à l'atteinte des objectifs visés. Cependant, cette conception de l'imputabilité définit un cadre général sans préciser les éléments opérationnels et les repères capables de guider les acteurs dans l'exécution de leurs mandats. Notre article vise à définir la notion d'imputabilité, à en préciser les différentes composantes, à en identifier les différentes approches, à faire ressortir les forces et les lacunes de ces dernières de façon à ce que les acteurs de la production publique, plus particulièrement dans le secteur de la santé, puissent avoir une vision plus large et plus complète de cette notion, leur permettant ainsi de mieux répondre aux exigences sociales d'une prise de responsabilité plus grande par rapport à la gestion du bien commun.

En fait, la demande d'imputabilité publique des acteurs engagés au service de la volonté collective date de la fondation de la société organisée et était déjà assez forte autant dans les sociétés archaïques de la Grèce antique que dans les démocraties pré-modernes d'Athènes (Von Dornum, 1997). Elle constitue l'une des valeurs fondamentales qui ont guidé l'évolution de l'administration publique et l'émergence des pratiques démocratiques dans les États modernes. Pour plusieurs, l'imputabilité publique reste un élément central pour la compréhension de la coordination organisationnelle, des comportements organisationnels et des mécanismes d'échanges sociaux (Tetlock, 1985 ; Cummings & Anton, 1990). Tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle, l'ampleur croissante de l'action de l'État tant sur le devenir que sur la simple gestion de la société, l'importance grandissante d'un système administratif hautement professionnalisé et son rôle dans le processus de production des biens politiques, ont constamment maintenu à l'agenda la question du contrôle démocratique et la nécessité de rechercher un équilibre entre le pouvoir administratif et la responsabilité

administrative (Ouellet, 1984). Aujourd'hui encore, on peut noter un regain d'intérêt et une sorte de momentum de l'activité politique et bureaucratique pour renforcer les mécanismes d'imputabilité. Dans un contexte de contraintes de ressources et de resserrement des finances publiques, l'imputabilité est perçue comme un moyen d'inciter à une utilisation plus efficace et plus efficiente des ressources. D'un autre côté, l'évolution dans les rôles et les responsabilités des professionnels et des organisations, l'interpénétration croissante des secteurs public et privé, les pressions pour la privatisation ou pour de nouvelles formes de prestations de services suscitent autant d'inquiétudes que de questionnements quant aux formes d'imputabilité qui peuvent émerger de cette gestion renouvelée des services publics (Ente, 1999; Furlong & Glover, 1998; Weaver & Sorrells-Jones 1999). La délégation de compétences à des niveaux d'administration infranationaux dans le cadre des politiques de décentralisation ou de régionalisation ajoute un nouvel élément à la problématique en ce qu'elle doit s'accompagner de mécanismes permettant de réconcilier une autonomie plus grande des organisations et des acteurs avec des normes de responsabilité élevée.

Cependant, il reste que les espoirs suscités par l'imputabilité comme moyen de régulation ne sont pas toujours tenus. La théorie et la praxis administratives sont à l'origine d'une prolifération de mécanismes, de systèmes, de procédures, d'approches pour assurer l'imputabilité. Mais différents instruments mis en place pour permettre la reddition des comptes dans les organisations ne se traduisent pas forcément en une plus grande responsabilisation des agents ou une amélioration de la performance. Nombre de pratiques destinées à promouvoir l'imputabilité entrent en conflit avec les attentes des agents en matière de responsabilité, créent de vives tensions chez les professionnels ou sont perçues comme une menace à leur autonomie (Casey, 1998). En fait, la littérature sur les organisations montre que la perspective de l'imputabilité mobilise le plus souvent un discours de contrôle, valorisant ainsi une forme de responsabilité négative, inquisitrice et accusatrice. La responsabilité est ainsi placée bien souvent sous le signe de la soumission et de la conformité, comprise comme le respect des règles, des lois, des termes contractuels, axée sur la recherche de ceux qui s'écartent de la norme et qui, de ce fait, doivent être blâmés. Compte tenu de la complexité des organisations et institutions de soins de santé, compte tenu de l'évolution des systèmes publics de soins et des nouvelles responsabilités que doivent assumer les professionnels, les gestionnaires et les politiciens impliqués dans l'offre de services de santé, la perspective du contrôle ne semble pas suffire à apporter une réponse appropriée aux exigences d'imputabilité. Les multiples mécanismes de

contrôle associés aux différents modèles laissent toujours des zones grises que peuvent exploiter les agents pour échapper à l'obligation de rendre compte de leurs responsabilités. Miser exclusivement sur la mécanique du contrôle pour réguler les comportements et dissocier l'imputabilité de la responsabilité personnelle d'agents autonomes portent donc le risque de conduire, pour beaucoup de situations, directement à une impasse. Nous montrerons dans la suite de cet article, qu'une telle conception de l'imputabilité néglige un certain nombre d'autres éléments potentiellement critiques pour la gouvernance des services publics en général et des services de santé en particulier: la confiance, l'autonomie, la réciprocité, les valeurs partagées, l'éthique. Ces éléments offrent ainsi une voie complémentaire qui peut être empruntée pour optimiser l'impact de l'imputabilité comme outil de régulation des rapports sociaux.

L'argumentation est articulée autour de trois grandes parties: 1) une description des dimensions principales associées au concept d'imputabilité; 2) une analyse des modèles d'imputabilité valorisés de manière prédominante dans la littérature; 3) la présentation d'une voie complémentaire pour combler les zones grises laissées par les mécanismes de contrôle associés aux différents modèles. L'objectif visé, à travers le développement de ces trois volets de l'article, est d'explicitier une vision de l'imputabilité qui prend en compte l'ensemble de ses composantes et reconnaît les enjeux posés par sa mise en œuvre dans les organisations publiques modernes. Nous relevons en conclusion quelques enjeux soulevés par le contexte de transformation des services de santé et leurs implications en termes de renouvellement des pratiques d'imputabilité.

## 2.- MÉTHODE

Les données qui alimentent les réflexions développées dans cet article ont été recueillies à partir d'une large revue de la littérature sur l'imputabilité dans différents domaines. Nous avons procédé à une recherche bibliographique informatisée s'étendant à la fois aux sciences administratives et politiques, aux sciences de l'éducation et aux recherches sur les services de santé. Utilisant un certain nombre de mots clés (*accountability, responsibility, health sector reform, professionalism, managerialism, performance management*), nous avons interrogé de manière systématique les bases de données suivantes: Sociological Abstracts; Medline; Current Contents;

ERIC; HealthStar; Francis. Les articles recueillis lors de cette recherche ont été triés à partir d'une lecture des abrégés. Deux critères essentiels étaient utilisés: 1) l'article devait porter sur les États-Membres de l'OCDE du fait que les systèmes de soins de santé de ces pays et leur niveau de développement socio-économique ont d'importantes similitudes avec ceux du Canada; 2) l'imputabilité devait être le thème dominant de l'article. La bibliographie des articles retenus à partir de ce premier tri a été revue en vue de repérer d'autres articles ou monographies pertinents. La liste des monographies a été complétée par une recherche en ligne dans les bases de données suivantes: ATRIUM (réseau de bibliothèques de l'Université de Montréal); HECTOR (bibliothèque de l'école des Hautes Études Commerciales); BADADUQ (réseau de bibliothèques de l'Université de Québec). Au total, 140 articles et une cinquantaine de monographies ont été répertoriés. Ces documents ont été ensuite soumis à une analyse plus approfondie afin de clarifier le concept d'imputabilité et le lexique utilisé, d'identifier les principaux modèles théoriques d'imputabilité, d'en relever les forces et les insuffisances et de déterminer en quoi ils peuvent être pertinents pour comprendre l'évolution des pratiques d'imputabilité dans le contexte des organisations de soins de santé.

### 3.- LES DIMENSIONS DE L'IMPUTABILITÉ

La recension de la documentation a permis de dégager quatre composantes majeures qui constituent les bases conceptuelles des principaux modèles d'imputabilité répertoriés dans la littérature. Ces quatre composantes réfèrent à quatre dimensions distinctes qui reviennent constamment dans tous les efforts de définition de l'imputabilité et auxquelles référence est souvent faite pour dresser le portrait des pratiques d'imputabilité dans un contexte d'action donné ou pour prescrire des modalités que devraient épouser les arrangements d'imputabilité.

La première composante réfère aux modalités de structuration des rapports entre les acteurs. Le processus d'imputabilité s'inscrit toujours dans le cadre d'une relation qui s'établit entre au moins deux instances: d'un côté l'instance à qui une tâche est confiée et qui doit en rendre compte, de l'autre côté l'instance qui confie cette tâche et qui est légitimement en droit d'attendre une reddition des comptes (Day & Klein, 1987 ; Gray, 1991 ; Lucier, , 1977). Cependant, cette relation est

abordée dans la littérature suivant différentes perspectives. En théorie des organisations, elle est souvent interprétée comme une relation d'agence, la notion d'organisation étant alors comprise comme un ensemble de relations contractuelles entre différents acteurs organisationnels (actionnaires et gestionnaires, contractuels et contractants, professionnels et clients). Cette interprétation de l'organisation situe ainsi l'imputabilité dans un cadre strict d'obligations contractuelles où prédominent des mécanismes formels d'interaction et de contrôle visant à assurer que ceux qui ont une tâche à exécuter le font suivant les conditions prescrites (Eisenhardt, 1989; Gray & al., 1987). Une autre approche dite de l'intendance s'appuie plutôt sur la capacité des individus à s'acquitter spontanément et de manière désintéressée d'une responsabilité, et quand il y a lieu, à subordonner la réalisation de leurs besoins personnels à la réalisation des objectifs de leurs communautés. Plutôt que sur le contrôle et l'empire des règles dictées par les institutions formelles, la relation mise davantage ici sur la confiance, la coopération et les valeurs partagées (Davis & al. 1997). Une troisième approche envisage plutôt l'organisation comme une arène politique où des acteurs ayant des ressources, des pouvoirs, des niveaux de légitimité différents concurrencent pour avoir le contrôle des décisions, pour faire valoir leur vision et faire avancer leurs objectifs (Crozier & Friedberg, 1981; Friedberg, 1993; Mitchell, Agle & Wood, 1997). L'imputabilité s'inscrit davantage ici dans le cadre d'un processus permanent de négociation impliquant divers groupes d'acteurs.

Dans le domaine de l'administration publique, ces différenciations quant aux modes de structuration des rapports entre les acteurs organisationnels auront donné lieu au débat bien connu entre Carl J. Friedrich (1935) et Herman Finer (1941). À la vision de Friedrich fondée sur la responsabilité morale et l'autonomie des acteurs, Finer opposa une vision plus legaliste et plus procédurale axée sur le contrôle de l'administration par des règles objectives. Ce débat a été relayé d'ailleurs dans la littérature en sciences administratives par la dichotomie entre les théories X et Y. La théorie X défend une conception de gestion de type bureaucratique où les gestionnaires font peu confiance à leurs employés et cherchent à obtenir la coopération de ces derniers par le biais des mécanismes de contrôle. La théorie Y par contre repose sur une conception de gestion qui préconise davantage la confiance aux employés et l'octroi à ces derniers des pouvoirs nécessaires à leur motivation et à leur autodiscipline (McGregor, 1960).

C'est donc dire que l'imputabilité repose toujours sur une dynamique interactionnelle véhiculée dans un réseau de relations plus ou moins complexes qui impliquent diverses catégories d'acteurs, qui sont étendues à tous les niveaux d'un système, qui donnent lieu à des formes variables de coordination et qui prennent des formes différentes suivant la perspective privilégiée. Décrire les relations dans lesquelles s'inscrit le processus d'imputabilité amène à préciser la répartition des rôles, responsabilités et pouvoirs entre les acteurs, les sources et les formes principales de contrôle, la base de légitimation des acteurs qui exercent ce contrôle, les mécanismes de coordination et les schémas de comportement qui sont privilégiés

La deuxième composante réfère aux modalités de reddition des comptes. Les relations d'imputabilité s'inscrivent toujours dans un processus d'action. Il semble y avoir consensus sur le fait que l'enjeu central de l'imputabilité consiste pour un intendant ou un agent à rendre compte, à expliquer les résultats des efforts consentis pour accomplir ses tâches. L'imputabilité a ainsi trait à l'analyse, à l'explication, à la justification d'une situation ou d'une tâche accomplie (Lucier, 1977). Cette obligation de rendre compte comprise comme l'obligation de répondre de l'exercice d'une responsabilité qui a été conférée (Wilson, 1981) se présente ainsi comme une sorte d'exigence sociale incontestée où ceux qui gèrent les affaires publiques doivent répondre de leur intendance à l'ensemble de la société qui a le droit de savoir et de porter son jugement. Il s'agit pour les agents de faire la preuve que leurs réalisations correspondent bien à la mission qui leur a été confiée, d'attester de leur efficience et de leur productivité, de fournir la preuve de leur honnêteté et de leur intégrité (Friedman, 1973). Cependant les mécanismes de cette reddition de comptes ne sont pas uniformes. Une distinction est souvent établie entre l'imputabilité intra-administrative où les agents rendent compte à leurs supérieurs hiérarchiques et l'imputabilité extra-administrative, de nature plus politique, qui appelle les agents à rendre compte au public par l'intermédiaire des élus ou de différentes instances représentatives. La reddition des comptes aux actionnaires est distinguée de la reddition des comptes à des groupes d'intérêt plus larges (Pruzan, 1998). Le contrôle interne inhérent aux relations formelles ou informelles à l'intérieur d'une organisation détermine, suivant Romzek (1996), des modèles d'imputabilité différents de ceux issus de mécanismes de contrôle externe où l'autorité est localisée à l'extérieur de l'organisation. Bref, à des formes de reddition de comptes internes et directes qui s'adressent à des supérieurs hiérarchiques ou à ses pairs ou à soi-même (*upward or sideway or inward*) sont opposées d'autres formes de reddition de comptes externes et souvent

indirectes qui s'adressent, entre autres, au public, à des groupes d'intérêts, aux consommateurs (*outward et downward*). Les domaines sur lesquels s'étend cette reddition des comptes et les mécanismes par lesquels elle s'opère peuvent aussi varier. Plusieurs travaux ont ainsi fait valoir la diversité des domaines sur lesquels les employés, les professionnels et les gestionnaires dans le secteur de la santé peuvent être appelés à rendre compte: qualité des services, compétence professionnelle, équité dans la prestation des services, comportement vis-à-vis du patient, performance économique, conformité (Emanuel, 1996; Darby, 1998; Emanuel & Emanuel, 1997; Pollitt, 1986). Cette deuxième dimension de l'imputabilité amène donc à centrer l'attention à la fois aux domaines sur lesquels s'étend la reddition des comptes, aux mécanismes institutionnels qui la supportent, aux parties qui y sont impliquées et à la direction que prend cette reddition de comptes, fonction du flux d'autorité entre les parties.

La troisième composante réfère aux modalités d'évaluation et de gestion de la performance. La relation d'imputabilité et l'acte de reddition de comptes visent une finalité qui est de poser un jugement sur la performance d'un individu ou d'une organisation (Newcomer, 1997), et, le cas échéant, de créer les conditions pour une amélioration de cette performance par une rétroaction constructive. Le transfert des responsabilités et des ressources dans une relation d'imputabilité est toujours accompagné d'une série d'attentes, de prescriptions, d'obligations, écrites ou non, explicites ou non, et qui vont servir de critères pour évaluer la performance de l'agent (Schlenker & al., 1994; Cutt, 1988). Cette évaluation de la performance peut avoir une double portée: formative en ce qu'elle fournit l'information nécessaire pour améliorer l'action, mais aussi sommative en ce qu'elle aide à déterminer la valeur d'une intervention et à éclairer les décisions éventuelles quant à son maintien, sa transformation, son interruption ou la prise d'éventuelles sanctions.

En psychologie sociale, différentes théories comme celles de la gestion des impressions, de l'échange social et de la conformité soutiennent ce rapport entre imputabilité et performance. Ces différentes théories envisagent l'acteur comme un politicien qui cherche à maximiser son image et l'impression que les autres se font de lui (Frink & Ferris, 1998). Être impliqué dans un processus d'imputabilité l'incite à améliorer ses performances et le force ainsi à recueillir davantage d'informations avant de prendre une décision, à examiner de manière plus méticuleuse ces

informations, à allouer plus de ressources cognitives au processus décisionnel (Tetlock, 1985; Tetlock, Skitka & Boettger, 1989; Mero & Motowidlo, 1995).

La gestion de la performance semble ainsi une composante indissociable du processus d'imputabilité. Cependant les modalités de gestion de cette performance dépendent tout vraisemblablement de la conception de l'imputabilité mise de l'avant et des représentations de la performance des acteurs. La littérature permet ainsi de distinguer des formes d'imputabilité dites procédurales où l'évaluation de la performance vise surtout à effectuer un suivi systématique de l'action et à rendre compte du processus en décrivant ce qui a été exécuté et comment, en référant aux règles, aux législations, aux procédures, et aux standards établis (Breger, 1996 ; Schlenker & al., 1994; Cutt, 1988). À l'opposé, d'autres systèmes proposent plus d'autonomie aux acteurs en ce qui concerne le choix des moyens et mettent davantage l'accent sur les résultats. Dans ces formes d'imputabilité dites conséquentielles ou corrélationnelles, il s'agit de trouver les mécanismes les plus appropriés (systèmes d'information, systèmes de plaintes, indicateurs de performance) pour rendre compte du produit, décrire les résultats et confronter ces derniers aux objectifs (Chan, 1999; Power, 1997). La gestion de la performance n'est donc pas un phénomène univoque. Elle peut s'appuyer sur une large variété de critères pour évaluer la performance des acteurs et des organisations (Romzek & Dubnik, 1994). Elle peut donner lieu à une grande diversité de structures d'incitation ou de mécanismes pour promouvoir l'atteinte des objectifs désirés.

La quatrième composante de l'imputabilité introduit la notion de responsabilité. En ce sens, être imputable implique toujours d'assumer une responsabilité en étant tout à fait conscient des obligations qui y sont associées mais aussi des conséquences potentielles pouvant résulter des actes qui seront posés dans l'exercice de cette responsabilité (Corbett, 1992; Harmon, 1995). Cependant la nature de cette responsabilité peut être diversement interprétée. Pour plusieurs, ce couplage permet d'introduire dans la définition de l'imputabilité de nouvelles dimensions se rapportant à la liberté des acteurs qui peuvent choisir ou non d'exécuter une action, mais aussi au degré d'autonomie qu'exigent l'exercice de la responsabilité et l'obligation de rendre compte (Corbett, 1992; Leclair, 1978; Lucas, 1993). Cette première approche met ainsi l'accent sur une forme de responsabilité subjective qui reconnaît aux individus le droit d'agir en fonction de leur conscience personnelle, de leurs valeurs, de leurs interprétations des attentes de leur groupe social vis-à-vis

d'eux. Les défenseurs d'une deuxième approche vont plutôt situer l'imputabilité sur le plan strict de la rationalité et y rattacher une forme de responsabilité objective, circonscrite par un ensemble d'éléments formels: lois, règles, standards professionnels, codes déontologiques, conventions sociales, contrats. Dans le secteur public, les mécanismes de contractualisation, les procédures de vérification de la conformité aux normes sont des pratiques courantes qui renvoient à cette responsabilité objective. C'est donc dire que la notion de responsabilité peut recouvrir différentes connotations. La prise en compte de cette dimension dans le cadre d'une analyse des processus d'imputabilité amène à préciser à la fois le cadre auquel se réfèrent les agents pour interpréter leur responsabilité et les termes qui circonscrivent cette responsabilité.

#### **4.- QUATRE MODÈLES PRÉPONDÉRANTS D'IMPUTABILITÉ**

Les quatre dimensions vues ci-dessus témoignent donc de différentes tensions qui peuvent prévaloir dans l'interprétation de l'imputabilité: tensions entre diverses approches concurrentes d'analyse des relations entre les acteurs sociaux et organisationnels, tensions entre diverses modalités de reddition de comptes, tensions entre diverses catégories d'attentes, tensions entre gestion procédurale et gestion par résultats, tensions entre responsabilité objective et subjective. Ces tensions montrent que l'imputabilité est une notion complexe et laissent entendre que les conceptions prédominantes d'imputabilité dans les organisations ou une société s'appuient toujours sur des choix ou des compromis de manière à accommoder ou ignorer ces tensions. Dans cette section, nous allons discuter de quatre modèles qui occupent une place prépondérante dans la littérature sur l'imputabilité et qui témoignent en quelque sorte des différentes formes de compromis entre les tensions évoquées plus haut: le modèle politique, le modèle bureaucratique, le modèle managérial et le modèle professionnel.

Le modèle politique témoigne d'une approche de l'imputabilité particulièrement sensible au respect des principes démocratiques et est abordée dans la littérature en terme d'imputabilité publique, d'imputabilité démocratique, de responsabilité politique, de contrôle parlementaire (Mulgan, 1997 ; McAvoy, 1994 ; Mitchell, 1993). Le modèle bureaucratique consacre dans tous les cas l'autorité hiérarchique, quelle que soit la dénomination employée: imputabilité administrative ou

organisationnelle (Mitchell, 1993; Verheijen & Millar, 1998), imputabilité hiérarchique (Romzek, 1996), imputabilité bureaucratique (Romzek & Dubnick, 1994). Le troisième modèle témoigne d'une approche qui valorise fortement le rôle du consommateur et le recours aux mécanismes contractuels formels. Il emprunte lui aussi diverses dénominations: imputabilité commerciale (Gamm, 1996), imputabilité marchande (Donaldson, 1998 ; Ferlie & al., 1996), imputabilité managériale (Sinclair, 1995). Le quatrième modèle, dit modèle professionnel, s'appuie sur le principe de l'autorégulation des professions et privilégie le jugement des pairs pour garantir une utilisation appropriée des compétences professionnelles (Donaldson, 1998 ; Romzek, 1996 ; Emanuel & Emanuel, 1996).

#### ▪ Le modèle politique

Dans sa version traditionnelle, le modèle politique inscrit le processus d'imputabilité dans la logique démocratique et situe la reddition des comptes dans le cadre des interactions administrateurs/élus, élus/citoyens. La source de l'imputabilité est *externe*, les décideurs publics devant rendre compte de manière indirecte au public par le biais des élus (Parlement, Conseils d'Administration élus) qui détiennent le pouvoir et la légitimité que leur confèrent les procédures de la démocratie représentative (Barberis, 1998; Jennings, 1966). Il s'agit d'un modèle à la fois *ascendant* dans la mesure où les élus au sommet de la hiérarchie reçoivent des comptes de l'administration et *descendant* dans la mesure où il exige également une reddition publique des comptes aux citoyens. L'une des procédures clé dans ce modèle est ce que Hirschman (1970) appelle le "*Voice*", c'est-à-dire, la possibilité qui est donnée aux citoyens d'exprimer leur opinion, de participer au processus de décision et de sanctionner les interventions des agents publics. Ce modèle est dit *procédural* en ce qu'il met davantage l'accent sur les intrants, les processus, le respect des règles et des lois plutôt que sur les produits et les résultats (OCDE, 1995). Les responsables politiques ont ainsi le devoir de justifier l'usage des fonds publics, de rendre compte de l'utilisation du pouvoir gouvernemental, de faire la preuve de la prise en compte des besoins du public dans le processus de décision, de rendre compte de l'adéquation de l'action des gouvernants par rapport aux lois, aux règles et aux attentes des citoyens. On parle d'une forme de *responsabilité objective* circonscrite par le cadre législatif et réglementaire mais qui s'exprime aussi au travers des nombreuses attentes émanant de multiples groupes d'intérêt et auxquels les agents doivent faire face. Traditionnellement, ce modèle mettait fortement l'accent sur la responsabilité ministérielle et l'obligation pour le Ministre de rendre compte de l'action de l'ensemble de son administration vis-à-vis des instances élues. Cependant, pour

prendre en compte la difficulté pour un ministre d'être informé et de rendre compte de tout ce qui se passe dans son administration, ce modèle a progressivement ouvert la voie à une variété plus large de canaux de reddition de comptes où sont impliqués diverses instances: bureaux d'audit, vérificateur général, commissions parlementaires, ombudsman (Mulgan, 1997), toutes instances susceptibles d'apporter des intrants nécessaires à l'enrichissement du contrôle législatif. Au niveau méso et micro, ce modèle propose une implication plus directe des citoyens dans la gouverne des services publics et un élargissement du cadre d'imputabilité des prestataires de services qui ne sont pas uniquement redevables à leur administration ou leur hiérarchie organisationnelle mais à un ensemble plus large de parties prenantes: communautés, groupes d'intérêts, clientèle, élus locaux ou régionaux.

#### ▪ Le modèle bureaucratique

Dans cette perspective, l'imputabilité est inscrite directement à travers la ligne hiérarchique (Farell & Law, 1999) et conçue comme l'obligation de rendre compte à ses supérieurs, lesquels détiennent le pouvoir et la légitimité que leur confère leur position dans la hiérarchie organisationnelle. C'est une forme d'imputabilité *interne* et *ascendante* qui situe la reddition des comptes dans le cadre d'une relation supérieur-subordonné où l'on attend de ce dernier qu'il obéisse aux ordres, qu'il adhère aux règles, qu'il se soumette aux contraintes d'une supervision directe. Le discours du contrôle est omniprésent et découle en fait des présupposés rationnels inhérents à l'approche bureaucratique. Dans cette forme d'imputabilité dite *procédurale*, la conformité à la règle, le choix des moyens et activités sont nettement plus valorisés que les résultats (Sinclair, 1995; Wilson, 1981), d'où l'accent particulièrement important mis sur les systèmes d'audit et de vérification. Il s'agit non pas de savoir si les résultats sont conformes aux objectifs, mais si l'accomplissement de la tâche s'est déroulé conformément aux règles fixées et n'entraîne aucun abus de pouvoir (Patry, 1992). C'est donc une *responsabilité objective* qui est mise de l'avant et qui engage les agents à respecter les règles, les lois, les normes et standards administratifs.

#### ▪ Le modèle managérial

Ce modèle affiche un discours distinctif qui inscrit l'imputabilité dans une rationalité de type managérial où dominant les idées d'efficacité, de compétitivité, de rentabilité. Les principes du *Nouveau Management public* qui, au cours des dernières années, ont fortement imprégné

l'environnement des services publics dans de nombreux pays servent d'assises à ce modèle. Les lieux privilégiés pour la reddition des comptes sont essentiellement les interactions entre fournisseurs et consommateurs, entre contractuels et contractants, entre les organisations et leurs actionnaires. Il s'agit d'une forme d'imputabilité *conséquentielle* où la logique de gestion est centrée sur les résultats, sur les fins plutôt que sur les intrants et les procédures. La priorité est accordée à l'atteinte des buts indépendamment du choix des moyens et de leur agencement et la loi doit, dans ce cadre, davantage contribuer à définir les limites qu'à prescrire les processus à suivre. C'est donc un modèle qui centre l'attention sur les standards managériaux plutôt que légaux et qui privilégie des formes distancées de contrôle (Chan, 1999). Ceci permet d'ailleurs d'expliquer la valeur attribuée aux contrats qui offrent les moyens de remplacer des rapports hiérarchiques fondés sur une surveillance rapprochée par des formes d'interaction où les termes de l'échange sont négociés entre acheteurs de services et fournisseurs et où ces derniers peuvent disposer d'une plus grande marge de manœuvre dans l'exécution de leurs mandats (Peters, 1995). De l'avis de ses défenseurs, l'une des forces de ce modèle provient du fait que la reddition des comptes se fait directement au consommateur dont le comportement est conditionné par l'évaluation des services rendus (Griffiths, 1988; Griffiths Report, 1983). Il a ainsi la possibilité non seulement d'exprimer son insatisfaction (*Voice*), mais aussi de choisir son fournisseur de services (*Choice*), de résilier le contrat qui le lie à ce dernier quand il n'est pas satisfait et de pouvoir ainsi se tourner vers le fournisseur susceptible de répondre le mieux à ses préférences. On peut parler, dès lors, d'une forme *descendante* d'imputabilité qui tranche avec l'orientation traditionnellement ascendante des systèmes administratifs. Aux contrôles formalisés sur les processus se substitue un plus grand effort, dans le cadre des contrats, de spécification des objectifs, de mesure des résultats, d'élaboration d'indicateurs de performance (Jenkins, Caines & Jackson, 1988). C'est donc encore ici une forme de responsabilité *objective* qui est valorisée et qui engage les agents au respect de leurs obligations contractuelles mais leur laisse une plus grande liberté sur le choix des moyens.

#### ▪ Le modèle professionnel

Le modèle professionnel s'appuie sur le principe de l'autorégulation. Le privilège est accordé aux professions de réguler elles-mêmes les activités et comportements de leurs membres dans le cadre d'un ensemble de mécanismes qui impliquent à la fois les clients, les professionnels et leurs corporations. Ce modèle fondé sur la *déférence à l'expertise* encourage la discrétion et l'autonomie

des professionnels dans le cadre de l'exercice de leurs tâches et de la relation avec leurs clients. Cette demande d'autonomie repose sur la prémisse que les professionnels, formés et socialisés à cette fin, vont toujours agir dans le meilleur intérêt de leurs clients et que la vulnérabilité de ces derniers ne sera pas exploitée. En tout état de cause, les corporations professionnelles, par le biais de divers mécanismes faisant intervenir le jugement des pairs, sont chargées de garantir l'intégrité de cette relation dans le cadre du mandat social qui leur est délégué en échange de l'autorégulation. Les professionnels peuvent ainsi être appelés à rendre compte de leurs compétences et de leurs pratiques vis-à-vis des pairs hiérarchiques de leur organisation mais aussi des instances exécutives de leurs corporations professionnelles qui délivrent les permis de pratiques, déterminent les normes de compétences, établissent les standards de pratiques et veillent à leur mise en application. Par dessus tout, les professionnels peuvent être interpellés directement par leurs clients qui leur délèguent un mandat de services et qui peuvent donc légitimement utiliser tous les moyens directs ou indirects à leur disposition pour avoir des comptes sur la manière dont ce mandat est exécuté. L'imputabilité peut ainsi s'inscrire dans un processus interne (vis-à-vis des pairs) ou externe (vis-à-vis des clients), ascendant (pairs hiérarchiques ou ordres professionnels) ou descendant (clients) Les modalités professionnelles de reddition des comptes, même en reconnaissant une plus grande autonomie aux agents, restent essentiellement *procédurales*. La question n'est pas souvent de savoir si le résultat attendu est atteint mais plutôt dans quelle mesure les standards professionnels d'intégrité et de pratiques ont été respectés. Du fait de l'imprécision de la relation cause-effet, le professionnel ne peut, dans bien de cas, rendre compte que pour la sélection des moyens utilisés et non pour d'éventuelles conséquences indésirables (Deleon, 1998; Farrell & Law; 1999). On parle ainsi d'une responsabilité *objective* circonscrite par les standards professionnels, les codes de déontologie, les normes de pratique scientifiquement reconnues.

En résumé, comme présenté dans le tableau ci-après, ces quatre modèles dominants se différencient à la fois par les modes de structuration entre les acteurs, par les modes de reddition de comptes, par le cadre de gestion de la performance et par les termes de la responsabilité. Même s'il s'agit dans tous les cas d'une responsabilité de nature objective, cette dernière peut emprunter différentes formes reflétant différentes rationalités. Elle est ainsi circonscrite tantôt par le cadre juridique et réglementaire (rationalité légale), tantôt par les contrats (rationalité managériale), tantôt

par des normes professionnelles scientifiquement éprouvées (rationalité technique), tantôt par les attentes de diverses parties prenantes à réconcilier ou arbitrer (rationalité politique).

**TABEAU 1: PRÉSENTATION SIMPLIFIÉE DES 4 MODÈLES**

	MODÈLE POLITIQUE	MODÈLE BUREAUCRATIQUE	MODÈLE PROFESSIONNEL	MODÈLE MANAGÉRIAL
<b>RELATION ENTRE LES ACTEURS</b>				
Source de l'imputabilité	Externe	Souvent Interne	Externe et interne	Externe
Locus du pouvoir	Élus	Sommet hiérarchique	Corporation professionnelle	Contractant Consommateur
Base du pouvoir	Légitimité électorale	Position dans la hiérarchie	Expertise	Pouvoir d'achat Accès à l'information
Comportements attendus de l'agent	Prise en compte des attentes du public dans la prise de décision	Oùissance aux règles	Déférence à l'expertise	Souci de satisfaction du consommateur Exécution des contrats
<b>REDDITION DES COMPTES</b>				
Domaine privilégié	Négoié dans le cadre du consensus politique	Conformité	Compétences professionnelles	Performance économique
Lieu privilégié	Administrateurs/Élus Élus/Citoyens	Subordonné/ supérieur	Professionnels/Pairs Professionnels/Patients	Fournisseur/Consommateur Contractant/Contractuel
Direction	Ascendante et descendante	Ascendante	Ascendante et descendante	Ascendante et descendante
Procédure clé	Vote	Contrôle direct	Réglementation de la pratique professionnelle	Exit (choice)
<b>GESTION DE LA PERFORMANCE</b>				
Critères de mesure	Axés sur les intrants et processus (Forme procédurale)	Axés sur les processus (Forme procédurale)	Axés sur les processus (Forme procédurale)	Axés sur les résultats (Forme conséquentielle)
Mécanismes institutionnels	Élections, Consultations publiques, ...	Vérification, Audit, ...	Inspections professionnelles, plaintes, agrément	Report card, Associations de consommateurs, ...
<b>RESPONSABILITÉ</b>				
Forme valorisée	Responsabilité objective définie par le cadre juridico-administratif et les attentes du public	Responsabilité objective définie par le cadre juridico-administratif	Responsabilité objective définie par les standards professionnels	Responsabilité objective définie par les termes contractuels

## 5.- COMBLER LES ZONES GRISÉES LAISSÉES PAR LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE

Les quatre modèles présentés à la section précédente et qui semblent les principales références en matière de structuration des arrangements d'imputabilité, sont souvent associés à un discours commun. Dans chacun des cas, la responsabilité des acteurs est le plus souvent conçue comme devant satisfaire les attentes d'une autorité supérieure (le mandant) qui définit la légitimité des comportements. Dans le modèle politique, les élus en tant qu'autorités supérieures scrutent l'action administrative pour en vérifier la conformité par rapport aux lois ou aux attentes du public. Dans le modèle bureaucratique, les prestataires de services publics sont soumis aux règlements et aux standards de conduite édictés par les niveaux hiérarchiques supérieurs. Dans le modèle professionnel, les codes, les normes, les directives émanant des ordres professionnels dictent les comportements à adopter. Dans le modèle managérial, les contrats de gestion soumettent les mandataires à l'autorité des mandants qui définissent les mandats et en surveillent l'application. Ce discours sous-tend donc une dualité et une relation d'inégalité entre les acteurs impliqués dans le processus d'imputabilité. Ceux qui commandent seraient plus connaissant, plus capables ou plus légitimes que ceux qui exécutent et qui, de ce fait, doivent se subordonner. Le mandant confie une tâche à un mandataire et compte sur un ensemble de mécanismes formels référant à des lois, des standards, des systèmes de surveillance pour assurer que les agents s'acquittent de leurs tâches conformément aux modalités prescrites. Chacun de ces modèles, en s'appuyant sur une rationalité et des modalités propres, est ainsi mobilisé pour garantir le contrôle approprié et assurer cette convergence entre les comportements de l'agent et les objectifs qui lui sont assignés. Nous commencerons dans cette section par démontrer que les promesses de ces quatre modèles pour garantir un contrôle efficace et approprié ne sont pas toujours tenues en raison des limites inhérentes à chacun d'entre eux. Nous discuterons ensuite des voies alternatives.

Le modèle politique, bien qu'il repose sur les procédures généralement acceptées de la démocratie représentative et participative, est loin d'être une formule infaillible capable de garantir le contrôle politique. La reddition ultime des comptes aux électeurs que sous-tend ce modèle n'est pas toujours atteinte comme objectif car le processus politique, tel qu'il fonctionne dans la réalité, marginalise souvent de larges fractions de l'électorat au profit des préférences des élites politiques et

de groupes d'intérêts puissants. Le rôle influent et souvent occulte que jouent les lobbies dans les antichambres des gouvernements et parlements ou dans l'arène politique en général peut aussi porter atteinte aux paramètres de base du processus politique. C'est un argument comparable que soutient l'école du *Public Choice* suivant laquelle l'homme politique a pour premier objectif d'être réélu à son poste et non pas de maximiser l'intérêt général. Aussi, pour s'adjuger l'appui de groupes d'intérêts jugés indispensables à sa réélection, il pourrait incorporer dans ses politiques des objectifs visant à répondre aux intérêts de ces minorités puissantes (Buchanan & Tollison, 1984; Vianès, 1980). Une panoplie de lois et une pléthore de règles destinées à encadrer le processus politique et édictées dans un contexte de *judiciarisation* croissante des sociétés occidentales n'empêchent pas l'éclatement régulier de nombreux scandales visant des responsables politiques: trafic d'influence, pots-de-vin, etc. Un procès fortement médiatisé en France portant, sur le scandale du sang contaminé par le VIH et qui s'est soldé par un verdict de non-culpabilité des responsables politiques (accusés d'avoir tardé à mettre en place les mesures de prévention disponibles) devait consacrer la formule désormais célèbre "*Responsable mais pas coupable*". Une telle formule traduit l'incapacité des processus juridico-politiques à garantir l'imputabilité des responsables politiques dans des situations complexes qui ne sont pas prévues par les lois et qui ne peuvent satisfaire les critères de la preuve en droit criminel. Plus près de nous, l'affaire des victimes de l'hépatite C et du SIDA qui mettait en cause à la fois Santé Canada, la Croix-Rouge Canadienne et les gouvernements provinciaux constitue un autre témoignage de l'incapacité du système juridico-administratif et politique à délimiter les responsabilités et à identifier celui qui doit porter le blâme.

Le modèle bureaucratique s'avère tout aussi limitatif à divers égards. La certitude sur les moyens et processus qu'il postule n'est possible que dans des situations où les problèmes à résoudre sont simples, où l'environnement est stable, où les tâches sont routinières ou encore quand il existe une théorie solide qui guide l'action (Déléon, 1998), ce qui n'est pas toujours le cas dans les contextes concrets d'action. Le présupposé rationnel qui prétend que les processus décisionnels peuvent facilement être codifiés par des règles oublie le contexte politique de l'action et le caractère souvent vague et ambigu des législations. Les règles, les instructions, les contrats même s'ils permettent de fixer les objectifs et de poser certaines limites, ne sont pas toujours suffisamment exhaustifs pour déterminer chaque tâche à effectuer et comment l'effectuer. D'ailleurs, la plupart des règlements sont souvent délibérément énoncés dans un langage imprécis et général qui permet aux

agents d'exercer une discrétion significative tant dans leur interprétation que dans leur application à des cas particuliers. Par ailleurs, autant les individus que les organisations doivent répondre à des attentes nombreuses, souvent contradictoires, générées non seulement par leurs supérieurs hiérarchiques mais aussi par d'autres acteurs (Romzek & Dubnick, 1987; Rosen, 1989). Il y a aussi les difficultés posées par l'application d'un tel modèle dans le contexte d'organisations qui dépendent des professionnels pour offrir leurs services. Leur statut et leur savoir constituent deux ressources majeures que les professionnels peuvent toujours mobiliser pour mettre en échec les contrôles bureaucratiques et maintenir leur indépendance. Ce sont autant d'éléments qui indiquent que le contrôle hiérarchique censé constituer la pierre angulaire de ce modèle ne peut toujours suffire à garantir la régulation des comportements et à prévenir des possibilités d'erreurs et de conduites impropres.

En ce qui concerne le modèle managérial, le pouvoir du consommateur averti que met de l'avant ce modèle repose sur la vision d'un marché parfait fondé sur une saine concurrence et une information parfaite des clients. Mais il reste que le marché s'avère souvent défaillant et que ce pouvoir du consommateur n'est donc pas toujours garanti. Les défaillances du marché dans le secteur de la santé ont été particulièrement documentées et liées entre autres à l'imprévisibilité de la maladie et de son coût, à l'asymétrie d'information entre les consommateurs et les producteurs, à la composante émotionnelle de la consommation des services de santé et aux externalités associées aux services de santé (Arrow, 1963; Boulding, 1958; Ginzberg, 1954; Evans, 1984). Dans un secteur aussi sensible, le retrait possible du client présenté comme un moyen de pénaliser le fournisseur et de lui signifier que son service est de mauvaise qualité ou trop cher peut s'avérer un leurre car, en vertu de la nature spécifique de ce marché, le consommateur risque de souffrir davantage de son retrait que le producteur (Lipsky, 1980). L'efficacité des contrats est tout aussi contestable. La capacité de la contractualisation à préciser les objectifs, les ressources disponibles, les critères de performance reste souvent limitée. Des secteurs névralgiques comme la santé sont caractérisés par la coexistence d'objectifs multiples, contradictoires, difficilement mesurables et, de fait, une certaine imprécision dont rend compte la nature souvent incomplète des contrats. Ces derniers laissent ainsi forcément une marge suffisante aux fournisseurs pour échapper à certaines obligations. Il est tout aussi possible que le processus contractuel soit contrôlé par certains groupes qui renforcent ainsi leur pouvoir aux dépens d'autres groupes. Ainsi, tout en reconnaissant l'importance d'un rôle actif du

consommateur pour la dynamisation du service public (Hirschman, 1970), il y a cependant lieu de ne pas exagérer les vertus de ce rôle et reconnaître qu'il ne peut suffire à garantir la demande d'imputabilité, car laissant des zones grises dont peuvent profiter les fournisseurs et les experts bureaucratiques aux dépens des consommateurs « moins avertis ».

L'autorégulation sur laquelle repose le modèle professionnel porte aussi ses limites. Les nombreux mécanismes formels mis en place pour surveiller la pratique professionnelle, promouvoir le maintien des compétences, sanctionner les professionnels qui s'écartent des normes n'empêchent pas qu'il y ait toujours en exercice un certain nombre de praticiens peu compétents ou que des clients soient régulièrement victimes de comportements déviants et d'accidents évitables liés à l'exercice professionnel (Donaldson, 1998). Les variations observées dans les profils de pratiques et dans la qualité de la pratique professionnelle témoignent de la diversité d'interprétations des standards de pratiques édictés et de la diversité des modes d'utilisation des connaissances scientifiques existantes dont certains peuvent être néfastes pour les clients. L'imputabilité directe du professionnel au client que valorise ce modèle n'est pas toujours garantie compte tenu de l'asymétrie d'information qui caractérise cette relation et de la réticence que peut avoir le professionnel à partager certaines informations avec son mandant (le client).

C'est donc dire que le contrôle formel qui est souvent associé aux quatre modèles et qui peut emprunter différentes formes suivant le contexte d'application (contrôle législatif, contrôle hiérarchique, contrôle des compétences, surveillance des contrats) se heurte toujours à certaines limites qui, en fait, font écho aux limites de l'approche d'agence sous-jacente à ce discours de contrôle. En effet, les relations entre les différents acteurs impliqués dans l'offre de services publics sont souvent interprétées en termes de relations d'agence. Au regard d'une telle approche, ces relations sont vues comme une série de contrats implicites ou explicites. Étant donné qu'un individu rationnel cherchera toujours à maximiser sa propre utilité, il faut donc mettre en place les mécanismes de contrôle appropriés afin d'assurer que l'individu à qui une responsabilité est confiée s'en acquitte en fonction des intérêts de son mandant et non de ses propres intérêts. La nécessité du contrôle sous-jacente à une telle interprétation suggère que la poursuite de l'intérêt personnel est le moteur principal du comportement humain et, en l'occurrence, la mobilisation des individus autour d'objectifs collectifs ou publics n'est possible qu'en contraignant les comportements au travers d'un

ensemble de mécanismes formels. Cette perception des individus, uniquement en tant qu'agents économiques opportunistes, pousse ainsi à miser sur les règles et à en mettre toujours plus à mesure que se complexifient les organisations. Elle présuppose que la poursuite des objectifs organisationnels par les membres d'une organisation est davantage garantie par des mécanismes qui contraignent les comportements que par des mécanismes qui permettraient aux agents d'exercer leur autonomie et d'adhérer volontairement aux objectifs organisationnels. Les défaillances de la gouvernance sont ainsi toujours traitées en termes d'opposition bipolaire entre mandants et mandataires avec la croyance qu'elles peuvent être réglées soit en intensifiant les contrôles internes et externes, soit en détaillant davantage les termes des contrats, soit en renforçant les standards, bref en misant à chaque fois sur de nouveaux instruments.

Le dilemme, c'est que l'exercice de ce contrôle se heurte toujours à certaines limites. D'une part, plus de mécanismes de contrôle n'assurent pas forcément un meilleur contrôle. L'inflation des mécanismes de contrôle peut même devenir contre-productive en ce qu'ils empêchent l'exercice d'un contrôle efficace en détournant l'attention des objectifs organisationnels ou en induisant des effets secondaires non voulus (Merchant, 1984; Goold & Quinn, 1990; Das & Teng, 1998). Une culture de blâme peut aller à l'encontre de la prise d'initiative. Dès règles trop rigides peuvent entraver l'autonomie des professionnels et les empêcher d'exercer adéquatement leur jugement. Des systèmes de gestion axés sur le contrôle de la conformité peuvent détacher l'attention de l'atteinte des résultats. L'accent sur les sanctions et le refus du droit à l'erreur s'accommode mal de l'innovation. D'autre part, il paraît utopique d'envisager de pouvoir tout contrôler même en multipliant les mécanismes de contrôle ou en vérifiant les vérificateurs ou encore en surveillant les inspecteurs des inspecteurs.

Le modèle bureaucratique finit toujours par se heurter aux défaillances des mécanismes hiérarchiques et à la difficulté d'effectuer un monitoring parfait des comportements. Puisque dans beaucoup de situations, le travail est difficile à codifier et que les agents jouissent d'une large discrétion, la technologie de la standardisation et du contrôle s'avère alors limitée et l'on doit plutôt s'appuyer sur la confiance, sur l'adhésion à des normes communes, sur des valeurs partagées et des mécanismes informels qui vont au-delà du cadre rationnel-légal. Des études bien connues, portant sur le thème du dysfonctionnement de la bureaucratie, supportent ce point de vue. Blau

(1955), Gouldner (1954) ont démontré comment l'efficacité organisationnelle est souvent réalisée non en raison de la conformité aux règles bureaucratiques formelles mais plutôt grâce à des mécanismes qui permettent de subvertir ces règles.

Le modèle managérial qui mise sur l'établissement de contrats formels entre les différents agents impliqués dans une transaction doit aussi composer avec la nature incomplète de ces mêmes contrats. Puisqu'il est souvent impossible de pouvoir tout spécifier à l'avance dans le cadre d'un contrat, les parties à l'échange doivent donc volontairement se placer dans une situation de vulnérabilité réciproque en ayant confiance que l'une ou l'autre partie ne cherchera à profiter de cette situation au détriment de son partenaire (Charreaux, 1998).

La rationalité technique que sous-tend le modèle professionnel se heurte aussi à ses limites. Beaucoup de situations auxquelles doivent faire face les professionnels sont caractérisées par une certaine incertitude liée au fait que chaque cas est particulier, que les connaissances sont souvent incomplètes, que le résultat de l'intervention professionnelle ne peut donc être toujours déterminé à l'avance. C'est donc un modèle qui au-delà des codes de déontologie, des standards de compétences, des mécanismes de surveillance doit aussi miser sur des normes *internalisées*, des valeurs partagées qui vont garantir que le professionnel agira dans le meilleur intérêt du client qui lui dévoue sa confiance.

Dans le même sens, nous avons déjà relevé précédemment que les instruments que sont par exemple les élections, les consultations publiques ne peuvent suffire à garantir un contrôle démocratique efficace et l'intégrité du processus politique. En amont, il s'agit aussi de développer le sens civique des citoyens et de créer les conditions pour une relation de confiance entre les individus et groupes engagés dans l'arène politique. On peut relever, à cet égard, les conclusions de plusieurs travaux bien connus sur le capital social (Putman, 1993; Fukuyama, 1997) qui expliquent le niveau de développement de différentes sociétés nationales par le degré de confiance qui y règne et par la capacité des individus à coopérer de façon spontanée sur la base de valeurs partagées, informelles plutôt que sous l'empire des règles dictées par les institutions formelles.

C'est donc dire que l'approche d'agence, axée sur une relation bipolaire entre les différentes parties impliquées dans l'action et des pressions fortes pour le contrôle, paraît insuffisante à expliciter la complexité des interactions dans les organisations et ne semble pas offrir beaucoup de possibilités autres que le renforcement des systèmes de contrôle pour répondre aux exigences de renforcement des processus d'imputabilité. Elle peut avoir, de surcroît, des effets individualisants en ce qu'elle crée chez l'individu une préoccupation narcissique par rapport à la manière dont il est perçu et jugé et contribue ainsi à alimenter des formes de réaction défensive qui ne favorisent ni l'apprentissage individuel ni l'apprentissage organisationnel (Roberts, 2001). Le constat de ces limites appelle donc à la recherche d'une autre approche pouvant témoigner d'une vision plus complète et plus positive de l'agent social et de sa capacité à s'acquitter de ses responsabilités sans être forcément enfermé dans un système de contraintes. C'est ce que propose la théorie de l'intendance (Davis, Schoorman & Donaldson, 1997) qui, dans le sillage des travaux de MacGregor sur les prémises décisionnelles et de Maslow sur la hiérarchie des besoins humains, remonte aux racines les plus anciennes du management (Saltman & Ferroussier-Davis, 2000) et fait valoir que les individus ne sont pas uniquement motivés par leurs objectifs personnels mais sont aussi capables d'agir comme des intendants qui harmonisent leurs intérêts avec des objectifs qui servent les buts ultimes de leurs organisations. Il s'agit de reconnaître les individus davantage comme des agents sociaux susceptibles d'avoir un comportement honnête et coopératif et pouvant, de manière spontanée et délibérée, être motivés à contribuer au bien commun. Une telle approche inscrit l'imputabilité dans le cadre de relations latérales qui traduisent la reconnaissance de l'interdépendance vis-à-vis des autres et qui sont susceptibles de favoriser le développement d'un sens plus profond de l'engagement vis-à-vis des autres. Elle reconnaît la possibilité de formes plus socialisantes d'imputabilité qui peuvent alors s'appuyer sur des relations plus complexes de confiance, de mutualité, d'obligations réciproques et dépassent l'orientation purement instrumentale de l'agence. Une telle approche sous-tend aussi que l'action humaine ne peut uniquement être justifiée par les sanctions et récompenses, la conformité aux lois, les contraintes légales et administratives. Nombre de décisions humaines font intervenir un niveau supérieur, celui des principes et des valeurs auxquels les individus adhèrent librement. Une pénalité contractuelle ou une sanction disciplinaire ne constituent sans doute pas les seules raisons pour lesquelles les prestataires de services publics renoncent à agir par opportunisme et sont incités à offrir les meilleurs services. Il y a aussi la dimension éthique inhérente à la prestation de services publics et la capacité

des agents à faire preuve de comportements éthiques. Une telle approche permet aussi d'aller au-delà du contrôle et d'exploiter d'autres possibilités offertes par les différents modèles. Dans un système bureaucratique, l'adhésion volontaire des individus à des valeurs et à une culture communes et l'internalisation des objectifs organisationnels peuvent concourir à encourager les comportements et les résultats désirables et constituer ainsi un précieux complément au système de règles et procédures formelles. Dans un contexte professionnel, la valorisation de la relation de confiance qui caractérise l'interaction entre le professionnel et son client, la promotion d'une éthique et des valeurs communes peuvent s'avérer tout aussi indispensables que les standards et les normes codifiés. Dans un système contractuel, le développement d'une relation de confiance peut faciliter la coopération entre les parties contractantes et réduire les coûts de négociation et d'établissement des contrats. On peut aussi présupposer d'une plus grande intégrité dans la conduite du processus politique dans un contexte où gouvernants et gouvernés partagent un même sens civique ou adhèrent à un certain nombre de valeurs communes. Autant dire, la confiance, les valeurs partagées, la culture, la réciprocité correspondent à autant de ressources sociales qui peuvent être mobilisées dans les processus d'imputabilité et contribuer à renforcer ces derniers.

Il ne s'agit pas de dénier l'importance des règles et du contrôle dans la conduite organisationnelle. Autant l'idéal de contrôle absolu semble utopique, autant il peut paraître irréaliste de concevoir des systèmes humains dénués de toute forme de contrôle. Il n'y a ni des évidences empiriques ni des arguments théoriques suffisamment forts pour supporter un tel point de vue. Il s'agit plutôt de reconnaître les limites du contrôle qui laissent toujours des zones grises, lesquelles s'élargissent d'autant que les organisations et les interventions se complexifient. C'est donc un point de vue qui tente de réconcilier la rationalité instrumentale des organisations à d'autres formes de gouvernance comme la confiance, la réciprocité, les valeurs partagées, l'éthique. Ces formes de gouvernance ne sont pas forcément des substituts au contrôle mais permettent de suppléer dans beaucoup de situations aux défaillances de ce dernier. Nous avons montré précédemment comment la confiance notamment s'avérait souvent l'ingrédient manquant dans les processus d'imputabilité et comment elle pouvait contribuer à renforcer ces derniers. Confiance et contrôle, quoique souvent présentés comme deux concepts antagonistes, peuvent coexister au travers de l'imputabilité comme deux pôles d'une contradiction dialectique qui s'entretiennent ainsi mutuellement. Nonobstant le degré de sophistication des mécanismes de contrôle en place, il y a toujours un point ultime où il faut

davantage miser sur la confiance que sur ces mécanismes. Cependant, la confiance dégagée de tout devoir d'imputabilité équivaudrait à une confiance aveugle qui relève davantage du domaine de la *foi*, parce qu'elle impliquerait que les actes de l'autre partie ne sont pas regardés et qu'on ne tient pas compte de leurs conséquences. D'un autre côté, l'imputabilité sans confiance équivaut à miser exclusivement sur des mécanismes de contrôle et dénie ainsi toute liberté à des acteurs dont chacun des actes est soumis à des contraintes et scruté à la loupe.

C'est donc dire que les mécanismes de contrôle peuvent toujours être mobilisés, mais dans un cadre qui permet aux acteurs d'exercer leur jugement et qui laisse place aux valeurs partagées, aux croyances, aux normes *internes* considérées comme d'autant plus puissantes qu'elles encouragent les individus à faire plus que ce que leur imposent les règles. L'administration publique sera considérée d'autant plus responsable que ses agents, dépositaires de la confiance du public, seront sensibles aux valeurs portées par ce dernier et qu'il y a un certain nombre de valeurs partagées auxquelles vont se référer les individus pour guider leurs actions notamment quand ils se trouvent confrontés à des situations qui ne sont prévues ni dans les règles, ni dans les codes, ni dans les lois ou autres instruments formels.

En fait, il y a quelques indications d'une reconnaissance de plus en plus forte des possibilités de cette perspective complémentaire comme en témoignent les efforts développés, dans le cadre de certaines réformes de l'administration publique, pour intégrer l'éthique au cadre de gestion ou pour recourir à des mécanismes préventifs de responsabilité. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont toutes deux introduit des initiatives en matière d'éthique dans le contexte de leurs réformes de gestion, revendiquant une *pertinence opérationnelle* pour les *principes et les valeurs* qu'il faut dès lors intégrer dans le système de gestion (OCDE, 1996). Au titre des initiatives engagées à cet égard, on peut citer : des efforts de définition des valeurs d'ensemble de la fonction publique ; l'élaboration de documents d'orientation fournissant des conseils pratiques sur les questions d'éthique et d'imputabilité par le biais d'études de cas ; l'intégration des analyses éthiques aux programmes de formation à la gestion par le biais d'ateliers et de séminaires. Dans les deux pays, les comportements des agents de la fonction publique restent toujours régis par un ensemble de règles, normes, lignes directrices, mais l'élargissement du cadre de gestion vise à répondre aux situations pour lesquelles la ligne de conduite appropriée peut nécessiter de faire preuve d'un plus grand discernement. La

Norvège s'est elle aussi engagée à partir de 1991 dans une expérience reposant sur la direction par valeurs et le remplacement des règles détaillées par un cadre de valeurs et d'objectifs généraux (OCDE, 1996). Mais parallèlement, plusieurs enquêtes étaient lancées sur des allégations d'irresponsabilités relatives à la gestion de certains grands projets économiques et ont permis de colmater, quand c'était possible, les brèches identifiées dans le cadre réglementaire. Encore dans ce cas, l'action était engagée sur plusieurs fronts. Dans le contexte canadien, les grands principes de la *loi canadienne sur la santé* en vigueur depuis 1984 (gestion publique, accessibilité, universalité et transférabilité, intégralité) et qui régissent le fonctionnement de base de l'ensemble des systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux illustrent fort bien la capacité que peut avoir un ensemble réduit de principes qui bénéficient d'une large adhésion à encadrer le développement de dispositifs institutionnels d'une très grande complexité.

C'est dire que les efforts à faire pour renforcer l'imputabilité doivent porter sur plusieurs fronts, non seulement sur les fonctions de surveillance et de réglementation mais aussi sur les principes et les valeurs auxquels peuvent référer les agents quand ils doivent prendre des décisions complexes ou quand ils se retrouvent dans des zones d'action non couvertes par les règles formelles. Il y a aussi lieu de créer les conditions propices à un engagement réciproque fondé sur la confiance en favorisant la mise en œuvre de processus de prise de décision partagée, en encourageant des alliances entre les organisations, en favorisant l'échange et la coopération à l'intérieur des organisations, en multipliant les ponts avec les communautés qui sont la raison d'être même des services offerts, en valorisant les nombreuses connexions qui se créent dans les espaces informels des organisations, bref en créant les conditions pour le développement de réelles communautés de pratiques qui partagent des valeurs communes. Si l'on admet avec Kant (1959) que des agents autonomes sont plus susceptibles de s'engager dans le développement d'une communauté morale ou encore que l'autonomie n'est pas le rejet des interdépendances mais une maîtrise de ces interdépendances, ceci devrait se traduire par des formes de gestion qui favorisent à la fois l'exercice de cette autonomie et le développement de la coopération. Ceci implique que les organisations soient des espaces où les individus peuvent exercer librement et de manière réflexive leurs choix, prendre des initiatives et en assumer la responsabilité, développer leurs compétences, communiquer et travailler en coopération avec d'autres, critiquer, rejeter ou au contraire appuyer

certaines interventions, remettre en question les opinions ancrées et souvent puissantes de la majorité pour stimuler la réflexion.

Un tel élargissement du cadre d'imputabilité pour tenir compte de la complémentarité de la confiance, de la réciprocité, de l'autonomie, des valeurs partagées paraît indispensable pour répondre à la plupart des défis posés par les transformations des systèmes de soins de santé. La mise en œuvre des services intégrés à laquelle convergent ces systèmes nécessitera le recours à diverses formes de structures coopératives qui vont au-delà des traditionnelles structures hiérarchiques et professionnelles. La complexité de certains problèmes auxquels doivent répondre les services de santé exige désormais la mobilisation d'une vaste gamme de ressources et l'intervention de divers groupes professionnels qui doivent travailler conjointement pour offrir aux patients une prise en charge adéquate, un suivi approprié et un soutien adapté à leur situation. La collaboration avec le milieu (familles, groupes communautaires) s'avère une exigence de plus en plus forte pour garantir une globalité et une continuité des soins. Historiquement, les professions se sont développées de manière indépendante en se juxtaposant les unes aux autres et en cherchant à consolider ou à étendre leurs champs d'expertise. Cette évolution a eu comme retombée positive une expansion fulgurante des connaissances dans divers domaines, mais elle s'est soldée au niveau de la pratique professionnelle par des cloisonnements, des conflits interprofessionnels et des batailles de territoires. Un tel mode d'organisation du travail professionnel est loin d'être adapté aux nouveaux impératifs des systèmes des soins. Les nouveaux modes de prestation des services qui forcent à sortir des frontières traditionnelles des professions créent une situation quasi-inédite pour les codes déontologiques qui, tel qu'existants actuellement, mettent surtout l'accent sur les rapports entre le professionnel solo et son patient et ne prennent pas beaucoup en compte les rapports interprofessionnels.

La responsabilité, compte tenu des transformations envisagées et des nouveaux défis posés, sera désormais une responsabilité partagée impliquant divers groupes de professionnels, les personnes qui font appel à ces services professionnels, les gestionnaires qui appuient ces services, l'État et les communautés. Le renforcement des systèmes de contrôle existants ne semble pas la meilleure voie pour permettre aux acteurs de rendre compte de cette responsabilité partagée. Le défi semble résider davantage dans la création d'espaces appropriés susceptibles de permettre

l'articulation des valeurs et des compétences des différents groupes, de favoriser la coopération entre eux et de créer les conditions pour une forme d'imputabilité mutuelle où des agents autonomes acceptent de dialoguer avec d'autres de manière réflexive, acceptent de travailler avec d'autres partenaires et de leur rendre compte. Les systèmes de soins intégrés promus dans le cadre des réformes misent fortement sur des groupes interprofessionnels pour offrir un ensemble de services à une population donnée. Au-delà de l'imputabilité individuelle, l'enjeu est de tenir ces groupes de professionnels imputables pour l'ensemble de leur performance. Ceci implique le développement en amont d'une culture de la responsabilité collective qui substitue aux traditionnelles relations hiérarchiques des relations plus horizontales fondées sur la coopération, la confiance et la transparence. Une illustration éloquentes peut être apportée à cet égard par la mise en œuvre de la nouvelle approche de gouvernance clinique (*Clinical Governance*) dans le contexte des services de première ligne en Grande Bretagne. La nouvelle approche n'impose aucune obligation légale ou réglementaire supplémentaire aux professionnels individuels (Allen, 2000). Les nouvelles obligations sont plutôt imposées aux groupes prestataires de soins primaires qui doivent améliorer la qualité de leurs services et en faire la preuve. Une telle exigence peut être interprétée comme un moyen de développer le sens des responsabilités collectives dans ces organisations et, en même temps, ne peut être remplie qu'au travers de formes d'imputabilité horizontale misant sur les pressions des pairs, la persuasion et des incitations appropriées. Ceci implique donc que les structures d'incitations, les systèmes de sanctions et de récompenses soient réalignées sur cette responsabilité collective. Des recherches effectuées auprès des groupes de praticiens de soins primaires de la Nouvelle Zélande indiquent en effet, que l'imputabilité collective pour la qualité et l'efficacité des prestations peut être renforcée lorsqu'associée à une imputabilité collective pour un budget partagé et à des incitations professionnelles (comme par exemple la possibilité d'utiliser les ressources économisées pour développer de nouveaux services) [Malcolm & Mays, 1999].

D'un autre côté, le secteur de la santé est celui où les problèmes éthiques se posent le plus fréquemment et avec le plus d'acuité. Beaucoup de choix auxquels les décideurs, les professionnels de santé et les gestionnaires sont confrontés dans ce contexte de transformations posent des dilemmes éthiques et ne peuvent toujours être résolus à la lumière de normes spécifiques préexistantes (Roy, 1988). Ces normes doivent souvent être élaborées de manière inductive sur la base des valeurs partagées par tous ceux concernés par la prise de décision. Dans un contexte de

contraintes de ressources et de besoins quasi-illimités, les professionnels de santé sont quotidiennement appelés à jouer un double rôle. Responsables des soins dispensés à leurs patients, ils s'efforcent ainsi d'offrir à ces derniers les meilleurs services répondant aux standards de leurs professions et aux normes scientifiquement reconnues. Mais en même temps, jouissant d'une importante discrétion sur l'utilisation des ressources, ils sont aussi interpellés de plus en plus pour jouer volontairement un rôle d'intendant de ces ressources. Ils sont ainsi confrontés à un arbitrage constant à faire entre les intérêts et les vœux de leurs patients, les contraintes des organisations et systèmes de soins, les besoins collectifs des communautés desservies. Les décisions à prendre ne peuvent toujours être résolues dans le cadre des normes existantes ou à la lumière des connaissances techniques mais font plutôt appel dans bien des cas à une pratique réflexive prenant en compte les valeurs morales partagées par la communauté de pratiques.

Autant dire, pour paraphraser Harmon & Meyer (1986), la plupart des problèmes auxquels doivent de plus en plus faire face les professionnels, les gestionnaires et les décideurs impliqués dans l'offre de services de santé ne sont pas des problèmes maîtrisés techniquement, prévisibles, qui peuvent être résolus par des solutions déjà prêtes, mais plutôt des problèmes complexes créant souvent des dilemmes difficiles à résoudre. Le défi, c'est d'y répondre par des organisations plus *intelligentes*, c'est-à-dire capables de faire preuve de créativité et de capacité d'adaptation. Dans cette perspective, l'enjeu du renouvellement des mécanismes d'imputabilité ne se pose donc pas en termes de contraindre davantage les comportements mais plutôt d'habiliter les individus, les groupes et les organisations pour leur permettre de mieux faire face à leurs responsabilités collectivement et individuellement. Cette habilitation requiert à la fois la promotion de la réflexion autonome, la discussion et l'apprentissage. L'apprentissage suppose à son tour l'expérimentation et l'innovation et implique dès lors une culture qui tolère la prise de risque et tire contribution des échecs.

En résumé, cette approche de l'imputabilité amène à une vision réaliste des réformes visant à reconfigurer les pratiques d'imputabilité. Les nouveaux arrangements organisationnels et les nouvelles formes d'incitations proposées peuvent contribuer à renforcer la rationalité dans les organisations sous différents angles : rationalité technique, rationalité managériale, rationalité légale, rationalité politique. Sous l'angle de la gestion, ils peuvent ainsi contribuer à réduire l'incertitude entourant les comportements et les actions, à optimiser les choix, à assurer le contrôle, à établir le

lien logique entre les moyens et les fins. Toutefois, il y a lieu de reconnaître, comme en illustre l'exposé des modèles précédents, que les mécanismes proposés pour mettre en œuvre ces réformes, en dépit de leur contribution potentielle se heurteront toujours à leurs propres limites et laisseront toujours des zones grises. Notre analyse soulève la nécessité d'élargir le cadre de ces réformes pour tirer parti d'autres formes de gouvernance valorisant la confiance, la coopération, l'autonomie, la réciprocité, les valeurs partagées. Une telle proposition soulève la question de l'intégration de ces différents éléments dans un contexte de gestion et quels modes d'organisation, quels outils de management permettraient de les promouvoir. Le modèle dominant de l'action en gestion qui privilégie la rationalité instrumentale et le contrôle de l'incertitude ne s'accommode pas aisément de ces formes alternatives de gouvernance qui acceptent le principe de l'incertitude et nécessitent souvent un long processus d'apprentissage. Les gestionnaires du secteur public, en dépit des appels de plus en plus forts pour optimiser l'imputabilité publique, doivent se rappeler que l'enjeu est de taille. Cette optimisation appelle notamment à élargir le cadre des pratiques actuelles de gestion pour y inclure d'autres formes d'action non conventionnelles qui ne sont pas régies par la rationalité instrumentale mais qui amènent plutôt à soutenir et cultiver des principes, des valeurs, la confiance, une éthique. Les initiatives développées jusqu'ici indiquent quelques pistes d'action qui peuvent être suivies et défrichées davantage : la définition d'un cadre de valeurs appropriées pour le service public, en sachant que ce cadre ne saurait être figé ; l'intégration des analyses éthiques dans les programmes de formation en gestion ; le recours à des mécanismes de socialisation permettant d'inculquer *l'ethos* du service public ; le développement d'un cadre de responsabilité collective et de formes d'imputabilité horizontale favorisant la collaboration ; le développement de structures d'incitations favorables à l'exercice de cette responsabilité collective.

## 6.- BIBLIOGRAPHIE

- Allen, P. (2000). Accountability for clinical governance : developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*, 321, 608-611.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-969.
- Barberis, P. (1998). The new public management and a new accountability. *Public Administration*, 76, 3, 451-470.
- Blau, P. (1955). *The dynamics of bureaucracy*. Chicago: Chicago University Press.
- Boulding, K.E. (1958). *Principles of Economic Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Breger, M.J. (1996). Government accountability in the twenty-first century. *University of Pittsburgh Law Review*, 57, 2, 423-441.
- Buchanan, J.M., & Tollison, R.D. (1984). *The Theory of public choice*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Casey, J.D. (1998). Why do we need peer review? *Canadian Nurse*, 94, 5, 43-44.
- Chan, J.B.L. (1999). Governing police practice: limits of the new accountability. *British Journal of Sociology*, 50, 2, 251-270.
- Charreaux, G. (1998). Le rôle de la confiance dans le système de gouvernance des entreprises. *Économies et Sociétés, Série Sciences de Gestion*, 8-9, 47-65.
- Corbett, D. (1992). *Australian public sector management*. Sydney: Allen and Unwin.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cummings, L.L., & Anton R.J. (1990). The logical appreciative dimensions of accountability. In S. Srivasta, D.L. Cooperrider, & al. (eds.), *Appreciative management and leadership - the power of positive thought and action in organizations*, pp. 257-286. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Cutt, J. (1988). *Comprehensive auditing in Canada, theory and practice*. New York: Praeger.
- Darby, M. (1998). Health care quality: from data to accountability. *Academic Medicine*, 73, 8, 843-853.

- Das, T.K., & Teng, B.S. (1998). Between trust and control - developing confidence in partner cooperation in alliances. *Academy of Management Review*, 23, 3, 491-512.
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22, 1, 20-47.
- Day, P., & Klein, R. (1987). *Accountabilities: five public services*. London: Tavistock.
- Deleon, L. (1998). Accountability in a reinvented government. *Public Administration*, 76, 539-558.
- Donaldson, M.S. (1998). Accountability for quality in managed care. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24, 12, 711-725.
- Emanuel, L.L. (1996). A professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspects of patient care. *Annals of Internal Medicine*, 124, 240-249.
- Emanuel, E.J., & Emanuel L.L. (1996). What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*, 124, 2, 229-239.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1997). Preserving community in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 1, 147-183.
- Ente, B.H. (1999). Joint Commission World Symposium on improving health care through accreditation. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 11, 602-613.
- Eisenhardt, K. (1989). Agency theory: an assessment and review. *Academy of Management Review*, 14, 1, 67-74.
- Evans, R.G. (1984). *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworth.
- Farell, C.M., & Law, J. (1999). Changing forms of accountability in education? a case study of LEAs in Wales. *Public Administration*, 77, 2, 293-310.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew A. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Finer, H. 1941. Administrative responsibility and democratic governance. *Public Administration Review*, 1, 335-350.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Editions du Seuil.

- Friedman, B.D. (1973). *The quest for accountability, public administration service*. Chicago.
- Friedrich, C.J. (1935). *Problems of the American public service*. London : McGraw-Hill.
- Frink, D.D., & Ferris, G.R. (1998). Accountability, impression management, and goal setting in the performance evaluation process. *Human Relations*, 51, 10, 1259-1283.
- Fukuyama, F. (1997). *La confiance et la puissance : vertus sociales et prospérité économique*. Traduit de l'anglais par Pierre-Emmanuel Dauzat. Paris: Plon.
- Furlong, S., & Glover D. (1998). Legal accountability in changing practice. *Nursing Times*, 94, 39, 61-62.
- Gamm, L.D. (1996). Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems. *Health Care Management Review*, 21, 2, 74-87.
- Ginzberg, E. (1954). What every economist should know about health and medicine. *American Economic Review*, 44, 104-119.
- Goold, M. & Quinn, J.J. (1990). The paradox of strategic controls. *Strategic Management Journal*, 11, 43-57.
- Gouldner, A. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. New York: Free Press.
- Gray, B.H. (1991). *The profit motive and patient care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gray, R., Owen, D., & Maunders, K. (1987). *Corporate social reporting: accounting and accountability*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall International.
- Griffiths, R. (1988). Does the public service serve?. *Public Administration*, 66, 195-204.
- Griffiths Report. (1983). *NHS Management Enquiry*. London: HMSO.
- Harmon, M.A. (1995). *Responsibility as a paradox: a critique of rational discourse on government*. Thousand Oaks: Sage.
- Harmon, M., & Mayer, R. (1986). *Organization theory for public administration*. Boston: Little Brown & Co.
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice, and loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.

- Jenkins, K., Caines, K., & Jackson, A. (1988). *Improving management in government: the next steps*. London: HMSO.
- Jennings, I. (1966). *The British Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kant, I. (1959). *Foundations of the metaphysics of morals*. Traduit par L.W. Beck. Indianapolis : Bobbs-Merryl.
- Leclair, F. (1993). D'un pouvoir responsable pour l'administrateur public. *Administration Publique du Canada*, 21, 3, 419-439.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lucas, J.R. (1993). *Responsibility*. Oxford: Clarendon Press, 1993.
- Lucier, P. (1977). *Analyse institutionnelle et "accountability"*. Montréal: Centre d'Animation, de Développement et de recherche en Éducation.
- Malcolm, M., & Mays, N. (1999). New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *British Medical Journal*, 319, 1340-1342.
- Mcavoy, G.E. (1994). State autonomy and democratic accountability - the politics of hazardous waste policy. *Polity*, 26, 4, 699-728.
- McGregor, D. M. (1960). *The human side of enterprise*. New York : McGraw-Hill.
- Merchant, K.A. (1984). *Control in business organizations*. Marshfield: Pitman Publishing.
- Mero, N.P., & Motowidlo, S.J. (1995). Effects of rater accountability on the accuracy and the favorability of performance ratings. *Journal of Applied Psychology*. 80, 4, 517-524.
- Mitchell, J. (1993). La responsabilité et la gestion des régies d'État aux Etats-Unis. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 59, 3, 557-576.
- Mitchell R.K., Agle B.R., & Wood D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience - defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22, 4, 853-886.
- Mulgan, R. (1997). The processes of public accountability. *Australian Journal of Public Administration*, 56, 1, 25-36.

- Newcomer, K.E. (1997). Using Performance Measurement to Improve Programs. In K.E. Newcomer (ed.), *Using Performance Measurement to Improve Public and Nonprofit Programs*, pp. 5-14. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- OCDE. (1995). *La gestion publique en mutation. Les réformes dans les pays de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- OCDE. (1996b). *L'éthique dans le service public. Questions et pratiques actuelles*. Paris : OCDE. Études hors série sur la gestion publique, no 14.
- Ouellet, L. (1984). *L'imputabilité de qui et au nom de quoi*. In *Débats sur l'imputabilité. Actes du colloque sur l'imputabilité tenu les 9 et 10 juin 1983*, pp. 45-58. Centre d'Études Politiques et Administratives du Québec: École Nationale d'Administration Publique.
- Patry, M. (1992). L'imputabilité des administrateurs publics. In R. Parenteau (éd.), *Management Public - Comprendre et gérer les institutions de l'État*, pp. 301-326. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Peters, B.G. (1995). La fonction publique, l'État en transition et la fonction gouvernementale. In B.G. Peters, & D.J. Savoie (éds.), *Les nouveaux défis de la gouvernance*, pp. 265-295. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Pollitt, C. (1986). Beyond the managerial model: the case for broadening performance assessment in government and the public services. *Financial Accountability Management*, 2, 155-170.
- Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Pruzan, P. (1998). From control to values-based management and accountability. *Journal of Business Ethics*, 17, 13, 1379-1394.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work : civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Roberts, J. (2001) Trust and control in Anglo-American systems of corporate governance: The individualizing and socializing effects of processes of accountability. *Human Relations*, 54, 12, 1547-1572.
- Romzek, B. (1996). Enhancing accountability. In J. Perry (Ed.) *The handbook of public administration*, pp. 97-114. San-Francisco: Jossey-Bass.

- Romzek, B.S.; Dubnick, M.J. (1987). Accountability in the public sector: lessons from the Challenger tragedy. *Public Administration Review*, 47, 227-238.
- Romzek, B.S., Dubnick, M.J. (1994). Issues of accountability in flexible personnel systems. In P.W. Ingraham & B.S. Romzek (eds.), *New Paradigms for government: Issues for the changing public service*, pp.263-294. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Rosen, B. (1989). *Holding governments bureaucrats accountable*. New York: Praeger.
- Roy, G. (1988). L'éthique de la pratique clinique. *L'Union Médicale du Canada*, 117, 1, 120.
- Saltman, R.B., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 78, 6, 732-739.
- Schlenker, B.R., Britt, T.W., Pennington, J., Murphy, R., & Doherty, K. (1994). The triangle model of responsibility. *Psychological Review*, 101, 4, 632-652.
- Sinclair, A. (1995). The chameleon of accountability: forms and discourses. *Accounting, Organizations, & Society*, 20, 2/3, 219-237.
- Tetlock, P.E. (1985). Accountability: the neglected social context of judgment and choice. *Research in Organizational Behavior*, 7, 297-332.
- Tetlock, P.E., Skitka, L., & Boettger, R. (1989). Social and cognitive strategies for coping with accountability: Conformity, complexity and bolstering. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 632-640.
- Verheijen, T., & Millar, M. (1998). Reforming public policy processes and securing accountability. Ireland in a comparative perspective. *International Review of Administrative Sciences*, 64, 1, 119-137.
- Vianès, A. (1980). *La raison économique d'État*. Lyon : PUL.
- Von Dornum, D.D. (1997). The straight and the crooked: legal accountability in ancient Greece. *Columbia Law Review*, 97, 5, 1483-1518.
- Weaver, D., & Sorrells-Jones, J. (1999). Knowledge workers and knowledge-intense organizations, Part 2: Designing and managing for productivity. *Journal of Nursing Administration*, 29, 9, 19-25.
- Wilson, V.S. (1981). *Canadian public policy and administration*. Canada: McGraw-Hill Ryerson.

## ARTICLE 2: ACCOUNTABILITY IN CANADIAN HEALTH CARE SYSTEMS: FITTING THE PIECES OF THE PUZZLE TOGETHER

CARL-ARDY DUBOIS<sup>1</sup>

JEAN-LOUIS DENIS<sup>2</sup>

A shorter version of this paper has been accepted for publication as part of a book edited by the Department of Management, University of St Andrews.

Dubois, C.-A., & Denis, J.-L. (2002). Accountability in Canadian health care systems: fitting the pieces of the puzzle together. In M. Tavakoli, & H.T.O. Davies (eds.), *Policy, Finance and Performance in Health Care: Strategic Issues in Health Care Management*. Hampshire: Ashgate Publishing Ltd (upcoming)

---

<sup>1</sup> Candidat au Ph.D. en Santé publique, Département d'Administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (Canada)

<sup>2</sup> Professeur titulaire, Chaire FCRSS/IRSC, Département d'Administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal (Canada)

## ABSTRACT

Forceful demands for accountability have established themselves as a prominent trend in the transformation of health care organisations. Though accountability generally refers to processes by which one party provides justification for its activities and takes responsibility for them, research findings suggest it is not a cut-and-dried concept. Distinct conceptualizations refer to different combinations of key institutions, patterns of relationship between protagonists, domains of accountability, rules of reporting, and forms of responsibility. This paper provides an analytic framework for accountability and presents the results of an empirical analysis of forms of accountability associated with the transformation of Canadian health care systems. Three case studies, targeting Quebec, Alberta and Ontario, were completed based upon extended semistructured interviews cross checked with data we obtained from various policy and planning documents.

Four dominant models of accountability come to light in our literature review. The political model combines participatory and representative democracies in order to foster direct and indirect population input in decision-making. The professional model is built on the principles of self-regulation of professions. The bureaucratic model is exercised through hierarchy and emphasises supervisor/subordinate relationships. The managerial model underscores accountability for outputs and consumer choice of providers.

Our case studies suggest that different models operate simultaneously in health care systems. Though professional and bureaucratic models have traditionally been dominant, reforms attempted to introduce new arrangements based on the political and managerial models. Our analysis shows that coexistence of multiple approaches of accountability is needed to take into consideration the multiple facets of health care, to facilitate appropriate checks and balances in the health care systems and to have a fair equilibrium between different interests, different sources of power and different visions of how health care should be.

## 1.- INTRODUCTION

Over the last decades, the convergence of various factors has imposed accountability as a prominent element in the transformation of Canadian healthcare organisations. As the expansion of medical knowledge and technologies has never been so rapid, four recent commissions mandated by federal and provincial governments to survey the health services consistently reported difficulties in health care systems' provision of high quality, efficient and timely services to patients (Clair, 2000, Fyke, 2001; Mazankowski, 2001; Romanow 2002). Amongst others, waiting lists for services, nursing shortages, emergency room overcrowding have become perennial issues across the country. As regards technical aspects of care, many recent studies have documented several areas where quality is falling short, including overuse, underuse or misuse of many services: overuse and misuse of antibiotics (Jewesson, 1996); underuse of arthroplasties for severe arthritis (Hawker & al, 2000), underuse of inhaled corticosteroids for asthma patients (Sin & Tu, 2001). Other studies indicate that many variations in patterns of care depend more on prevailing practice styles of providers and resource supply than variation in risk factors. By instance, there are large unexplained differences in how often caesarean sections are performed across the country. Ontario residents living in lower and middle income areas are less likely to undergo cardiac surgery even if they have a greater risk to develop cardiac disease than those in the wealthiest neighbourhoods (CIHI, 2000). While citizens are facing difficulties in accessing health care and serious quality shortcomings, they are asked to contribute more in order to sustain the public health care systems. In most Canadian provinces, total health care spending accounts for almost 40 per cent of public expenditures. Although there is no doubt that pressures from technology, pharmaceuticals and the ageing population are all playing some part in the magnitude of health care expenditures, there is also substantial evidence of waste associated with various factors such as poor human resource management practices, variations in style of practices, and inappropriate modes of physician remuneration. Fee-for-service is still the dominant form of physicians' remuneration despite the fact that many studies have brought evidence of the incompatibility of this method of payment with current orientations of the health care systems and despite recurrent recommendations to renew the incentives regarding physicians' productivity. Also, many studies report that some professional groups are not utilized to the full extent of their scope of competencies (Backman, 2000; McGarvey, et al., 2000). Only a few provinces, such as Alberta and Ontario, have regulation allowing nurses to perform advanced practice acts corresponding to the evolution of nursing profession.

All these issues give rise to concerns about the sustainability of health care systems and raise questions regarding accountability. They lead to questions regarding how best to organise and deliver health services in order to optimize health dollars and to meet patients needs in the best way possible. Managers, professionals and politicians are increasingly asked to provide information, to take responsibility for their options and demonstrate the performance, the quality and the value of their services. To address these issues, most Canadian provinces have, over the last decade, implemented major changes, including the regionalisation of health services, the strengthening of ambulatory care, and the reform of professional regulation. The aim of this paper is to analyse the impact of the reforms on the practices of accountability. Several questions result: What forms of accountability are predominant in the Canadian health care systems within the current context of transformation? What are the relationships between them? What are the mechanisms used to implement them?

To explore these questions, we start by outlining four competing models of accountability prevailing in the health sector. Then, we analyse the information gained from three case studies and elucidate what models of accountability are dominant in the Canadian health care systems, what their interrelationship is and what management practices they drive. Finally, we discuss key lessons learned from the case studies and we make recommendations to reframe accountability in health care organisations. Our analysis shows evidence of the coexistence of multiple forms of accountability in health care systems. The puzzle metaphor is used to portray the reality of accountability. We argue that fitting the pieces of this puzzle together requires that attention be paid to the size of each piece, intersection points, divergence points and complementarities.

## **2.- FOUR MODELS OF ACCOUNTABILITY IN THE HEALTH SECTOR**

Though accountability, at its simplest, refers to processes by which one party justifies his activities and takes responsibility for them, research findings suggest it is not a cut-and-dried concept (Darby, 1998; Weber, 1999). Competing conceptualisations evolve from the answers to several specific questions: Who is to be held accountable? To whom? For what? Through what mechanisms? Our review of the relevant literature highlights four main components that are an integral part of any

system of accountability in health care organisations: structured patterns of relationship between actors, performance evaluation, obligation to account for one's acts, and to assume one's responsibility.

As regards the first component, accountability always takes place within interactions between multiple protagonists. The description of this interrelationship clarifies several specific issues regarding what the main source of control and influence in the accountability process is, what the basis of this influence is, what behaviour schemes are expected from the agents involved in the accountability process.

A second ingredient in any accountability system is performance management. Accountability always implies an element of performance evaluation. Being accountable means being committed to performing up to certain prescribed standards thereby fulfilling tasks, contracts, and objectives (Schlenker & al., 1994). However, prescriptions that should guide the actor's conduct, criteria that should monitor performance, incentives and mechanisms that should be used to manage performance in health care can vary. Performance monitoring can emphasise either input, throughput, output or outcomes. Performance management can rely either on professional regulation, administrative coercion, electoral sanctions or market mechanisms.

Performance evaluation and the interrelation between actors do not amount to all dimensions of accountability in health care. Accountability also implies acknowledging an obligation to account to another party for one's performance, to report one's results, to furnish an account of what one is responsible for (Wilson, 1981; Friedman, 1973; Day & Klein, 1987). Thus, this third component raises questions regarding the domains of accountability (what a given actor of the health care system is accountable for), what the locus of the accounting is, what mechanisms are used to hold a party accountable for his own performance.

The fourth component of accountability introduces the notion of responsibility. In this respect, being accountable means not only acknowledging an obligation to fulfil a responsibility but also being mindful of this obligation and its potential impacts, and taking ownership of actions and consequences (Corbett, 1992; Harmon, 1995). However, this responsibility is not within a vacuum.

Professional standards, contracts, laws and administrative instructions are all alternative elements that can circumscribe the terms of this responsibility.

Distinct conceptualisations associated with distinct combinations of these four main components of accountability lead to multiple representations of accountability. Each representation emphasises its specific patterns of interrelations between actors, its specific rules of reporting, its specific mechanisms of performance management, and its specific frame of responsibility. In this paper, we will briefly survey four principal models that emerge from these combinations that seem particularly relevant to the context of the health sector: the political model, the professional model, the bureaucratic model and the managerial model.

The political model combines principles of participatory and representative democracy and fosters the input of the population in decision-making. Interaction between public servants, governing representatives, and citizens are therefore favoured. Governing representatives have to account to their constituents so they in turn have providers account for their services. The primary mechanism for accountability is "Voice" (Emanuel & Emanuel, 1997; Hirschmann, 1970). Citizens have the opportunity to express their dissatisfaction, to have regular accounts of health care provision and to influence health policies. Criteria to monitor performance mainly focus on inputs and outputs. The focus is not on health outcomes but on providing services required by population, on providing resources to offer these services, and on setting up procedures to enforce rules and regulations. Because goals are often conflicting and there is often no agreement on what results should be obtained, political accountability focuses more on processes and on responsiveness to public needs than on results (Deleon, 1998).

The professional model is built on the principle of self-regulation. The relationship between the different actors involved in health care is consequently based on the principle of *deference to expertise* (Romzek, 1996). Adherence to professional norms, training, and the use of scientific method contribute to reduce the uncertainty surrounding professional intervention. Thus, professional associations exert a strong influence by establishing standards, propagating them and disciplining those who deviate from them. Emphasis is on accountability of professionals to their clients and their peers. Health professionals are asked to account above all for their competencies. They are

sanctioned not so much for failure to achieve a given result but for malpractice and for departing from professional standards.

The bureaucratic accountability in health care organisations is exercised through the hierarchy and is based on the principle of obedience to a superior. The main source of control and influence is at the top of the hierarchy. Supervisory control is applied intensively and represents the main procedure to account for responsibility. Employees are asked to comply with directions given by their superiors and can be called to account for any action taken. Central authorities in the Ministries take the lion's share in the decision making process and determine both program objectives and the means for achieving these objectives. Performance monitoring focuses on the verification of processes and conformity to administrative rules and ministerial instructions.

In the managerial model, the relationship between the different actors is based on the principles of the market. As an economic model, managerial accountability considers health services a commodity subject to the principle of supply and demand based upon value for money (Emanuel & Emanuel, 1997). Providers have to account to both purchasers and consumers and the main procedures for accountability are based on the opportunity for "Exit" given to purchasers and consumers. Providers are induced into competition for client loyalty and attempt to offer the best services to consumers. Managerial accountability promotes contractual relationships between purchasers, providers and consumers and devotes huge efforts to clearly define the specific results that are expected from health interventions. Measures of output or outcomes are consequently used to manage performance.

### **3.- FORMS AND PRACTICES OF ACCOUNTABILITY IN CANADIAN HEALTH CARE ORGANISATIONS**

#### **▪ Methodology**

Beyond outlining a theoretical framework, this paper aims to empirically examine the forms and mechanisms of accountability associated with the transformation of health care organisations. To attain this objective, we adopted a research strategy based upon three case studies. The cases draw upon empirical material from extensive semistructured interviews with health professionals (physicians and nurses) and senior managers who are likely to be the most actively and closely

involved in the implementation of these mechanisms of accountability. Our premise is that a complete understanding of accountability must incorporate the perspectives of actors who experience it. Senior managers and health professionals play key strategic roles in health care systems and their perceptions are particularly relevant to convey the reality of accountability.

The three cases are three Canadian provinces: Quebec, Alberta and Ontario. Beyond their specificities, these three provinces have in common the scope of changes in their health care systems in the last decade and the strong focus on accountability while implementing these changes. Since the early nineties, Quebec has been implementing a broad project of reform including regionalisation, restructuring of hospital services and strengthening of ambulatory care. Quebec was the first Canadian province to establish regional health authorities between 1989 and 1992, aiming to decentralize the decision-making process and to involve the citizens in the governance of health care organisations. Furthermore, Quebec is the unique province in Canada that brings together in the same Ministry both healthcare and social services. In 1993, the province of Alberta initiated the development of a comprehensive performance measurement system aiming, among other objectives, to enhance public service accountability. It is currently considered a leader in Canada. Ontario is unique in Canada in that it is the only province of Canada that did not devolve responsibilities for health services to regional authorities. Since 1994, the *Common Sense Revolution* plan that has been being implemented by the Conservative government put forward a large variety of measures aiming to rationalize the health sector and to reinforce accountability of the various health agents.

We conducted 49 semistructured interviews: 16 in Quebec, 15 in Ontario, 18 in Alberta. While selecting the sample for each case, we paid attention to include the different levels of governance, to have input of different interest groups, and to interview informants that have strong experiences on the health services sector. The interviews involved senior managers at the three main levels of health care governance (establishments, regional authorities, Ministries), senior officers in professional regulatory bodies, medical and nurse practitioners, and physicians and nurses holding senior posts in health care administration.

Each interview lasted between 45 and 90 minutes. All interviews were recorded with the permission of the respondents and were transcribed. The discussions were loosely structured to

cover perceptions, observations, critics, suggestions about the policies and the practices of accountability in health care organisations. Each interviewee was asked to explicit his understanding of accountability, to talk about the relationships that drive the accountability processes, to describe the prevailing mechanisms by which the various agents are held accountable, to indicate the rationale of these mechanisms and how they are evolving within the current context of reforms. They were also asked to talk about their own experience of accountability, how they account for their responsibility, what they specifically try to reinforce accountability in their organisation or profession, what difficulties had been encountered and what are the opportunities to improve accountability in the health sector.

The transcripts were analysed using a computer assisted qualitative data analysis software: *ATLAS TI*. Data were examined for what they revealed regarding the configuration of relationships between agents involved in the accountability process, the locus of accountability, the primary domains for accounting, the key mechanisms used to account for one's responsibility, the key institutions involved, the structures of performance evaluation associated with the accountability process. The aim was to have for each case a complete picture of the health sector accountability.

Interviews were supplemented with evidence drawn from archival material. Documents were collected either on the sites or web sites of various organisations: professional associations, ministries, regional authorities, establishments, parliaments. Selected documents including policy documents, planning documents, business plans, activity reports, laws, commission' reports and administrative rules were reviewed. The archival material and the transcribed interview materials were worked through iteratively (Miles & Huberman, 1994).

The following sections will provide the main results drawn from the analysis and will attempt to capture how the reforms have impacted on the practices of accountability. For each case, we start by outlining the main features of the accountability frame in terms of structures, practices, and innovations. We also pay attention to actions presented by respondents as opportunities for accountability and to areas of major concerns. Then, we use some explicit quotations, taken from the interview transcripts, to illustrate our main findings. In order to respect confidentiality, we have disguised certain details that would compromise anonymity of respondents.

### ▪ Quebec case study

Data collected from interviews in Quebec show evidence of a co-dominance of professional and bureaucratic forms of accountability with explicit attempts to introduce components of managerial and political accountability.

Many important features support widespread perceptions of the dominance of bureaucratic accountability. For respondents, power clearly centres on central health authorities and the Ministry is viewed as the key institution that exercises the strongest influence both on the direction and the management of health services. Vested with Ministerial responsibility, the Health Minister devotes huge efforts to control the administrative process and the implementation of health programs through elaborate instructions and rules that dictate what can be done and how to do it. Our data suggests that all higher profile issues are confined to influential politicians and experts located at the central level. The Ministry's exclusive control of most critical processes is suggested. For instance, as wages and other employment conditions are established through collective bargaining between the union confederations and the central government, there is little scope for senior managers to alter these conditions and develop incentives more appropriate to their organisations. Because the bulk of the budget of regional health authorities (RHA) is dedicated upstream to specific programs or activities, senior managers at the regional level have little room for manoeuvring while managing resources allocated to them. The perception is that the heads of the establishments are divested of their executive power and kept out of strategic issues regarding their own organisation. Rather, they are confined to day-to-day concerns and operational tasks as implementing central orders, ensuring organisational adherence to central policies, or dealing with individual staff grievances. Thus, the relationship between the different tiers of governance is described as hierarchically based and the RHA are largely perceived as relaying directions coming from the central level. Neither central authorities nor RHA take advantage of their purchaser power to influence providers' behaviours. Respondents emphasised that resources are allocated mainly on an historical basis, regardless of the performance of providers and the specific needs of communities.

Accountability of employees is to their hierarchic superiors or to their employers. Chief executive officers strongly emphasised their duty to account both to their Board as their employer and to the RHA as their hierarchic superior. Some ambiguity as regards to who is the employer in the

health care establishments emerged. Whereas public health care establishments have an independent status and hire their employees, the heavy reliance on centralized negotiations of work conditions undermines the accountability of union workers to their organisational hierarchy and fosters direct accountability to the Ministry.

Another indication of the bureaucratic model dominance is provided by the domains senior managers are accountable for. Priorities defined by the central government are at the forefront. In support of this, they reported that, in recent years, the accounting process, strengthened by an anti deficit law, has been dominated by issues associated with balancing budgets, one of the most important priorities of the central government. Respondents cited numerous mechanisms of accounting as prevailing in corroboration of the preceding statements. Financial statements, reports destined to the Ministry, external and internal audits are described as mechanisms extensively used in order to ensure ministerial prescriptions are enforced at all levels. Prevailing performance management mechanisms are also consistent with this hierarchic approach. Respondents argued that, except for some very modest initiatives, little attention has been devoted to the technical functions of health care related to client satisfaction with services, effectiveness of health interventions, and health outcomes. Most attention has been paid to the institutional functions of the health care system that address compliance to institutional norms, that is, balancing the budget, respecting rules and laws, and following ministerial directions.

This strong dominance of bureaucratic processes does not reveal all accountability mechanisms in the health care system. Respondents argued that health professionals and their corporatist bodies exert an influence at least as powerful as the bureaucratic one. They underlined that the core business in health care is to provide care to individual patients, and only health professionals do. Data suggest that the critical division for the health care system in Quebec is not the one between the different tiers of governance but rather the one between the state and the health professions as reflects the sharing of power between Ministerial authorities and professional organisations, the two main sources of control in the system. Taking advantage of their self regulation privileges, their organisational capacities, the legitimacy conferred to them by laws, traditions and culture, health professionals have shaped the current configuration of the health care system and their own patterns of accountability. Respondents strongly emphasised that the accountability of

professionals, especially physicians, is to their individual patients and their peers. Whereas all other professional groups value not only accountability to their clients and their peers but also to their employer and their hierarchic superiors, doctors who generally have an independent status in their organisation, are frankly hostile to any mechanism departing from the principles of self-regulation. Another distinguishing feature of this professional accountability in Quebec refers to the domains for which health professionals have to account. Respondents explicitly mentioned: skills, behaviours, practice profiles, attitudes, all elements that refer to professional competencies. Procedures for reporting and promoting professional performance take the same orientation. All prevailing procedures cited aim to monitor and enforce compliance to professional standards and norms: certification, licensure, professional inspection, disciplinary sanctions, continuing education, and complaints' management. Interviewed managers perceived the scope of this accountability as narrow and not taking into consideration numerous issues such as efficiency, effectiveness, rational use of resources, and equity. While admitting the specificity of professional tasks and the appropriateness of the self-regulation, they ask for an enlargement both of the scope of this professional accountability and the mechanisms used to hold health professionals accountable.

Our data suggests that reforms implemented have not radically altered the traditional forms of accountability in the health care system in Quebec. Nevertheless, reforms attempted to integrate democratic components that fit more with the political model. Reforms, supported by a new legislation, promoted public consultation, involvement of citizens in the governance of establishments and regional Boards, opportunities for citizens and users to express their dissatisfaction through a complaint system and utilization of community competencies. Respondents assessed that accomplishments in these areas have not met expectations. Difficulties cited include: low participation in Board elections, embarrassment of citizens elected to Boards vis-à-vis technical debates dominated by experts, interference of the bureaucratic power with Board decision-making process, and colonisation of political forums by powerful interest groups that monopolize the political process to the benefit of their own interests. More recent initiatives aim to introduce other components valued by managerial model of accountability but they are at their early stages: contractual relationships between the different tiers of governance, shift from an historically-based budget to population and productivity-based resource allocation. Echoing most of the recommendations made by the recent Commission mandated to survey the health care system in

Quebec, respondents made several suggestions to renew the patterns of accountability: primacy of results in the definition of the terms of the responsibilities, resource allocation based on productivity and population, and an approach to management based on performance contracts. However, most of the respondents suggested that future materialisation of these new ideas will depend upon a difficult transformation of professional and bureaucratic systems.

• **Table 1: Quebec case study. Sample text excerpts from discourses** (Translated from French)

Forms of accountability	Discourses
1. Dominance of bureaucratic accountability	<p><b>1.1 Power clearly centres on central health authorities and Minister of Health</b>  <b>- The Minister of health controls all key processes. Senior managers in establishments and regional authorities have little room for manoeuvre</b></p> <p>"The RHA are not involved in the work conditions bargaining. They have no influence on the personnel mobility. The central tier of the Health ministry and the Education ministry control all aspects related to the training of the personnel. Regarding physicians, we know that the context of their training - where they are trained and how they are trained- is a good predictor of their long term practice. The RHA don't have any influence on this field... Thus, information systems, education system, remuneration modalities, all issues regarding physician practices, all issues that are very important in a health care system come under of the jurisdiction of the Ministry and not the RHA. " (Program Manager at the Ministry)</p> <p><b>- Seniors managers are restricted to day to day activities</b></p> <p>"Wage costs account for 80-85 % of the budget of the establishments.... However as CEO, you do not have to interfere with the work conditions of the personnel. You can pay attention to the door handles, you can modify them but you have no influence on the personnel, no influence on the physicians. These complaints are very frequent from the managers,..." (Regional hospital CEO)</p> <p>"If you have to assume a responsibility, you should also have the means to carry it out, you should have room for manoeuvre. Currently the managers have no room for manoeuvre. They are restricted to day to day operations and constrained by a plethora of rules. " (Senior manager in a RHA)</p> <p><b>Central authorities interfere in the operational tasks of the establishments. Regional authorities are regularly bypassed by both the central government and the local level</b></p> <p>"In the CHSLD, I had a ratio of 1 care attendant for 3 patients. Now I have 1 for 8 patients. We attempted to modify the work organisation in the establishment. We judged that washing the clothes is not an essential service and we could ask families to perform this task... The Ministry sent a directive: you have obligation to wash the clothes. The board wrote to the Ministry to say: we decided that instead of cutting drugs we could cut posts of employees that wash clothes and ask help from the families. If you disagree, let us know what we should cut..." (Former long term hospital CEO)</p>
	<p><b>1.2. Accountability of employees is mainly to their hierarchic superiors or to their employers</b></p> <p>"I think we are accountable to the Ministry and not to the population. If I want to be accountable to the population, I have to be elected... As assistant Minister, if you make decisions in opposition to your Minister, you do it at your own risk. " (Former Assistant-Minister)</p> <p>"I have to account firstly to my board. Of course, as an institution, I have also to account to the RHA and the Ministry." (Hospital CEO)</p> <p>" Who is a manager accountable to? It is depending on what tier of governance it is. Usually, a manager accounts to his hierarchic superior. Some managers are excellent and pay attention to their accountability vis-à-vis their clientele. Some CEOs only consider their accountability vis-à-vis their hierarchic superior, either their board or the assistant minister. The senior managers in the organisation generally account to the CEO..." (Physician holding a senior management position in an university health center)</p>
	<p><b>1.3 Domains of accountability value priorities of central government.</b>  <b>- As central government focus on balancing budget, senior managers have frequently no choice but giving priority to their financial responsibility at the detriment of client expectations. Boards of establishments frequently face the dilemma to choose between accountability for services and</b></p>

	<p><b>accountability for budget</b></p> <p>"I would say for what regards accountability we are caught in a crossfire, that is, either I pay attention to the finances and I take the population hostage or I meet the needs of the population and I have problem with the bill. In the CHSLD, there is no deficit but they take the population hostage. It is the same in the CLSC. They did not help the young people who face many problems. They take them hostage. Where is their accountability? Only vis-à-vis the finances." (Senior Officer in an association of establishments)</p> <p><b>- A broad perception is what is important, from the perspective of the Ministry, is to comply with the antideficit law and to stay away from actions that can embarrass central authorities</b></p> <p>"It is obvious that the motto of the Ministry is: balance your budget and don't be trapped in situations that make headlines. If you keep to these two parameters, you won't have any problem..." (Program Manager)</p> <p>"There is no accountability. We produce regular financial statements, but I don't think it is accountability. Accountability would imply a stronger concern for results and quality of services. Currently the focus is on analysis of the financial statements,... there is the well known AS471, a lot of administrative papers that nobody never really examines except for checking if there is deficit or surplus." (Senior Officer in an association of establishments)</p>
	<p><b>1.4 Performance management is much more based on compliance to rules and verification of conformity of processes than on results...</b></p> <p>"Since a few years, I have the feeling that the appearance, the politically correct is the main value. Performance is not valued. I would even say it bothers because the most successful are not the ones who receive the best recognition." (CLSC CEO)</p> <p><b>...and the main incentives to performance are based on the scrutiny of the behaviours and the avoidance of blame</b></p> <p>"It is obvious as soon as you bring an action against a physician, for example because if there is a complaint for a preventable death, automatically the physician will call his lawyer and will use all defensive tactics to protect himself. Everybody will be on defensive. The politicians will make sure they won't pay the price... The hospital will seek to manage the situation in a way they won't make the headlines." (Senior Officer in an association of establishments)</p> <p><b>The resource allocation process is historically based and does not take advantage of the purchaser power of the health ministry</b></p> <p>"The funding of our establishments is historically based. Normally, to be really accountable, funding should be based on population and not on the size of the establishments. I should have to account for the health of the population." (Senior Officer in an association of establishments)</p>
<p><b>2. Co-dominance of professional form of accountability (with form described above)</b></p>	<p><b>2.1 Corporatist bodies exert an influence at least as powerful as the bureaucratic one and safeguard the self regulation of their professions</b></p> <p><b>Professionals benefit from the influence conferred to them by their expertise, laws, tradition and their capacity for organizing</b></p> <p>"We are an organisation that exists since 150 years. We have a strong experience and we use well-tested mechanisms... We represent the main memory for all issues regarding physician practices. We are a flagship for what regards competencies. We have been granted a great degree of authority by provincial law. And we have regulations and staff for carrying out our mandate. We have a strong team, around 100 employees and not less than 20 full time physicians.." (Senior Officer in a professional body)</p> <p><b>Accountability of physicians is mainly to their corporations or their clients and the commitment to their organisations is quite weak</b></p> <p>"You speak of accountability with a physician! It is obvious he has his patient. He is accountable to his patient. He is accountable to his corporation that defines the practice standards. His first concern is not necessarily the hospital." (Hospital CEO)</p> <p><b>Commitment of physicians is much more vis-à-vis their individual patients than a population or a community</b></p> <p>"It is evident that the physician is very committed vis-à-vis his patient, vis-à-vis the individual he is taking care of. But I am not sure that a physician in his office is really concerned by this kind of global or population responsibility." (Senior officer in a professional body)</p> <p><b>Senior managers have huge difficulties to call physicians to account to them</b></p> <p>"I can say we don't have any influence on physicians. They don't want that. A CEO doesn't have the prerogative to hire or dismiss a physician. The dismissal is the ultimate sentence... The CEO does not</p>

	<p>have any power and has to rely on the goodwill of the physicians or the CMDP (= <i>Hospital physician boards</i>). " (Senior Officer in an association of establishments)</p>
	<p><b>2.2 Domains on which professionals have to account are restricted to their professional competencies and the quality of their practices</b>  <b><i>Both representatives of professional bodies and individual professionals are conscious of constraints on resources and their possible misuse...</i></b></p> <p>"Regularly, when I inspect physicians' offices, I notice some physician prescribe a lot of tests. And I ask why do you prescribe this test, there is little chance that your patient has this disease... I am not sure we do all we should do, the medical community and us, to make physicians aware of the relevance of a community or population approach in using the health care resources. Unfortunately, we are increasingly forced to pay attention to that because of the reductions in the budget." (Senior Officer in a professional body)</p> <p><b><i>...but they are reluctant to being forced to account for resources vis-à-vis managers fearing that undermines professional autonomy</i></b></p> <p>" It is evident, because of the current context of financial constraints, we have to account for resources. Having said that, it would not be acceptable, at least in the Quebec culture, that accounting for resources comes to undermine our professional autonomy... I talk about autonomy regarding our practice, the therapeutic choices, and so on." (Senior Officer in a professional body)</p>
	<p><b>2.3. Key institutional mechanisms promoted by corporatist bodies to hold professionals accountable focus on competencies, professional practice profile, and care processes</b></p> <p>"Our first department, the studies' department looks to ensure the quality of the physician training process... The department of practice improvement ensures the physicians maintain their competencies throughout their careers... A third department investigates patients' complaints regarding physician services." (Senior Officer in a professional body)</p>
<p>3. Political components of accountability</p>	<p><b>Reforms attempted to introduce components of political accountability. Establishments and RHA boards were elected via an electoral process. Diverse initiatives have been taken :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>to involve citizens in health services governance</i></b></li> </ul> <p>"We consider Board members as shareholders' representatives, as in the private sector. For us, the shareholders are the community members. We have representatives of the community on our board... We have created a specific User Committee that comes under the jurisdiction of the Board and is fully involved in the definition of our objectives." (Regional hospital CEO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b><i>to give citizens and users of services opportunities for direct participation and to treat their input as legitimate contribution</i></b></li> </ul> <p>"To ensure a better accountability vis-à-vis the population, we are restructuring our activities by programs, by groups of customers, as in the CLSCs. And by this way we attempt to involve the clients in the evaluation of the services..." (Hospital CEO)</p> <p>" There are many forms of participation. Some people don't want to be part of the Board. They don't like that, they prefer to attend specific forums, to participate in surveys... Above all, some families want to bring their participation in the establishments in which they have a family member, for instance an handicapped person... I have seen that in a region... when the government attempted to transfer the "Office des Personnes Handicapées" to another Ministry, there were 600 wheelchairs in a meeting. That was a direct form of participation and it had an influence in the decision process" (Former assistant Minister)</p> <p><b><i>Difficulties associated with complexities of the democratic process and competition by a bureaucratic process dominated by experts and professionals have had negative effects on these initiatives. For example, there is a widespread perception that some formal political institutions such as the elected regional boards do not have strong influence on critical decisions regarding their own jurisdictions</i></b></p> <p>" The best was the regional Assembly... I have been very involved in running the process in 13 or 14 regions. There was a keen interest in the process from the population... I remember 700-800 persons in a room, in a small region, a Saturday morning with 20-22 degrees outside. It was exciting. But the euphoria went down when the Ministry started to talk about reductions in the budget. Everything was decided by the bureaucrats and people learned only from the newspapers what was going on... People were saying: Listen, I do not have to ratify decisions that have already been taken... People want to participate, but they also want to have some influence. If they don't have any power, they will stay away... Many people are currently resigning as board members..." (Former assistant Minister)</p>

- **Alberta case study**

In Alberta, major reforms of the health care system, perceived as the consequences of pressures from taxpayers and consumers, and a new context created by regionalisation have fostered the co-dominance of managerial and professional forms of accountability whilst diverse initiatives have attempted to introduce components of the political form of accountability.

Several facts attest to the dominance of managerial accountability. There is the configuration of the relationships between the different tiers of governance. Interaction between central authorities, RHA and providers is built on contractual relationships. Rather than relying upon its bureaucratic authority and legal prerogatives, the Alberta health ministry banks upon its resource allocation function to drive provider behaviour by asking for a demonstration of the value of services offered. In accordance with the *RHA Act*, many responsibilities have been devolved to RHA. But all respondents agreed the RHA are not simply relaying orders coming from the Ministry. Senior managers in RHA reported they have large room for manoeuvring while managing both human and financial resources allocated to their region. RHA that spend the bulk of the department budget take advantage of their purchasing power to ask providers, hospital executives, contracting groups to demonstrate what products will be delivered for the money they get. Subsequently, RHA have the opportunity to select options based on their perception of the value of each option.

The domains for which senior managers are called to account for are also consistent with the managerial model. Reductions in available resources for health care and inflation of expenditures have put emphasis on accountability for financial management and efficiency, but respondents indicate that these economic concerns have been tightly associated with a strong emphasis on providing the services required by clients and ensuring the needs of the population are met in the best way possible. In other words, senior managers have to account for both parts of the efficiency equation: quality of their services on one hand, price of their services and utilisation of the resources on the other hand.

Accountability of senior managers is mainly to purchasers. The Ministry operates as purchaser vis-à-vis the RHA and they, in turn, vis-à-vis the providers of their region. The main

procedure for accounting is regular reviews of performance rather than direct supervision. Once there is agreement on a business plan that specifies responsibilities of both parties, required resources, performance expectations, purchasers count on periodic reports, meetings, surveys to update providers' performance and ask, if necessary, for adjustments in the service delivery. Data suggest that the emphasis is also on accountability to consumers. All interviewees emphasised multiple opportunities that allow consumers to be aware of their rights or to express their dissatisfaction: administrative complaint system mediated by patient representative, toll free number to report any abuse at any time, information pamphlets destined to service users, regular review of hospital services by independent citizens, and professional complaint systems mediated by the professional corporations. At the same time, they highlighted the complexity and size of health care organisations, the asymmetry between providers and consumers, the lack of relevant information for consumers. Most respondents reported numerous obstacles for consumers to take advantage of available mechanisms of accountability and advocated for greater empowerment of consumers.

A final indication of managerial accountability in Alberta health care system comes from prevailing practices of performance management. Emphasis is not on processes but on outputs, on outcomes and on economic performance. Respondents indicated that senior managers in RHA and health facilities have genuine latitude in the means used to achieve their results even if these means can sometimes upset the political authorities. Nonetheless, they regularly have to produce evidence of results they have achieved, based upon criteria that refer to health outcomes, productivity, quality, and economic performance. Respondents highlighted the benefits of regionalisation that recognises interdependence of health services and fosters collective accountability for results both in partnering organisations that had operated without any communication and in facilitating collaboration beyond the health sector with education and social service authorities.

Despite predominance of these managerial components promoted by the reforms, our data suggest that components of the professional model have been safeguarded via the self-regulation of professions and some adjustment of professionalism. Interaction of professionals with their patients and subsequently with their peers has been identified as the main locus of accountability for all health professionals and physicians in particular. The specificity of the doctor/patient relationship built on trust since thousands of years is brought up: no third party should interfere with this rapport, except

for professional bodies whose mediation guarantees both the integrity of this rapport and an appropriate understanding of the intricacies of the professional services. Though respondents generally agree on the discretion that professionals should have while carrying out their tasks, they struggle with how to hold professionals accountable. While some emphasized accountability of professionals vis-à-vis their individual patients for their competencies and their behaviour, others suggested a broader responsibility that should take into consideration not only clients' expectations but also community needs and constraints in which health care organisations are operating. To deal with these tensions, Alberta health care leaders rely on the development of clinical leadership. The new organisational diagram associates administrative leaders and professional leaders (mainly physicians) at each tier of governance of the region, with the promise this new configuration will ensure better alignment between professionals' expectations for their individual patients and regional priorities. Professional prerogatives are thus safeguarded and are even viewed as providing a good check and balance in the health care system.

Reforms have also attempted to introduce components of the political model. Though the main procedure for accountability promoted in the reforms is based on giving purchasers the opportunity to exercise choice, several institutional mechanisms also promote citizen and community participation. Citizens may be involved through the governing bodies of RHA in which they are co-opted. They are also involved through the regional planning process that ensure inputs from communities by means of focus groups, workshops, surveys and task force. Some respondents acknowledged that these mechanisms are closer to public consultation than to giving citizens a strong influence in the decision making process. Election of two-third of RHA boards members is planned as an opportunity to shift to new arrangements where citizens could exercise a stronger influence. However, even though election is accepted as the purest form of public participation, most respondents are pessimistic about its efficacy at local levels of health care and favour alternative means such as public consultation, surveys, and complaints procedures.

▪ **Table 2: Alberta case study – – Sample text excerpts from discourses**

Forms of accountability	Discourses
<p>1. Dominance of managerial form of accountability</p>	<p><b>1.1. With regionalisation, power has been devolved to senior managers in RHA who have managerial autonomy and strong discretion on provision of health services, and management of both human and financial resources</b></p> <p>"...in Alberta, ah, the Regional Health Authorities have a role in terms of they are both a under and a provider of services, plus they also contract services. So what happens within this region is that the Regional Health Authority is funded by Alberta Health to provide the acute care services, long-term care services and public health services for residents within the region. if we look in terms of the hospital's acute care facilities, ah, those are all, ah, the responsibility of the Regional Health Authority and so the staff within there, they're all employees in terms of <i>our</i> Regional Health Authority. In the case of the, long-term care beds, nursing homes, <i>our</i> RHA had a hazard subsidiary corporation called Care West that operates about 30 to 35% of the long-term care beds but they contracted with similar to other private long-term care homes and it's done in a fashion to give us information like we want to retain some involvement in terms of in the provision of long-term care. So we'd have a better understanding of about how that business operated in terms of the cost of operation of that and the best way of getting that insight was to continue to operate a component of the business... So we have about . . . over 16,000 employees of <i>our</i> RHA that work for us." (Program Executive Director in a RHA)</p> <p><b><i>The model of resource allocation grants senior managers large room for manoeuvring sometimes even on politically sensitive issues</i></b></p> <p>"We're not remunerated in the number of emergency visits we see or hospital days we generate. They say for every . . . every age weighted person in this region, you'll get "X" amount of money and you, you know, if you want to have more or less hospital beds to meet those needs, that's your call, not ours being Alberta Health. So we actually made the decision that if we were going to have a sustainable system, we needed to close three hospitals which we did, which caused no end of political agony (uh huh), and I think that resulted in some of the public alienation. So that was a matter of where public expectations, government expectations were not aligned and probably, you know, Canada's had a sick history of equating hospitals with healthcare for too many years. I think we in Calgary tried to be farsighted in dealing with that in terms of saying, "What you need is a system of healthcare," um, and if that means closing three hospitals to invest in the system, ah, then so be it (uh huh). Public wasn't ready to accept that and we paid the price but that's life." (Hospital Executive Director)</p>
	<p><b>1.2 Rather than relying on their bureaucratic authority, both the health ministry and RHA behave more as purchaser of services</b></p> <p>"First of all it was the Minister of specifically The Department of Health. Ah, in order for Alberta to achieve its stated aim of... of excellence... the Department of Health is understandably seeking funds for physical plans, for people, for other infrastructural things. The population's growing faster than inflation so they're constantly looking for more money. So the Treasury Board wants this effort. The first group that says, "Show us what we're buying... the regional authorities... spend the bulk of the department's budget... therefore, they are asked to demonstrate what products would be delivered for the money they get. In addition, they asked their hospital leaders and their physician group the same kind of accountability questions." (Senior Officer in a professional association)</p>
	<p><b>1.3 Interaction between the different tiers of governance and the different hierarchic levels within the healthcare organisations favour contractual relationships and a business plan approach</b></p> <p>"Well, regional health authorities have changed the picture quite a bit (uh huh). Ah, I mean, I'm not a CEO; I used to be a CEO but I'm now an executive director, responsible for two health programs and I also have site responsibility for a particular hospital,... and I am accountable to the executive team of the ... Regional Health Authority for, ah, the business plan objectives that we have agreed to and that we agree to every year. We have a three-year business plan in process and I am responsible to deliver on the things that we agreed to deliver in the business plan." (Hospital Executive Director)</p>
	<p><b>1.4 Performance management made extensive use of a broad set of results and indicators including, quality, productivity and health outcomes. Resource allocation is tightly associated with specific performance expectations</b></p> <p>"... So that gets into the performance monitoring and measuring. Now, so for each of the areas, like each of the programs and services, you know, ...there has been initiative to identify what are the key</p>

	<p>performance measures for that particular, ah, ah, program or service and link that performance measure back ... to the funding that is received by the service. So it's part of the accountability... Okay, so we gave the heart health program in terms of "X" millions of dollars and that's with the understanding that they're going to do so many, ah, ah, angioplasties, so many in terms of open-heart surgeries such and such and so we have put in place in terms of mechanisms where there is a, you know, in terms of an output, if you want, ... related to the funding that has been received..." (Program Executive Director in a RHA)</p>
	<p><b>1.5 Domains for which managers are called to account for strongly emphasise efficiency, cost containment and budgetary performance</b></p> <p>"The financial accountability... it's sort of well developed and you know there's a lot of formal and informal conversations that go on between <i>our</i> RHA and Alberta Health and Wellness about, you know, how we're doing financially and we are responsible for doing one, three, five year business plans that have to be approved by the Minister of Health. Ah, basic business plans cannot include a deficit. If it appears a deficit is required then there's re, you know, triggers another process to re-review the business plan, why is it occurring, you know, why is the deficit there." (Medical Director)</p>
	<p><b>1.6 Consumers are offered new opportunities to receive information and to have their input in the delivery of services. Examples:</b></p> <p>"There's an agency... basically it's an appointed body by the Minister of Health that comes and does inspections of hospitals but it's also available to deal with patient complaints. So a patient can complain to them and they'll come and do a formal review and they have no relationship to the RHA and they're appointed people for a term and they're independent basically from the hospital or, you know, the staff. So they come and they're basically lay people. So they come and do a review, you know... they've done a lot of hospital reviews; they've done a lot of program reviews so it's quite experienced but they're lay people so they look at it very much from the perspective of the individual patient." (Medical Director)</p> <p>"We have posters, that one and this one that we ask that every facility put one up in their buildings so you'll go to elevators and public areas and you'll see them there. We have these brochures. Now we probably send out several thousands every month. We've run educational sessions for stakeholders like service workers and so on. The general public when somebody comes into a care institute that as soon as they're admitted they're given pamphlets so that everyone is well aware of it. Plus we have everything on the website so that it is available for everybody." (Hospital Ombudsman)</p>
<p>2. Co-dominance of professional form of accountability (with form described above)</p>	<p><b>2.1 The main locus for accountability of the professionals, in particular physicians, is their relationship with their patients and their peers</b></p> <p>"If asked to prioritize... I think most physicians would say the first encounter is the patient... that is our first fundamental brief... Second is probably to the profession, to the college,... And the third then would be to the payer. I'm going to get back to the first one about the patient because I think and this is where I believe non-physicians, particularly government people, when they talk about accountability, just simply have not understood yet, just how critical that... that accountability is. The one single sentence distinguishes the relationship between patient and provider, not just a first but any part from all other relationships is the absolute trust that has to come again to that relationship to work, for a healing process to occur, for an appropriate diagnostic process as well as the future process,... for that to occur, there has to be trust. You got to be able to take the clothes off this person... You've got to be able to tell them details of intimate nature that you'd never tell anybody else including your spouse. So, I mean it is incredibly, important trust relationship, probably the most important trust relationship and it's linked very closely to the ability of that relationship to generate a human process in my view (uh huh). Therefore, anything that this proves about the challenges it entails is... something to be rejected. Attempts to substitute a hierarchy that does not put the patient first risks losing the benefit of what we call western style medicine." (Senior Officer in a professional association)</p>
	<p><b>2.3. Labour organisation and legislation safeguard professional autonomy and self-regulation</b></p> <p>"The legislation gives the profession, that is all the registered nurses the power, both power and obligation, gives them the power to make decisions about their own profession... That is standards of entry, standards of process, those kinds of things. ... people have to register annually and make sure that they maintain the standards of registration that are set." (Senior Officer in a professional regulatory body)</p> <p>"I think in Canada we were lucky... because we probably have the least interference around this (<i>professional-patient</i>) relationship... in the States the payer is very, very much involved... so in Canada, I think, that we are very lucky because we don't have, for example, somebody telling me that I cannot get an MRI scan on my patient... I do not have expectations that my interaction with that patient is relative to one that's constrained clinically. It's certainly constrained in other respects. It's constrained because, for</p>

	<p>example,... if you came to me as a patient and wanted me to do a complete head to toe physical, and you wanted me to do that more often than twice a year, then the system won't pay for that. So there's a little limitation in some of that,... But I don't think this physically will impinge on the standards of profession" (Senior Officer in a professional association)</p>
	<p><b>2.2. Physician services are mainly individual patient centred.</b></p> <p>"The issue of independence for Alberta practitioners is very strong. What they seem to be absolutely committed to is individual patient care. ... if you can address...listen to a way that improves the care of their patients or if necessary to improve, you know, the system that their patients work through, they're very supportive, you know, so... so their accountability... they see that number one, number two, number three accountability to their patients, you know, and... and anything else is sort of like that's such a mantra for them,.. They don't really care about the money; they don't really care about what Alberta health performance expectations are for the health systems but they do care a lot about their individual patients. (Program Manager)</p> <p><b>Reforms attempted to broaden the scope of professional responsibility through the development of a clinical leadership with the aim to involve clinicians in healthcare management while preserving professional autonomy</b></p> <p>"Health Authorities Act gives the regions the accountability for the service, they weren't given the accountability for the physicians who deliver a lot of the service... Alberta Health and Wellness has all of the budgets for physicians... we don't have that access... so there's been, you know, a fair amount of stress, you know, between what the region needs to do and what the physician groups would like to do, in the past and so the physicians... are more complex to deal with than other groups. Ah, we've attempted to, ah, to bring them into our system by coming up with an organizational, ah, ah, diagram that includes administrative leaders and physician leaders at each step of the organization so... look at this diagram,... we have basically 6 operating portfolios going....going through hospitals and long-term care and so on. There's for each portfolio the physician and the administrator,... that's sort of developed over the last 18 months or so because we're having major problems before that. So far, I think, thing could be improving in terms of, you know, having good alignment between what physicians need to do and what the regions need to do. But it's also been a time when the funding has been relatively good too, and if the funding hasn't been so good, I'm not sure the alignment would be so good either." (Medical Director)</p> <p><b>Professional autonomy is supported as a way to provide checks and balances in the health care system and to guarantee protection to the patient</b></p> <p>"The privilege of self-regulation is based on a social contract and that contract is that I'm allowed by the public to self-regulate because we have appropriate skills, training, aptitudes, behaviours, etc. And that in return for that, we will act as advocates for the patient at that individual level that we're talking about (uh huh), and also there's in a group level in terms of advocating for appropriate care settings and advocating for appropriate budgeting... advocating for quality turnover, all those thing". (Senior Officer in a professional association)</p>
	<p><b>Domains for which professionals really account emphasise competencies and professional standards</b></p> <p>"We're accountable for ensuring that physicians practice medicine to the highest standard and that therefore we're focussed on ensuring patient safety where patients choose to see physicians and our accountability framework under the Act is to ensure we have appropriate registration and licensing standards and secondly we have a complaints and dissident process and thirdly we set the standards of physicians, whether its professional practice or otherwise. (Senior officer in a professional regulatory body)</p> <p>"A nurse is accountable for her practice,... for her conduct,... for her knowledge, ah, for her behaviour... As a college, We're accountable to make sure that that happens." (Senior Officer in a professional regulatory body)</p> <p><b>Increasing calls to account for utilisation of resources, efficiency or productivity are perceived both as a new challenge and a threat.</b></p> <p>"...that's a very difficult balance physicians are facing as a decision for my patient and that was the old traditional dyad, me and my patient, and now I have me, the patient and some third party in a much bigger picture so yes there is a requirement to be accountable for that. It's just a process that hasn't been well taught and some physicians find it very difficult to actually think about that and actually use it properly." (Senior Officer in a professional regulatory body)</p> <p>"This is one of the problems I've had with the Alberta government's definition of the accountability law, is it's a very, very narrow one. It genuinely is summarized as, "I pay a dollar, I get a widget, show me the</p>

	<p>widget." (Uh huh.) The fact that a patient might come to you and gain comfort, gain feeling even if I do nothing,... because it might be psychological feelings, ah, gains something from the interaction, but you cannot put a dollar sign on it (uh huh), nor can you hold it up and look at it. They reject that out of hand. That's narrow for what I can do..." (Senior Officer in a professional association)</p>
<p>3. Components of political accountability</p>	<p><b>3.1. Opportunities have been actively created to allow direct participation of the public and compensate for failures of the representative democracy and bureaucratic processes</b>          "The mechanisms or opportunities for members of the public to be involved in accountability within the ... Health Region is through the health planning. One is through the regional needs assessment process, that was a process that was conducted when the region was first formed... we included focus groups with health professionals, with community members, I mean there were over 700 people that were interviewed through focus groups to have them identify what they felt were the priorities, important areas that the health system should be focusing on so that information was taken... as part of the planning process by the Health Authority. Ah, subsequently now, in terms of this part of the annual health plan development process... the region holds community meetings where the board members go out, senior management go out, present in terms of what's being proposed and gear for feedback from people. Now there can be some questions raised in terms of how effective that is in terms of public involvement. We did not get that large number of people coming and participating in the community meetings that we held but there was the opportunity afforded to them to participate." (Program Executive Director in a RHA)</p>
	<p><b>3.2 Commitment has been taken to have greater involvement of citizens in the governance of health care organisations through the process of representative democracy</b>          "So public accountability, ah, obviously, comes through the elected, electoral process too, eh? (Uh huh.) You know, we're accountable to Alberta Health and Wellness which is accountable to the Minister of Health, you know, and he's an elected official, ah, so there's a political accountability rather as well... in October of this year, they will be changing the (regional) board structure... so that in October two-thirds of our board will be elected but (uh huh) basically on a ward basis, same way that our city alderman are elected, so we'll have much stronger public accountability there because instead of having our, you know, responsibility to public officials, public bail after the officials coming through Alberta Health and Wellness and the Minister of Health, now we'll have people on the board who are elected... I think the public will find it much more acceptable to have an elected or two-thirds elected board rather than an appointed board." (Medical Director)</p>

#### ▪ Ontario case study

As in Alberta, data collected from interviews in Ontario indicate a co-dominance of the managerial and professional forms of accountability. Whereas professional accountability has traditionally been an integral part of the health sector in Ontario, respondents suggested that managerial components emerge from recent changes that have impacted on the health system. Changes most frequently cited include: changing attitudes of consumers and taxpayers that show higher expectations regarding health service delivery; government determination to apply budgetary brakes on health spending since hospitals as *big fat cats* absorb an increasing part of public expenditures, are going out of control and threaten both the sustainability of the public health care system and the competitiveness of the national economy; and appointment at the head of health care organisations of a new generation of managers who mainly come from business industry and are more receptive to issues related to accountability such as strategic planning, and management by results.

Our data confirms the dominance of the managerial form of accountability from many angles. Senior managers exert a strong influence in health care establishments. All CEO interviewed reported having large room for manoeuvring independently of the Ministry or any regional authority. This discretion is particularly important given that government expectations are perceived as often vague and unclear. The relationship between Ministry and providers has been described as very much at arm's length. Hospitals are viewed as independent corporations. As the Ministry funds providers according to an operating plan, it behaves as a purchaser of services and its regulatory role is reduced to a minimum. Data suggest that the boards in health care corporations have discretion for adjusting the composition of service supply, for hiring staff, for contracting services with external agencies, and for holding both staff and external agents accountable to them. In this respect, respondents, both professionals and managers, underlined that even physicians who have privileges granted by the boards are at least pressured to submit to a corporate accountability

According to our respondents, another fact in the reforms in Ontario has been to shift the focus of accountability from Ministry and politicians to consumers and corporate boards. Respondents challenged the policy option requiring health care corporations to account to a community. They argued that, firstly the health care system, as currently structured, is not organized to provide services to a geographic set of people, and secondly the leaders drawn from the industries, co-opted into the Boards or appointed to the posts of directors should be more competent and more familiar than elected boards with issues such as quality, risk management, cost-containment, and efficiency. Rather than collectively as the democratic process might suggest, influent persons mostly businessmen, academics, professionals, and community leaders are called to participate as individuals and to use their leadership to lobby for their organisation, secure resources via fundraising, and support interventions. Ordinary persons are mostly viewed as clients or consumers rather than citizens that should govern the health care system. Self-interest has been described as the nitty-gritty of accountability issues in health care: pointing out that every individual, as an economic agent, has an opinion of health care and expects a level of responsiveness when he comes into contact with the health care system. Thus, the challenge is to give the consumer opportunities to make choices and, when necessary, to express dissatisfaction. Respondents reported that many opportunities are currently offered to consumers in Ontario: publication of

performance indicators, publication of client satisfaction survey results, reform of primary care aiming in the long term to link resource allocation with client services and to give opportunity to consumers to switch providers when they are dissatisfied.

With the reforms of health care in Ontario, the process of accounting has been focused on domains that are closer to managerial accountability. The quest for efficiency drives the relationship between health care corporations and the Ministry. Health care corporations are challenged to restrict their spending within the resources allocated to them or, at least, to have plausible justification for any over expenditure as well as to provide their services at lower cost. Some respondents pointed out that the bureaucratic mechanisms of coercion are still present. Though health care corporations are in general independent, central authorities still have the legal prerogative to use administrative supervision in order to enforce compliance. Respondents reported frequent tensions between ministry expectations and priorities of the health care corporations that continually have to struggle with central authorities in order to obtain the required resources allowing them to respond to their clients' needs. This tension can also be perceived while monitoring performance. Data suggested economic performance competes with technical performance. While health care corporations focus on client satisfaction indicators, quality indicators and patient outcomes, the ministry emphasises balancing the budget, meeting volumes, lowering costs of the services, all indicators related to productivity. The fact remains that, regardless of the perspective considered, the accounting process is always linked to specific results health care corporations have to achieve.

Even if these diverse components of managerial accountability have raised the pressure to reinforce managerial power and reduce professional autonomy, respondents clearly felt that the professional form of accountability is still strongly dominant in the Ontario health care system. Both labour organisation and division are still driven by a profession-based model and centered on professional preferences. Physicians, in particular, were kindly identified as *wonderful guerrilla fighters* that have the ability to deal with and circumvent any system aiming to control their behaviour. Though reforms have highlighted the corporate nature of the health care environment, boards and managers in health care organisations acknowledged difficulties in holding physicians directly accountable to them and are limited to relying on self-regulation processes to have physicians' account. Thus, self-regulation mechanisms are challenging the new managerial procedures of

accountability emerging from reforms. Despite these perceptible tensions, respondents showed, in general, a strong commitment to maintain components of professional accountability in a renewed health care system, arguing that professionals as champions and advocates for their patients ensure a good balance in the system and compel governments to search good alignment between their economic expectations and the patients' needs.

▪ **Table 3: Ontario case study – Sample text excerpts from discourses**

Forms of accountability	Discourses
<p><b>1. Dominance of managerial form of accountability</b></p>	<p><b>1.1 With reforms, the balance of power shift towards a new non-elected managerial elite mostly co-opted from business industry and formally appointed for their skills, their qualities, their competencies and their capacity to run the strategic planning process</b></p> <p>"...probably our directors by happenstance mainly are drawn from the financial services industry where accountability is exquisitely well honed, mainly financial accountability but also accountability related to risk management which we can expand to quality you know. So they understand the concept of accountability very well, probably better than an elected board would. Whether or not they actually represent the interests of our patients is another issue." (University health center Vice-President)</p> <p>"... there is a nominating committee of a board and we advertise broadly in the newspapers, we do a lot of solicitation one-to-one that there are people we hear about, key influencers, etc. and we try then to recruit, actively recruit those individuals; there's a variety of strategies that are used (uh huh). We do a matrix every year so we determine where are the, ah, what are the skill sets, what are the particular qualities, ah, what are the particular, ah, you know, constituencies that we want to make sure we have represented so we map it all out on a matrix, and then from there we short-list our enter our candidates; we interview them and then basically a slate is determined, of candidates and four names then are brought forward to the annual meeting and it is the members of the corporation that actually vote... we have a list of skills that we require on the board... So we review who's already on the board... and then we look at the vacancies we have and then we try and recruit people to fill those vacancies. , we have a nominating committee of the board... we put an advertising in the newspaper... and in ethnic papers. And then we interview those." (Executive Director of a Community care access center)</p>
	<p><b>1.2. Healthcare Boards are considered independent corporations. They have a large autonomy in management. They have sufficient discretion to make decisions regarding both human and financial resources.</b></p> <p>"In Ontario the Boards are independent corporations. We don't have the organizations that the rest of the country has. We do not have regional Boards so we have individual – each of our hospitals has their own corporation and we give them global budgets so it's quite arm's length and in our long-term care facilities we give them a budget based upon, or we do a budget based upon – and those facilities are – they're independent too. Either private sector or not for profit. In our CCACs are some of the case managers for the community and they also have Boards so we have a very removed or arm's length relationship with them. We flow the funds to them, they're accountable then with their Boards for that. They have to submit to us their operating budgets which we approve. And based upon that, funds are flowed but we don't tend to get very involved directly. We try to stay away." (Assistant Deputy Minister)</p> <p><b>Senior managers argue they have scope for holding providers of services accountable to them</b></p> <p>"Employees are accountable to the CEO. Physicians who... have privileges granted by the board, ah, are accountable to their own group chief and through the physician-in-chief to the board but I believe that there are ways in which you can structure accountability relationships between the hospital and physicians for specific things and particularly if it involves compensation. So if I pay a physician to be a leader in a particular area, we can hold that position accountable for what they do. We have physicians here who might spend half of their time seeing patients and billing the Ontario Health Insurance Plan on a fee for service basis for those patient encounters and the other half of their time, they may engage in research and if that research is paid for by the organization, we can hold them accountable for that. And we can hold them</p>

	<p>accountable for the quality of the care. I can hold them accountable for the research." (Hospital CEO)</p> <p>"All the services are contracted. We have a contract with nursing agencies or occupational therapy agencies to actually deliver the services (uh huh), so we hold them accountable through contracts with them and we have expectations and standards of care in the contracts that they have to abide by... and we also have report cards that we're developing to measure how successful they are in meeting our standards." (Executive Director of a community care access center)</p>
	<p><b>1.3. The Ministry behaves as a purchaser of services and funds health care corporations on the basis of an operating plan or a service agreement</b></p> <p>"In every sector we have a different, a slightly different model at this point but, ah, we're starting to pull them all together and it's basically the organization submits a plan to us with what they think they can, the volumes of services or the activity that they plan on achieving and the dollars that it's going to cost them (uh huh), ah, and how they're going to do it. So we review them all, ah, we look at them both from a policy perspective, whether they really meet policies that we, you know, that we're going to achieve that's the government's policy objectives by going the direction that they are. We looked at them from a regional perspective to make sure that they fit in with other organizations in their region and they're not all doing something crazy in one particular region. ...we make sure that they're, you know, they're not cutting back on things that we really think are important... We go through this review process internally and then we go back, we give a feedback, give them a letter back finding that it is approved or not approved, with these conditions on it or you have to redo your whole thing. (Assistant Deputy Minister)</p> <p>"We have a legal agreement... with the Ministry which is quite detailed; we have service plans that we do every year that outline what services we're going to provide, how, to whom, at what cost." (Executive Director of a community care access center)</p>
	<p><b>1.4. Ex-post forms of control relying on the elaboration of performance standards and measures of results are increasingly replacing traditional forms of control while new arrangements promote contractual relationships</b></p> <p>"What we do, is we have a set of standards; we have standards for every service that we purchase... We detail then a list of standards, what we require in terms of the, like you know an acceptable standard of quality of care and this is what it means. They sign it; we sign it; and we keep track of it every month. We send reports to them so they know how they're doing in terms of those standards... We only judge against those standards (uh huh), and monitor against those standards because those are the standards we have contractual agreed to. And so any bearings to those standards is recorded, recorded and depending on the seriousness of it, handled in the appropriate manner." (Executive Director of a community care access center)</p> <p><b><i>Expectations for cost-containment and increased productivity driven by the Health Ministry strongly compete with demands for service quality and patient outcomes</i></b></p> <p>"I think right now the major issue is that it's really focused on outputs compliance, money. So... It's not to patient outcome. So you could be balancing your budget, meeting your volumes, everything will be fine but people aren't any better,..." (Assistant Deputy Minister)</p> <p>"I get the sense that they (<i>The Ministry</i>) see themselves as being, the people to whom we're accountable for, financial measures, that's their major role: how much we're over budget. Are we going to be over budget? What volume of patients are we seeing? What's our cost per weighted case? The interaction is very financially driven without any concern for quality issues of satisfaction." (Hospital Vice-President)</p>
	<p><b>1.5 Diverse initiatives aim to extend accountability of public sector providers to the users through publication of information to enable users to make informed choices.</b></p> <p><b><i>Self interest has been described as the nitty gritty of accountability</i></b></p> <p>"If you go down on that street and you ask anybody – to say, excuse me, do you have some opinions on health care? They may not have any opinions on public transport, what the road's like, what the conditions of the roads are, what the sewers are like, whether a building's attractive or not, but they'll have opinions on public health. So as a result the good thing about accountability in health care – it's always there. Everybody has it on their mind. When people go to that hospital over here they expect a level of response but they don't have to be trained or measured, it's there. So accountability in the health care sector is almost – it's inherent in the process. While there are formal mechanisms... But there's a built-in accountability in every individual person walking the earth because it involves their health... Personal – self-interest is probably the most fundamental aspect of accountability in the delivery of health care... I have no concern that there are adequate accountability mechanisms in place right now, particularly the one I mentioned a minute ago, the self interest. That's there, you'll never change that." (Senior Officer in a professional association)</p> <p><b><i>Respondents emphasised that increasing opportunities are being given to consumers to safeguard</i></b></p>

	<p><b><i>their interests in health care...</i></b></p> <p>"...hospitals have in Ontario,... have really moved towards trying to have information that can be made available to the public comparing one hospital to another." (Hospital CEO)</p> <p>"I think that there's a great opportunity for improving accountability between... between patients and hospitals. we can talk about things like, you know, a patient charter of rights and those sorts of things... the more information we can get to patients to help them make decisions about where to get service, I think, the better is, recognizing that there's a whole theory out there that over time those measures of quality become to the point where the gain gets in the way of the consumer being able to make an informed decision, because everything's clumped around him." (Hospital CEO)</p> <p><b><i>...but they acknowledged the necessity to do more.</i></b></p> <p>"We should be publishing much better information on patient outcomes, you know... I think right now I know, for example if I were to have a major surgical... medical intervention, I want to know about my physician, whether she's done a lot of these before, you know, what's the success rate, you know, that sort of idea, you know, what are the risks, that sort of thing. So I mean, we could go a long ways in some of those areas." (Hospital CEO)</p>
	<p><b>Public participation is mainly consultative and aims to guarantee the transparency of the governance and to reinforce the planning process in integrating input from individual participants, pressure groups and community leaders.</b></p> <p>"We have open board meetings; we have a, you know, fully open annual report; we have a whole series of Committees... We have a Community Advisory Committee of the board where representatives from various patient groups, and that's the idea, sit and provide advice on hospital things. There are fully developed series of community advisory panels." (Hospital CEO)</p> <p>"The board is largely selected at the invitation of the chairman with advice from the CEO.... it's a mix of mandated positions and positions honestly often related to fund raising activities as much as anything else." (University health center vice-president)</p> <p><b><i>Service providers report having much more commitment vis-à-vis service users than the community as a whole</i></b></p> <p>"In terms of providing high quality care I feel accountable to, ah, to the patients first and foremost. And interesting, I, I say patients as opposed to the community. I mean one of the ways healthcare is organized in Ontario, it's very different than the way it is organized... I was in British Columbia for two years. British Columbia I would have said that I, I, I, not only felt accountability to patients but also to the whole community... I don't feel accountable to the community here because, ah, there are many hospitals in Toronto and so I feel accountable to the patients we serve but we're not really organized to provide service to a geographic set of people, and so I don't feel strong accountability to that." (Hospital CEO)</p>
<p><b>2. Co-dominance of professional form of accountability (with form described above)</b></p>	<p><b>2.1 Health care professionals, in particular physicians, have extensive powers secured by the laws and that allows them to shape the organisation of services and to carry out their work with the least interference</b></p> <p>"I've worked in many different environments. in fact, I'm on staff in <i>the</i> Hospital next door and during the 90s we made some major improvements in terms of our efficiencies... We went from being a mid-range efficient hospital to a, on a financial basis, being a leader, ...Yeah, that was accomplished by involving physicians and leadership in terms of response and decision support formation. Very difficult, physicians are wonderful guerrilla fighters. Do you know that expression? If you mandate a policy for physicians,... we're going to put a scheduling system on there that has got tight mandate for only three patients per week, new patients per week, to treat new patients per time. They'll work around it all the time... Surgeons, you say, he can only operate on so many patients, they'll bring their patients into Emergency, they'll lie, they'll cheat, they'll steal. Physicians are great at dealing any system you put in place to control their behaviour." (Physician holding a senior management position in an hospital)</p> <p>"in Ontario, I guess in every province, it's very difficult to deal with poor performing physicians 'cause they have a tremendous amount of protection under The Public Hospitals Act, and so you have to be really careful from a process point of view,... the basic underlying principle is they have a right to earn a living and so they're very highly protected from your right to deal to remove them from having privileges. And "privileges" is a funny word because, ah, privileges might suggest that, you know, we can easily take them away. (Laughter.) But we can't because they can appeal and there is a Hospital Review Board and they can easily agree if we fail anywhere along the line, from a process point of view, they can get their privileges back." (Hospital CEO)</p>
	<p><b>2.2 Accountability of physicians is mainly to their peers and their individual clients. While</b></p>

	<p>acknowledging the corporate nature of the health care environment, respondents highlight that accountability of physicians to their corporations operates only through the self-regulation process...</p> <p>"Within the hospital setting there's a corporate environment and the physicians who are part of that corporate environment many of them as employees have an accountability certainly to the management structure of the hospital. That's there. That's another level of accountability. But that's superficial. That's on top of the most fundamental accountability. I mean all you can do if you aren't accountable in the hospital is lose your job at the hospital. It's a contractual thing but your fundamental accountability is your professional accountability to the patient and – you know if you're negligent and you don't do the operation correctly and you don't live up to the standards then you lose your job at the hospital plus the College will probably take your license away. So you'll get hit twice. Because it doesn't matter – once you lose your license you can't go to the hospital anyway. But the fundamental accountability never changes, it's your professional standard of care to the patient." (Senior Officer in a medical association)</p> <p><b>...and senior managers in health care corporations face huge difficulties while trying to hold physicians accountable to them...</b></p> <p>"Quality of care is a problem because the board confers the appointment and the associated privileges to the physician and if somebody is providing substandard care and cannot improve or will not improve, the board has to revoke the privilege and their appointment. I can't as the CEO. (Uh huh.) And I think that is an anachronism in health care... When I've had to deal with physicians who have been substandard from a quality perspective, I always do it in partnership with a senior medical leader. And sometimes we're able to get the physician out the door between us and sometimes we've had to go to the board. And it always depends on the circumstance but I think, I mean, the analogy I use is that if this was an airline, alright? And I was going to the board of directors as the CEO of the airline and sitting next to me, was the chief of pilots and if we were talking to the board about why an airplane crashed, in the hospital, using the hospital approach to this and the way the structure are, I would in the board say, "So, Mr. CEO, why did this happen?" I could say, "Well, talk to the Chief Pilot, it's his problem. It's his pilots that have caused this accident." (Hospital CEO)</p> <p><b>...It is easier as regards other professional groups that feel more directly accountable to the senior management while still valuing the privileges of self-regulation</b></p> <p>"Nurse accountability starts with the accountability to the individual client. That is first and foremost. There is an accountability to the employer because, ah, simply, for starters, for the most part the nurse is in an employee relationship (uh huh) so there's that which is by virtue of an employment contract, there's an accountability there." (Senior Officer in a professional association)</p>
	<p><b>2.3. Key accounting mechanisms for professionals emphasise their competencies and the excellence of their practices</b></p> <p>"He (Physician) is accountable for the care he delivers, he or she delivers to the patient... they have to apply for membership, they have to meet certain standards to get in, educational standards, training standards. When they get those, they have a membership. They're then responsible for an annual renewal of that membership, payment of the fee. They're responsible for providing information to us on an annual basis about their practice, about issues surrounding their demographics as well as their professional standing. They're responsible to us if called upon to report on their clinical activities... They're accountable to us for the upholding, if you wish, the standards of the profession,... clinical and professional." (Senior Officer in a professional regulatory body)</p> <p><b>While managers indicate the narrowness of the professional accountability that emphasizes individual patient care and pays little attention to the constraints on resources, ...professionals highlight their advocacy role that maintains a check on managerial and political actions and guarantees the best services to patients</b></p> <p>"The interests of the public are most important and that can sometimes can come in conflict with the interests of the Ministry of Health or the government because we may say that the government is doing something wrong in the provision of health care. Because our bottom line that is public interest has to come first even though we report to the legislation to the Ministry. So we may have to be critical of the minister." (Senior Officer in a professional regulatory body)</p> <p>"Many nurses have been pushed across the line, are being pushed to perhaps sacrifice some of their standings and I think nursing as a profession and the nurses have a responsibility to sometime blow the whistle and say, «no – I can't do less than this, or I won't do less than that because of what the implications are»" (Senior Officer in a professional association)</p>

#### 4.- DISCUSSION

In summary, in the three provinces studied, reforms of health care systems have attempted to integrate managerial or political actions within a top-down, hierarchically controlled and professional-centred system of accountability. New arrangements promote empowerment of consumers and citizens, involvement of citizens in health care governance, managerial autonomy for managers and a sharing of power between professionals, bureaucratic experts, governing representatives and consumers. Efforts have been made to devolve influence to RHA or health care corporations. Reforms in the three provinces expanded the concept of expertise beyond scientific and bureaucratic expertise in order to include folk knowledge, citizens' opinions, consumers' perceptions, community leaders input, and clients' claims. Explicit attempts have been made to catalyze community assets in planning health care programs. Many institutional arrangements aim to reduce the asymmetry between providers and consumers and give the latter the opportunity to influence health service delivery. Despite these developments, bureaucratic and professional accountability are still present in the three provinces and are valued because they ensure compliance with state regulations, government requirements, professionals standards. Reforms in the three provinces have broadened the frame of performance management in health care organisations. Instead of focusing only on verification of actors' conformity to rules and professional standards, new mechanisms overtly focus on policy results, on program efficacy, on productivity, on efficiency and on health outcomes, leading toward new management styles such as development of performance indicators, and quality monitoring.

Whereas there has been some convergence of most of the initiatives, each of the cases display a distinct configuration of accountability with its specificities. In the Quebec puzzle, the bureaucratic piece seems to have a larger size than the two other provinces and gives rise, as respondents attest, to a certain bureaucratic rigidity and strong centralization of the decision-making process. Introduction of managerial components is expected to balance the shortcomings associated with the bureaucratic process. Alberta and Ontario have since the mid nineties explicitly initiated a managerial shift. These two provinces have devolved strong powers to senior managers in either RHA or health care corporations. Whereas in Quebec, administrative rules still drive the relationships between the different tiers of governance, Alberta and Ontario favour contractual relationships based on business plans or operating plans. But, data suggest the quest for cost-containment and

increased productivity could have been perceived as more aggressive in Ontario than in Alberta where reforms coincided with a strong economic recovery. Efforts to incorporate political components in the accountability puzzle have been variable in the three provinces. The decentralisation project in Alberta and Quebec explicitly aimed to give a greater place to citizens in various aspects of the governance of health care systems. In contrast, measures that have been taken in Ontario in this respect restricted citizens to a consultative role and secured privileges and power of bureaucratic and professional experts. The professional form of accountability is dominant in the three cases. However, in Alberta and Ontario, professionals have been increasingly co-opted into administration and hold senior posts within RHA and health care corporations. Development of this clinical leadership is expected to blur the traditional borders of professionalism and is perceived as a way to reduce the resistance of professionals to the introduction of new arrangements. (see Table 4 for the main features of the accountability configuration in the three cases)

**Table 4: Main Features of accountability in the three case studies**

Characteristics of accountability	Quebec	Alberta	Ontario
Main sources of control	Ministry - Professional bodies	Ministry RHA Professional bodies	Ministry Health care corporations Professional bodies
Primary domains for accountability	Administrative and budgetary process  Professional competencies	Health services output and outcomes  Professional competencies	Productivity and economic performance  Professional competencies
Primary loci for accountability	Employer/employee Professional/peer	Purchaser/provider Professional/peer	Purchaser/provider Professional/peer
Main modalities for reporting	Verification of conformity Professional control	Performance report Professional control	Financial statements Professional control
Key mechanisms for performance management	Administrative reports	Performance review	Measuring productivity
Frame of responsibility	Administrative rules Professional standards	Business plans Professional standards	Operating plans Professional standards

Bearing in mind what has already been said, a first conclusion that can be drawn from these case studies is that there is no one best way to frame accountability in health care systems. The four models presented in this paper all claim to contribute to the improvement of specific aspects of accountability in health services delivery and they probably do. However, it is true that problems related to improvement of health care organisations are broad and complex. Agents in health care organisations have to face multiple expectations that are often contradictory (e.g. better quality, greater access, increased participation of citizens, greater efficacy of the decision-making process,

etc.). Different sources of power and control simultaneously operate to hold health care agents accountable and each source has its own legitimacy: Ministry, local authorities, professional bodies, consumer associations, and managers. Domains for accounting are numerous and all seem relevant: professional competencies, utilisation of resources, quality of services, adherence to laws and administrative rules, responsiveness to community needs. The three case studies, and in particular the Ontario case, show strong competition between accountability for cost-containment and accountability for quality of services. In Quebec, compliance to administrative rules competes with increasing calls for a management by results. While carrying out their tasks, professionals, managers, and political leaders have to accommodate divergent interests and fulfill multiple roles. Professional associations put forward both their responsibility vis-à-vis the public and their membership but acknowledge that it is sometimes challenging between professional interest and public interest. Individual professionals, while giving primacy to the needs of their individual patients can no longer make abstraction of the financial context of the health service delivery. In the three provinces, managers point out the dilemma they face when having to take into consideration both ministerial expectations for cost-containment and increasing client demands for better services. On the other hand, while accountability downwards to citizens and consumers and delegation of managerial responsibility to organisations outside the central government structure have been increasingly popular and have created space for a large range of initiatives, the allocation of substantial funding from the centre, the scrutiny of the media and the potential political consequences of drawbacks related to healthcare have increased pressures for accountability upwards. Providers of health services need to pay attention both to care processes and results. As a consequence, it seems unrealistic to expect that one approach of accountability can meet all expectations, underscore both means and ends, make people accountable within all domains and ensure reporting to all legitimate instances. What we learned from the case studies is that accountability processes consistently draw from the multiple forms of accountability. A manager physician who was interviewed during our survey underlined this plurality: *"it's a fairly complicated system, there is a layer of Alberta Health and Wellness, a management layer, a board layer, a physician layer, all of whom have slightly different understandings of what their accountabilities are."* That is to say, interventions to enhance accountability may be most effective when they combine multiple approaches. Several forms operating together can contribute to reinforce accountability on a given aspect of health care services. Each form of accountability has its particularities and therefore addresses specific issues of

the service delivery that are not taken into consideration by the other forms. This conclusion points out the need for comprehensive programs that builds bridges between the different approaches and takes their complementarities into consideration. To address the multiple issues related to accountability in health care, we need the four pieces of the puzzle.

A second conclusion from these case studies is that overlapping accountability mechanisms may facilitate appropriate checks and balances in the health care system and prevent pathological complications that could result from the hypertrophy of a given form of accountability and the subsequent atrophy of the others. Health care is an arena in which contending parties compete for resources, territory and control in order to carry out their vision of the health care system and attain their goals. In light of the three case studies, a list of these parties should include, at the forefront, professionals, managers, central authorities in the ministries, citizens and consumers. Each of these groups relies on a specific form of accountability that sustains their power and keeps the other parties in check.

Self-regulation privileges ensure physicians the trust of their patients and deference from managers and politicians. Their expertise gives them sufficient legitimacy to check if politicians and managers, while running the health care system, make decisions that permit professionals to optimize treatments of patients. In the case studies, professional respondents, whether individual professionals or corporatist body representatives, define themselves as patients' champions and include in their functions a role of advocacy and lobbying in order to ensure that the resource allocation process, legislation, and the organisation of services are all congruent with patients' needs. In a specific context where funding cutbacks were at the forefront of the agenda of all governments, this role assumed by professional groups may have ensured a good balance and tempered the drawbacks of the political program.

Managerial procedures of accountability grant managers opportunities to shape the organisation and the economics of health services delivery by controlling the production process and by anticipating outcomes. Managerial procedures give them levers needed to check, as buyers, if professionals are utilising available resources in the best way. Calls for reviewing the status and the modalities of remuneration of physicians may be interpreted in this perspective. While the

administrators in the health care organisations can take advantage of their employer status to balance the power of the different professional groups, physicians who are directly remunerated by the central government show strong independence vis-à-vis the health care organisation and resist any managerial control. Managerial expertise may also serve as a check on politics in surveying if resources allocated by political authorities are congruent with clients' needs and in enabling the decision making process to take a broader view than the one produced by political arbitration. The suggestion made by the Commission Clair in Quebec to delegate the administration of the supply of health services to an independent central agency that would be led by individuals chosen among the most eminent people in Quebec society is supported by a similar argument. The point is this corporation would have legal and moral authority and sufficient independence to promote an entrepreneurial paradigm of management based on expertise, supported by the best tools of management, free from the constraints of the political arena and having the capacity to balance the power of the dominant health care interest groups.

Bureaucratic components of accountability oblige hierarchic authorities to protect the public and ensure the integrity of the administrative process. Health ministries vested with their hierarchical and legal power have the prerogative to check if professionals comply with the terms of self-regulation, that is, defining proper conduct for their members, promoting high practice standards, and establishing and enforcing both sanctions and incentives for professional excellence. They also have the legal prerogative to enforce compliance of all providers to government objectives and priorities. While governments are increasingly saying that they should *steer* rather than *row* and while they are transferring a large part of the delivery of services to various third parties inside and outside the administration, they are still accountable to the public for ensuring resources are adequately used and services adequately provided. Consequently, they have to secure their capacity both to prescribe policies and standards to be followed by the third parties and to enforce conformity to these policies.

Finally, political accountability bestows power to citizens and their governing representatives. It gives them the opportunity to question managers, professionals, politicians on how they are spending billions of taxpayers' dollars. It challenges the traditional focus of professionals on their clients' expectations regardless of the community needs. Moreover, it negates the perception that patients and citizens are unable to judge experts' actions, tackling what constitutes the irreducible

core of professionalism. Despite the difficulties to operationalise this political accountability, data confirm the acknowledgement of the potential added value of citizen input to shape the organisation of the health care and to enforce the excellence of services.

This research highlights two features of accountability in health care systems. First, the coexistence of multiple forms of accountability is needed to have a fair balance between different interests, different sources of power and different visions of how health care should be. We observed that distinct stakeholders focus on distinct legitimate interests and domains for accounting. While reforms put emphasis on specific expectations, there is a risk of alienating some others. While reforms, as in the Ontario case, shift power towards the managerial elite, there is a risk of removing citizens from health care governance. To articulate different interests, to meet multiple expectations, it may be necessary to have good articulation of distinct forms of accountability. For example, articulation of professional accountability with political accountability promoted in the context of reforms in both Alberta and Quebec give citizens and/or customers opportunities to complain about low quality services but also to advocate for a better organisation of services and focus their input to that end. This necessity of articulating distinct forms of accountability reveals, as Ferlie & al's (1996) analysis of the organizational restructuring of British health care organisations suggests, a pattern of hybridization of organisational forms in the health sector in which different forces that drive different and often conflicting logics may be brought together without letting any one preclude all others. Thus, the challenge for managers, professionals, political leaders is not to make a choice between different forms of accountability but to ensure their articulation and to take advantage of their potential benefits to address issues associated with a given context. Second, new arrangements of accountability inevitably generate tensions because they have to deal with a landscape of vested interests and their implementation depends upon the reaction of these interests. For instance, professionals may resist arrangements that reduce their privileges and threaten their influence. The case studies highlight different sensitive areas related to the renewal of the accountability process. While managers ask for a greater accountability of professionals, physicians are reluctant to accept any accountability arrangement that departs from the principles of self-regulation. While central authorities point out the stress on public finances and aim to purchase services at the lowest price, suppliers of services (namely, professionals and administrators) claim greater accountability for the quality of services. While professionals consider their primary accountability is for their competencies and to their

individual clients, politicians and administrators call to extend this professional accountability to the utilisation of resources and a population perspective. Thus, reframing accountability in health care may require forceful negotiations and compromises between dominant stakeholders. From this perspective, in Alberta and Ontario, the development of a professional leadership has been integrated in the reform agendas and considered as an essential tool to rally the most powerful professional groups.

As a result of these dynamics of counterbalancing powers and interests, accountability in health care may be subjected to pathological complications when imbalances occur between the different forms of accountability, for example when components associated with a specific form hypertrophy and become overly dominant. Each one of the four approaches of accountability we have developed in this paper, if independently examined in more detail, would show its own shortfalls. Each one carries germs of its proper pathology that may result in reducing the scope of the health care system, encouraging a schism between the different components of health care, diverting attention toward components not central to its assumptions, conferring a disproportionate influence to some stakeholders, carrying interests of particular stakeholders to extremes and denying all competitive interests. We have no intention in this paper of providing a systematic review of the weaknesses of these four accountability models. Rather, in light of the case studies, we point out how the forms of accountability traditionally dominant in health care, namely the professional and bureaucratic forms, may hamper the introduction of new arrangements of accountability. Indeed, even if community participation, sharing in power to make decisions with citizens, giving citizens the right to govern health care, and empowering consumers have been slogans constantly trumpeted in the context of the health care reforms, we observed that the reality of the accountability processes in the three provinces studied perpetuate the imbalance of power between bureaucratic and professional experts on the one hand and citizens or consumers on the other hand. Most of the time, citizen participation has been restrained to consultation while bureaucrats and professionals monopolize the real decision making. Notwithstanding the genuine intention to empower consumers, professional power and prestige is contingent upon the acquisition and exclusive control of specific knowledge, and professionalism has contributed to reinforcing the medicalization of large areas of life rather than demystifying health knowledge or sharing power with consumers. With the dominance of the ideology of professionalism, health care systems have become clinically oriented and hyper-

specialized systems with complex, fragmented services in which patients have a great deal to navigate. We also observed, in particular in Quebec, how the bureaucracy of health service forms a strong barrier to managerial components.

The renewal of accountability processes in health care organisation creates an urgent need to supplement both professionalism and bureaucratic processes, in articulating them with other forms of accountability. The challenge is important given the inertia of bureaucratic structures and the capacity of professionals to preserve the status quo through their structure. Each arrangement of accountability drives a different set of values. The shift from a given arrangement to another one presupposes the adherence of a majority of actors to this new set of values. Professional values and bureaucratic values are part of a larger set of social values (Emanuel, 1991). The legitimacy of professional and bureaucratic actions rests on their congruence vis-à-vis the societal values that are not static but changing and constantly in renegotiation between the different stakeholder groups. This implies professionalism as bureaucracy may be subjected to contestation if they can not fit new values largely adopted by the societal actors. This also implies organisational forms crystallizing around competing modalities of managerial, political, bureaucratic and professional accountability require constant operational re-alignment induced by new values, new expectations, new demands, and new interests.

In conclusion, the three provinces studied face the same challenges and all three bank on the opportunities offered by accountability to improve their health care services. In each case, new arrangements attempt to introduce new components in order to supplement the existing forms of accountability. While bureaucratic and professional forms of accountability have traditionally been dominant in the health care systems, there are attempts to introduce political and managerial components. The combinations resulting from the introduction of these new components are creating new dynamics by shifting the power relations, by promoting new interests or by focusing on specific expectations. To take advantage of the opportunities offered by accountability, reforms should ensure that the new arrangements are not generating imbalances in the health care system. It is important to keep in mind that the real stake is not to choose from among different models of accountability but to keep the best of each of them and to protect the system from the shortcomings inherent of each of them.

## 5.- BIBLIOGRAPHY

- Backman, A. (2000). *Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System: Report to the Deputy Minister of Health for Saskatchewan*. Saskatoon: HSURC.
- CIHI. (2000). *Les soins de santé au Canada: un premier rapport annuel*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Clair, M. (2000). *Emerging solutions - report and recommendations*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Corbett, D. (1992). *Australian public sector management*. Sydney: Allen and Unwin.
- Darby, M. (1998). Health care quality: from data to accountability. *Academic Medicine*, 73, 8, 843-853.
- Day, P., & Klein, R. (1987). *Accountabilities: five public services*. London: Tavistock.
- Deleon, L. (1998). Accountability in a reinvented government. *Public Administration*, 76, 539-558.
- Emanuel, E. (1991). *The ends of human life: medical ethics in a liberal polity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1997). Preserving community in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 1, 147-183.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew A. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Friedman, B.D. (1973). *The quest for accountability, public administration service*. Chicago.
- Fyke, K. J. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan: The Commission on Medicare.
- Harmon, M.A. (1995). *Responsibility as a paradox: a critique of rational discourse on government*. Thousand Oaks: Sage.
- Hawker, G.A., Wright, J.G., Coyte, P.C., Williams, J.I., Harvey, B., Glazier, R., & Badley, E.M. (2000). Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. *New England Journal of Medicine*, 342, 14, 1016-1022.

Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice, and loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.

Jewesson, P.J. (1996). Economic impact of intravenous-to-oral antibacterial stepdown therapy. *Clinical Drug Investigation*, 11, suppl. 2, 1-9.

Mazankowski, D. (2001). *A framework for Reform*. Alberta: Report of Premier's Advisory Council on Health for Alberta.

McGarvey, H. E., Chambers, M. G. & Boore J. R. (2000). Development and Definition of the Role of the Operating Department Nurse: A Review. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 5, 1092-1100.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Romanow, R. J. (2002). *Shape the Future of Health Care*. Saskatoon: The Commission on the Future of Health Care in Canada.

Romzek, B. (1996). Enhancing accountability. In J. Perry (Ed.) *The handbook of public administration*, pp. 97-114. San-Francisco: Jossey-Bass.

Schlenker, B.R., Britt, T.W., Pennington, J., Murphy, R., & Doherty, K. (1994). The triangle model of responsibility. *Psychological Review*, 101, 4, 632-652.

Sin, D.D., & Tu, J.V. (2001). Underuse of inhaled steroid therapy in elderly patients with asthma. *Chest*, 119, 3, 720-725.

Weber, E.P. (1999). The question of accountability in historical perspective: from Jackson to contemporary grassroots ecosystem management. *Administration & Society*, 31, 4 451-494.

Wilson, V.S. (1981). *Canadian public policy and administration*. Canada: McGraw-Hill Ryerson.

**ARTICLE 3 : RENOUVEAU MANAGÉRIAL ET IMPUTABILITÉ POUR LA PERFORMANCE - DÉ-  
BUREAUCRATISATION OU RE-BUREAUCRATISATION?**

## RÉSUMÉ

Au cours des dernières décennies, une conjonction d'impératifs économiques, sociaux et politiques ont conduit la grande majorité des pays de l'OCDE à engager d'ambitieux programmes de réformes de leurs services publics. Dans ce contexte de changement, l'imputabilité pour la performance a été placée au centre d'un discours réformiste revendiquant l'émergence d'un *NMP* (*Nouveau Management Public*) et véhiculée comme étant la clé pour améliorer la qualité des services et les performances organisationnelles. Au niveau théorique, cet article examine les implications du *NMP* pour le renouvellement des services publics et suggère que les propositions du *NMP* peuvent se regrouper sous trois principaux axes d'interventions : le développement des capacités managériales, le renforcement des régimes d'imputabilité et le rééquilibrage des pouvoirs entre producteurs de services, acheteurs et consommateurs. Au niveau empirique, cet article examine à la fois les stratégies discursives et les pratiques associées au processus de renouvellement de la gestion des services publics. Il cherche ainsi à déterminer comment les discours et techniques managérialistes ont été mobilisés dans la mise en œuvre des réformes, comment ils sont incorporés dans les discours et pratiques organisationnels et dans quelle mesure ils contribuent à modifier ou à perpétuer les dynamiques existantes en matière d'imputabilité et de gestion. La stratégie de recherche s'appuie sur trois études de cas, trois provinces canadiennes qui se sont engagées dans des réformes majeures de leurs services publics au cours de la dernière décennie. Elle met à contribution les discours recueillis auprès de 49 informateurs clés et des données documentaires.

Les conclusions de cette recherche indiquent une large adhésion, dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des réformes, aux principes et valeurs véhiculés par le *NMP* et une grande convergence par rapport à l'intégration dans l'administration d'un ensemble d'outils de gestion inscrits au répertoire du *NMP*. Les stratégies argumentatives qui structurent les discours reflètent les propositions du *NMP* et s'appuient sur une forte revendication antibureaucratique, une valorisation importante du leadership managérial dans le processus de reconfiguration des services et une reconnaissance forte de la valeur de la mesure des performances. L'analyse démontre toutefois qu'en dépit de la revendication antibureaucratique sous-jacente à ces réformes, les arrangements institutionnels auxquels elles donnent lieu ne visent pas à transformer de manière radicale les systèmes bureaucratiques et les dynamiques de pouvoirs existants. Ce sont plutôt des possibilités supplémentaires d'habilitation et une nouvelle technologie du contrôle qui sont offertes aux acteurs respectifs et notamment aux administrateurs et aux décideurs politiques pour leur

permettre de mieux exercer leurs rôles. Les résultats observés témoignent d'une fonction pédagogique jouée par le discours managérialiste pour légitimer des pratiques inscrites à un agenda politique et soutenues par des élites politiques et managériales. Nous discutons, dans cet article, des limitations de l'orientation fortement instrumentaliste et descendante de ces réformes inspirées du *NMP* et des moyens que peuvent mobiliser les organisations pour être elles-mêmes moteurs de leur propre transformation.

## 1.- INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, l'environnement des services publics dans l'ensemble des pays industrialisés s'est considérablement modifié. Aux contraintes de ressources imposées par la crise économique qui a marqué les années 80 et le début des années 90 se sont ajoutés de nombreux autres défis posés à la gouvernance des services publics. La complexité croissante des problèmes et attentes sociales, la fragmentation des valeurs, l'individualisation des modes de vie exigent de la part des États des capacités de plus en plus fortes pour agréger la demande sociale et y répondre de manière appropriée (Crozier, 1997). La mondialisation, la multiplication des accords régionaux d'échanges et de coopération, les demandes pressantes pour une plus grande décentralisation auront conduit à une inflation des zonages imposés aux politiques publiques et l'implication de juridictions de plus en plus nombreuses (nationales et transnationales) dans la mise en œuvre de l'action publique. Parallèlement, des idées nouvelles, portant fortement l'empreinte d'une idéologie libérale galvanisée et d'une nouvelle orthodoxie, ont contribué à renforcer la suspicion à l'égard de l'efficacité des services publics et à provoquer une remise en question de la capacité des gouvernements dans leurs formes actuelles à résoudre les problèmes économiques et sociaux auxquels sont confrontées les populations. Cette nouvelle orthodoxie s'est ainsi attelée à une critique en règle des formes bureaucratiques traditionnelles, jugées peu flexibles, dominées par les intérêts des producteurs et des bureaucrates (King, 1987), engendrant des contraintes et des comportements qui vont à l'encontre de l'efficacité.

Les deux dernières décennies auront été marquées également par une détérioration des relations entre les gouvernements et les citoyens dont rendent compte la faiblesse des taux de participation électorale dans de nombreux pays, un sentiment généralisé de désenchantement à l'égard des élus et agents publics et une crise de confiance à l'égard des services publics (OCDE, 2002). Cette crise de confiance va de pair avec les appels de plus en plus pressants en faveur d'une plus grande transparence, d'une imputabilité accrue des gouvernants, d'une plus grande prise en compte des opinions et attentes des usagers, consommateurs et citoyens dans la prise de décision. Les médias et le public surveillent plus étroitement l'action gouvernementale et demandent de plus en plus de résultats. Ces attentes par rapport à l'imputabilité doivent aussi être situées dans le contexte plus général des profonds changements économiques, démographiques et sociaux qui ont

marqué les 50 dernières années. Des citoyens qui jouissent aujourd'hui de niveaux plus élevés de revenus, d'éducation et ont accès à beaucoup plus d'informations qu'auparavant attendent des administrations et des agents publics qu'ils tiennent compte davantage de leurs opinions et de leurs besoins quand ils prennent des décisions.

Toute cette conjonction d'impératifs économiques, sociaux, politiques auront poussé les gouvernements dans la grande majorité des pays de l'OCDE à engager d'ambitieux programmes de réformes de la gestion de leurs services publics. En dépit de la diversité des mesures engagées et des orientations prises, toutes ces réformes ont en commun un certain nombre d'objectifs. Un thème constant réfère à la nécessité de redéfinir le rôle de l'État et de réduire sa taille pour centrer son action sur des interventions qui soient à la fois pertinentes, socialement utiles et économiquement viables. Une deuxième constante est la préoccupation de trouver les moyens appropriés pour améliorer la performance des organisations et services publics. Elle aura donné lieu à un nouveau slogan largement véhiculé comme un véritable leitmotiv pour des réformes de l'intervention publique: *Faire toujours mieux en utilisant moins de ressources et surtout en agissant différemment*. Un troisième objectif mis souvent de l'avant vise à mettre en œuvre des formes d'organisation plus flexibles, plus réceptives et susceptibles de mieux s'adapter aux conditions changeantes de l'environnement. Un agenda commun a été ainsi développé et vise explicitement à encourager une culture orientée vers la performance dans un secteur public dégraissé, plus dynamique, plus flexible et plus responsable. L'imputabilité pour la performance a été placée au centre d'un discours réformiste revendiquant l'émergence d'un *NMP (Nouveau Management Public)* et véhiculée comme étant désormais la clé pour améliorer la qualité des services, encourager une utilisation plus efficiente des ressources, mieux adapter les services à la demande et améliorer les performances organisationnelles (Osborne & Gaebler, 1992; Gore, 1993; Dunn, 1997; Kaboolian, 1998).

Dans le secteur de la santé, cette nouvelle approche de la gouvernance a été largement prescrite comme une réponse appropriée aux nombreux problèmes confrontés dans l'organisation des services. Malgré la diversité des structures institutionnelles, les systèmes de soins de santé dans les pays de l'OCDE font face depuis plusieurs années à un certain nombre d'enjeux communs que reflètent les agendas des réformes entreprises: assurer une meilleure qualité des services, améliorer l'efficacité et l'efficience des services, rendre les systèmes plus réceptifs aux attentes des citoyens et

des consommateurs et maîtriser les coûts. Pour réaliser ces objectifs, les gouvernements de l'OCDE misent de manière convergente sur un renouvellement de l'activité et des pratiques managériales en s'inspirant des préceptes du *NMP*. Les changements engagés promettent une nouvelle configuration avec des organisations plus réceptives par rapport aux usagers et aux consommateurs, des services centrés sur les préférences de la clientèle plutôt que sur celles des producteurs, des organisations plus flexibles et plus attentives à l'utilisation des ressources, des rapports plus équilibrés entre les producteurs et les consommateurs, des producteurs davantage responsables par rapport à la performance de leurs services. S'appuyant sur la perspective théorique de la sociologie critique, sur des données empiriques récoltées auprès de cadres supérieurs et professionnels dans les organisations de soins de santé et du matériel documentaire portant sur les réformes récentes de l'administration publique et des systèmes de soins au Canada, cet article examine à la fois les stratégies discursives et les pratiques associées au processus de renouvellement de la gestion des services publics. Il cherche ainsi à déterminer comment les discours et techniques managérialistes ont été mobilisés dans la mise en œuvre des réformes, comment ils sont incorporés dans les discours et pratiques organisationnels et dans quelle mesure ils contribuent à modifier ou à perpétuer les dynamiques existantes en matière d'imputabilité et de gestion. Cette analyse permettra ainsi d'établir dans quelle mesure la revendication anti-bureaucratique et l'idéal d'une nouvelle administration sous-jacents à la nouvelle idéologie managériale se sont réellement traduits dans le contexte des services publics de santé au Canada par une transformation radicale des façons de faire, un changement dans les représentations des acteurs de leurs rôles, de leurs responsabilités, des moyens d'exercer cette responsabilité ou aura donné lieu à une modification des rapports entre les différents acteurs impliqués l'offre et la demande de services de santé.

Cet article est organisé en trois principales sections. Nous commencerons dans la première section par une synthèse de la littérature pertinente pour examiner les caractéristiques du *NMP*, les postulats qui le sous-tendent et les mesures concrètes qu'il suggère pour améliorer la gouvernance des organisations publiques. Dans cette section, nous ferons également valoir la contribution de la perspective critique pour analyser l'implantation et la portée du *NMP* et discuterons des mécanismes par lesquels les pratiques pédagogiques discursives peuvent influencer le processus de changement institutionnel. Dans la deuxième section, nous présenterons la méthode utilisée et examinerons empiriquement les réformes des services de santé dans trois provinces canadiennes. Mettant à

contribution les données qualitatives recueillies dans ces trois provinces, nous passerons en revue les différentes initiatives engagées dans le cadre des réformes, les outils de gestion mobilisés, les conceptions de gestion et les rationalités sous-jacentes à ces initiatives, les stratégies argumentatives utilisées pour justifier et promouvoir ces réformes, les changements espérés en regard de ces initiatives aux termes de l'imputabilité et de la gestion. Dans une troisième section, nous discuterons des principaux résultats observés.

Sur le plan théorique, cet article permettra de passer en revue le potentiel du *NMP* pour renouveler la gouvernance du service public en général et des services de santé en particulier, en renforcer l'imputabilité et en améliorer la performance. Sur le plan empirique, il permettra d'analyser l'interface entre diverses composantes de la gouvernance des services de santé (outils d'appréciation de la performance organisationnelle, discours organisationnels, structures d'incitation, pratiques de gestion, mécanismes de reddition de comptes) et d'élucider en quoi les initiatives engagées pour améliorer la gouvernance de ces services de santé donnent lieu à de nouvelles dynamiques de gestion garantes de l'atteinte des objectifs poursuivis. Les principales leçons tirées de cette analyse dénotent une persistance bureaucratique et la valorisation d'une nouvelle technologie du contrôle que reflètent le discours managérial lui-même et la plupart des mesures engagées. Elles témoignent en même temps des limitations que doivent dépasser les organisations pour transformer leurs pratiques et créer des conditions favorables à un apprentissage continu et une amélioration de la performance organisationnelle.

## 2.- NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET RÉFORME DES SERVICES PUBLICS

Le *NMP* fait l'objet d'une abondante littérature et se présente comme un phénomène à la fois complexe et controversé. Plusieurs scientifiques et auteurs l'interprètent comme un nouveau paradigme qui offre une alternative au paradigme bureaucratique classique et wébérien de l'administration publique pour améliorer la performance des services publics (Barzelay, 1992; Osborne & Gaebler, 1992; Hood, 1995, 1996a; Gow & Dufour, 2000). D'autres se veulent plus circonspects sous prétexte que le *NMP* est toujours à une étape pré théorique et que le statut de la connaissance produite par le *NMP* autant que les méthodes utilisées pour produire cette

connaissance ne sont pas toujours clairs (Marshall, 1998; Klages & Loffler, 1998). Alors que certains imputent le mouvement du *NMP* à la montée d'une idéologie marchande soutenue par les thuriféraires du néolibéralisme, d'autres l'interprètent comme une forme de gestion hybride qui propose de nouvelles façons de faire tout en sauvegardant les valeurs traditionnelles qui fondent le service public (Laughlin, 1991; Ashburner & al., 1994). Plusieurs travaux soulignent le manque de connaissance systématique relative à la mise en œuvre du *NMP* (Klages & Loffler, 1998). D'autres reconnaissent toutefois qu'on dispose de plus en plus aujourd'hui d'un corpus de modèles publics pouvant apporter des idées et des enseignements sur les formes organisationnelles auxquelles donne lieu le *NMP* (Fertie & al, 1996).

D'après Hood (1991), Fertie & al. (1996), le cadre intellectuel du *NMP* repose sur tout un corpus de théories relativement récentes empruntées surtout aux sciences économiques et incluant notamment: la théorie du choix public, la théorie du marché politique et l'économie néo-institutionnelle.

La théorie du choix public et la théorie du marché politique posent leurs fondements sur une critique de la bureaucratie webérienne. Dans la théorie du choix public, l'accroissement de l'État et l'expansion bureaucratique sont expliqués par des facteurs endogènes liés aux principes de fonctionnement des services publics et aux comportements des bureaucrates. Niskanen (1971) attribue la croissance de la bureaucratie à une double inefficacité. L'inefficacité allocative associée à un excès de production dérive de la tendance des administrateurs à maximiser le budget dont ils disposent. L'inefficacité productive tient au fait qu'il n'y a pas toujours de sanctions économiques ou d'incitations positives pour contraindre les managers à accroître les performances économiques de leurs services. La conséquence en est un service public de plus en plus sur-dimensionné qui n'offre pas pour autant les meilleurs services. Il s'agit dès lors de trouver les moyens appropriés pour limiter cette expansion de la bureaucratie ou, au mieux, réduire sa taille tout en la rendant plus performante.

Suivant la théorie du marché politique, l'État est conçu à l'instar du marché comme un mécanisme au travers duquel les hommes tentent de réaliser leurs objectifs (voir Rosanvallon, 1981). Les agents publics ont pour but principal de satisfaire leur propre utilité. L'homme politique qui est un *homo oeconomicus* comme les autres a pour objectif central d'être réélu à son poste et non pas de

maximiser l'intérêt général. Ainsi, pour répondre aux attentes de groupes d'intérêts particuliers jugés indispensables à sa réélection, il n'hésitera pas à multiplier des actions de redistribution et à développer indûment des équipements collectifs (Tullock, 1978). Les *internalités* dont parle Wolf et qu'il impute aux défaillances des systèmes bureaucratiques et non-marchands s'inscrivent dans cette même perspective. Suivant Wolf (1979, 1993), il y a développement d'*internalités* à chaque fois que les coûts et les bénéfices organisationnels et privés des bureaucrates et de la bureaucratie sont pris en compte dans la prise des décisions sociales. Dans la même ligne de pensée, ceux que McAvoy (1994) appellent les *néo-wébériens* attirent l'attention sur le fait que les administrateurs de l'État forment souvent des réseaux politiques avec des groupes d'intérêt puissants avec lesquels ils négocient leurs décisions. La réponse proposée pour freiner cette croissance de la bureaucratie, pour diminuer les gaspillages de ressources publiques et pour contrecarrer l'utilisation abusive des pouvoirs publics, c'est de recourir à des modes alternatifs de gouverne qui permettent à la fois d'introduire la concurrence dans la gestion des services publics et de modifier le système de motivation et de rémunération des agents publics.

Alors que les théories précédentes reposent surtout sur une critique en règle des formes bureaucratiques traditionnelles et font ressortir leurs lacunes, la théorie de l'agence et la théorie des coûts de transaction, en s'inscrivant dans le courant de l'approche économique néo-institutionnelle, fournissent plutôt un cadre intellectuel qui *reconceptualise* le secteur public comme un ensemble de relations contractuelles et de transactions (Williamson, 1975; 1985; Eisenhardt, 1989). Deux questions sont centrales dans cette littérature: 1) comment aligner les objectifs des différentes parties impliquées dans les transactions dans le contexte de l'offre des services publics, autrement dit, comment assurer que les organisations publiques et leurs agents agissent dans le meilleur intérêt du public ou de ses représentants? 2) dans quelles conditions peut-il être plus efficient de recourir à des mécanismes marchands pour assurer l'offre de services publics? Les réponses proposées à ces questions au niveau opérationnel auront donné lieu à un large mouvement de réinvention des gouvernements et une vague importante de réformes administratives dont la liste inclut: *National performance review* aux États-Unis, *Public service 2000* au Canada, *Next steps* en Grande-Bretagne, *Financial management improvement program* en Australie, *Strategic management initiative* en Irlande (OCDE, 1993; 1995; Haque, 2000; Millar & McKeivitt, 2000). Ces réformes qui proposent toutes de gérer autrement les organisations publiques sont traitées dans la littérature scientifique

sous différentes appellations: managérialisme (Pollitt, 1990, 1993; Aucoin, 1988), nouveau management public (Peters & Savoie, 1995; Kaboolian, 1998), néomanagérialisme (Terry, 1998), gouvernement entrepreneurial (Osborne & Gaebler, 1992; Cheung, 1997), reconstruction de l'État (Cheung, 1997; Aucoin, 1990).

Plusieurs auteurs interprètent ces initiatives de réformes comme la résultante d'une internationalisation de la gestion publique que reflète la convergence des mesures adoptées dans les différents pays. Divers travaux s'inscrivant dans cette interprétation *mondialisante* se sont ainsi efforcés d'explicitier les grands principes qui guident la mise en œuvre de ces réformes et leurs points de convergence. Hood (1991) a identifié 7 composantes principales qui caractérisent cette nouvelle approche en matière de gestion des services publics et qui correspondent soit à des modes de gestion à privilégier, soit à des capacités à renforcer, soit à des outils de gestion à promouvoir: 1) liberté de gestion aux gestionnaires; 2) explicitation claire des critères de mesure de la performance des agents et services publics; 3) attention plus grande aux résultats qu'aux moyens et processus; 4) recherche d'alternatives à la fourniture directe des services par des entités publiques; 5) introduction de la concurrence entre les prestataires de services publics; 6) adoption de styles de gestion empruntés au secteur privé; 7) rigueur dans l'utilisation des ressources. Osborne & Gaebler (1992) proposent une liste exhaustive de techniques auxquelles peut recourir l'administration publique pour devenir plus efficace, pour créer de meilleures incitations et pour soutenir la performance: privatisation, contractualisation, décentralisation, rémunération au rendement, partenariats, management par résultats, organisation des services axée sur la clientèle. D'autres travaux mettent en relief les possibilités offertes par cette nouvelle approche pour séparer la mise en œuvre des services des joutes politiques, pour renforcer les capacités analytiques des décideurs, pour mettre au profit du secteur public les meilleures pratiques utilisées dans le secteur privé. (Charry & Rouillard, 1997; Gow & Dufour, 2000; Terry, 1998). Au-delà de l'utilisation commune d'une série de techniques administratives, cette nouvelle convergence a été également associée à la mise à l'avant-scène de valeurs que sont l'efficacité, le service à la clientèle, le dynamisme, la flexibilité (Kernaghan, 1997). L'OCDE (1995) parle de l'émergence d'une nouvelle culture administrative dont les traits caractéristiques se traduisent par un intérêt plus marqué pour des résultats, une volonté de décentralisation de l'allocation des ressources pour les rendre plus proches des usagers, une

sensibilité plus forte aux changements de l'environnement, une recherche constante de moyens susceptibles d'assurer l'efficacité, la rentabilité et la qualité des services.

Ce *Nouveau Management Public* se traduit donc par l'émergence d'un certain nombre de tendances nouvelles et convergentes qui offrent plus d'autonomie et de capacités d'action aux managers, qui créent des conditions et des moyens potentiellement plus favorables pour une reddition des comptes axée sur les résultats et qui portent davantage attention aux usagers des services. Tout en reconnaissant cette grande convergence que reflètent le discours, les objectifs et le cadre intellectuel des réformes, d'autres travaux indiquent plutôt que les développements actuels ne correspondent pas à une tendance monolithique et que les moyens employés pour réaliser les objectifs varient considérablement suivant le contexte national et institutionnel (Kickert & Jorgensen, 1995; Cheung, 1997; Romzek, 2000). Hood (1996b) parle d'au moins quatre variantes de réformes inspirées du *NMP*: un modèle japonais, un modèle américain, un modèle allemand et un modèle suédois. Dans une analyse comparée des pays de l'OCDE, Cheung (1997) relève des variations portant sur la logique des réformes, les cibles privilégiées et les mesures adoptées. À un niveau plus conceptuel, Ferlie & ses collègues (1996) ont réalisé un travail particulièrement élaboré et distinguent quatre modèles types différents du *NMP*:

- Le modèle de l'efficience propose une configuration des organisations publiques beaucoup plus proche des organisations privées et met l'accent sur les conditions d'utilisation des ressources financières dans les services publics. Ce modèle valorise fortement le rôle des *managers seniors* dont les compétences offrent un avantage comparatif par rapport aux élus et leur permettent de gérer plus adéquatement les ressources mises à leur disposition. Les modifications proposées à l'autorégulation des professions visent à coopter des professionnels dans le processus de gestion et à rendre les professionnels davantage imputables à leurs organisations.
- Le modèle de la rationalisation et de la décentralisation s'appuie sur le principe de développement des marchés internes. À la gestion hiérarchique centrée sur des *managers seniors* qui caractérisait le modèle précédent se substitue ici une gestion par contrats. Il s'agit d'un système de services publics qui mise sur la flexibilité, sur la diversité des formes organisationnelles et sur les alliances et partenariats pour dynamiser l'offre de

services. Les fonctions d'achat et de fourniture de services sont considérées comme des fonctions distinctes devant être assurées par des acteurs différents.

- Le modèle de l'excellence mise sur des modifications culturelles pour opérer les changements nécessaires au niveau des organisations. Sa forme ascendante met l'accent sur l'apprentissage organisationnel et tente au travers du développement d'une culture collective d'obtenir l'engagement collectif nécessaire à l'excellence des services. Sa forme descendante s'appuie sur des programmes planifiés de changement culturel et compte sur des leaders charismatiques pour inculquer cette nouvelle culture organisationnelle.

- Le modèle du service public propose d'importer dans le secteur public des idées empruntées au secteur privé en tenant rigoureusement compte des spécificités des organisations publiques et en sauvegardant ainsi les valeurs traditionnelles d'équité, de participation citoyenne, de solidarité qui fondent le service public. Dans ce modèle qui valorise les principes de fonctionnement démocratique, l'accent est mis sur l'imputabilité vis-à-vis des usagers de services, considérés davantage comme citoyens que comme consommateurs.

C'est donc dire que les systèmes de services publics et leur environnement institutionnel sont influencés par un ensemble de nouvelles idées sur le management public qui inspirent de nouvelles politiques, de nouvelles pratiques et de nouveaux instruments de gestion. Cependant, en dépit de certaines tendances fortes qui marquent le discours des réformes, la mise en œuvre de ces principes se revendiquant du *NMP* peut donner lieu à des orientations multiples contingentes à l'histoire, à la politique et aux caractéristiques institutionnelles des pays concernés. Il reste qu'au-delà des divergences et quel que soit le modèle prépondérant, toutes les propositions du *NMP* visent à améliorer la performance des services publics au travers d'un ensemble d'interventions qui paraissent au regard de la littérature existante privilégier trois principaux axes (cf. tableau 1) : 1) le développement des capacités managériales; 2) le renforcement des mécanismes d'imputabilité; 3) le rééquilibrage des rapports entre producteurs et usagers des services.

**Tableau 1 : Nouveau management public - trois axes principaux d'interventions**

Objectifs visés	Mesures proposées
Renforcement des capacités managériales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des capacités de planification stratégique</li> <li>• Mise en œuvre de dispositifs renforcés d'information et d'aide à la décision</li> <li>• Recours à des formules d'allocation des ressources intégrant la performance des producteurs, les profils des clientèles et les volumes de services</li> <li>• Appui sur des cadres supérieurs reconnus pour leur expérience et leurs compétences</li> <li>• Délocalisation des responsabilités et des pouvoirs (décentralisation, privatisation) pour accorder plus de flexibilité et d'autonomie aux agences exécutives</li> <li>• Intégration de professionnels et d'experts à l'administration</li> </ul>
Renforcement des mécanismes d'imputabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contractualisation des relations entre les différents paliers d'administration</li> <li>• Remplacement du contrôle bureaucratique par les normes par des accords de performance centrés sur les résultats</li> <li>• Séparation des fonctions d'achat et de production et contractualisation des relations entre acheteurs et producteurs</li> <li>• Compétition entre les producteurs de services</li> <li>• Développement des indicateurs de performance et de qualité des services</li> <li>• Alignement des structures d'incitation et des mécanismes de mesure de la performance</li> <li>• Extension du contrôle managérial à l'activité professionnelle</li> </ul>
Rééquilibrage des pouvoirs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations contractuelles entre producteurs et usagers</li> <li>• Diffusion régulière de l'information sur la performances des producteurs</li> <li>• Chartes de droit</li> <li>• Liberté de choix du consommateur</li> </ul>

Au plan du développement des capacités managériales, les initiatives engagées et les mesures proposées visent à permettre aux administrateurs et aux décideurs à tous les niveaux de renforcer les capacités nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et assurer le suivi des politiques et des programmes tout en garantissant les meilleurs niveaux de performances. Il s'agit par exemple de nouvelles formules d'allocation des ressources plus complexes mais plus efficaces parce qu'elles tiennent davantage compte de la performance des producteurs et des profils des populations et des clientèles. La planification stratégique est défendue dans cette perspective comme un aspect essentiel du processus de gestion qui doit être parfaitement maîtrisé par les administrateurs et qui leur donne la possibilité de préciser la mission, les objectifs et les stratégies organisationnels et de définir le lien logique entre les stratégies et les résultats. Terry (1998) parle d'une gestion quantitative et analytique qui prend racines dans l'analyse politique et l'économie et qui mise fortement sur l'utilisation stratégique de techniques analytiques sophistiquées pour réduire l'incertitude qui entoure la prise de décision politique et administrative et en améliorer la qualité (voir aussi Lynn, 1996). D'autres travaux indiquent un processus de métrisation de la gouvernance ("governing by metrics") dont rend compte le recours accru à des tables de performance et des fiches de rendement

(Llewellyn & Northcott, 2002). De nouveaux dispositifs d'information devraient assurer aux administrateurs les données probantes nécessaires pour élaborer les politiques et les programmes, allouer les ressources, assurer le suivi des interventions. Des outils d'aide à la décision et des programmes experts devraient renforcer la fiabilité du processus de décision et permettre aux administrateurs de mieux exercer leurs fonctions d'achat de services. L'intégration des professionnels à l'administration devrait renforcer la base experte de cette dernière et lui permettre de mieux informer ses interventions. Ce renforcement des capacités managériales est aussi recherché par un ensemble de mesures visant à donner aux gestionnaires la marge de manœuvre nécessaire pour exercer leurs fonctions exécutives sans être opprimés par le poids des contraintes bureaucratiques. Suivant une telle perspective dont plusieurs travaux parlent en termes de *liberation management* (Peters, 1992; Light, 1997), la faible performance des services publics ne peut être imputée à une quelconque incompétence des managers mais plutôt à la lourdeur d'un système hautement bureaucraté dont des règles souvent non nécessaires entravent le bon fonctionnement. La déréglementation de la gestion interne des bureaucraties publiques, la décentralisation des processus de gestion des budgets et des personnels figurent ainsi parmi une grande variété de mesures proposées pour laisser plus d'autonomie aux agences publiques (Barzelay, 1992, DiIulio, 1994; Peters, 1996).

Le deuxième axe d'actions porte sur le renforcement des mécanismes d'imputabilité et s'inscrit certes, lui aussi, dans une perspective plus large de gestion. Mais les mesures proposées ici visent de manière plus spécifique à faire en sorte que les agents puissent être directement tenus imputables pour leurs performances. Un accent particulier est ainsi porté à l'élaboration des standards de performance, à la mesure des performances et à l'imputation de ces performances (Marsh, 1999; Lynn, 1998; Hood, 1995). La mesure de la performance est présentée comme un outil essentiel pour assurer le monitoring de la qualité des services publics. Il est postulé qu'en rendant publique l'information sur la performance comparative des différents fournisseurs publics, ceci les inciterait à améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services. De nouvelles formes d'interaction entre les différents paliers d'administration basées sur des accords de performance sont promues pour les possibilités qu'elles offrent de préciser les responsabilités des différentes parties, d'assurer l'imputabilité d'unités administratives par rapport à des résultats exprimés de manière claire et préalablement convenus, de clarifier la relation entre le travail des divers agents et les résultats. Ces

modèles contractuels visent aussi à offrir aux acheteurs de services les leviers nécessaires pour exercer leurs prérogatives d'achat et inciter les producteurs à améliorer le rapport qualité-prix de leurs prestations (Mills & al., 1997). En amont, des efforts sont suggérés pour développer une structure d'incitations alignée sur les performances. L'introduction de la compétition dans le cadre de la création de marchés internes mettant les producteurs de services en situation de concurrence est ainsi proposée comme une stratégie viable qui expose les producteurs aux forces du marché et les incite à améliorer leurs performances (Hood, 1995; Boston, & al., 1996; Kettl, 1997)

Le troisième axe d'actions réfère plutôt à un ensemble de mesures qui visent à rééquilibrer les pouvoirs pour permettre aux consommateurs et aux usagers des services d'exercer leurs droits à un service de qualité et d'avoir un contrôle plus important sur l'offre des services. Le postulat à la base est que des consommateurs informés décideront de l'utilisation des services en fonction de la qualité perçue de ces derniers et de leur valeur. S'ils ne sont pas satisfaits avec un fournisseur, ils doivent avoir la possibilité de se tourner vers un autre. Ce rôle actif du consommateur serait ainsi de nature à créer les incitations nécessaires pour porter les fournisseurs de services publics à améliorer leurs performances (Enthoven & Kronick, 1989a, b; Etheredge & Jones, 1991). Les mécanismes concurrentiels entre les prestataires, la diffusion régulière de l'information sur la performance des prestataires, la transparence du processus de production et de ses coûts, des relations contractuelles entre les fournisseurs de services et les usagers, des chartes de droit de l'utilisateur sont autant de mesures qui ont été promues dans la perspective d'habiliter le consommateur, lui laisser le choix, lui donner la possibilité de faire valoir ses droits (Corrigan & Nielsen, 1993; Starr, 1993; Schneider & al., 1999)

Ce tour d'horizon laisse toutefois ouverte une question que se posent plusieurs critiques du NMP : "Qu'est-ce qui est réellement nouveau dans ce NMP?" (Jermier, 1998; Reed, 2002). Pouvons-nous affirmer que ces nouvelles propositions souvent reprises dans le discours des réformes correspondent à un nouveau paradigme de gestion qui remise le système bureaucratique ou s'agit-il de stratégies rhétoriques utilisées pour reproduire la réalité organisationnelle et mettre en œuvre l'agenda bureaucratique? Dans la recherche contemporaine sur le changement organisationnel et institutionnel, une attention croissante est portée au rôle du langage, des rituels et des pratiques discursives (Astley & Zammuto, 1992; Mauws & Philips, 1995). Alors qu'il est reconnu depuis

longtemps que les mécanismes de contrôle font partie intégrante du fonctionnement des organisations (Blau & Scott, 1962; Thompson, 1967), plusieurs travaux critiques soulignent de nouveaux procédés plus subtils par lesquels opère désormais ce contrôle au travers de la manipulation du langage, du discours, de la construction et de l'utilisation des connaissances (Oakes & al., 1998; Covalski & al., 1998). La littérature critique et post-moderniste s'intéresse ainsi aux mécanismes par lesquels les organisations agissent, se reproduisent et se modifient au travers de discours qui construisent la réalité sociale pour leurs membres et leurs publics.

En vertu des postulats associés à la modernité et à la rationalité, la tendance est souvent d'approcher les questions de gouverne sur la base de l'action individuelle, au travers d'une conception causale et linéaire de la responsabilité, dans le cadre d'un face-à-face entre des acteurs individuels (Petress & King, 1990). Cependant, il reste que dans le contexte culturel contemporain, dans l'environnement complexe et hautement technologique d'aujourd'hui, cette source humaine n'est pas toujours identifiable et les organisations opèrent plutôt au travers de messages et de discours qu'elles diffusent par de multiples canaux (Schultz, 1996). À l'omniprésence des organisations qui structurent tous les aspects de la vie sociale s'ajoute une variété croissante de moyens de communication offerts à ces entités organisationnelles pour diffuser leurs messages. Il s'ensuit une augmentation de l'influence et de la portée de ces messages auxquels les individus peuvent difficilement échapper. Le langage, les discours correspondent ainsi à des processus symboliques mobilisés de plus en plus dans la stratégie organisationnelle et qui ont une influence centrale dans les représentations et les pratiques des acteurs (Smircich, 1983). Suivant la perspective critique, les réalités culturelle, sociale, organisationnelle correspondent à des constructions linguistiques et c'est au travers de stratégies discursives et argumentatives et de l'action communicative que les structures de pouvoir et les idéologies existantes sont légitimées et reproduites (Foucault, 1991; van Dijk, 1993; Heracleous & Hendry, 2000). La réalité et la "vérité", si vérité y en a, sont fabriquées au travers des interprétations, des représentations et des pratiques discursives des rhéteurs, relayés par leurs publics variés. Il est ainsi suggéré que l'État industriel moderne crée, maintient et reproduit ses modes de contrôle social au travers de constructions symboliques de la réalité qui sauvegardent les relations supérieur-subordonné requises par les élites politiques et managériales (Schultz, 1996). Les messages et les discours organisationnels sont considérés comme des moyens permettant de reproduire une certaine hégémonie, non pas

forcément au travers de la coercition mais non plus nécessairement au travers d'un consentement éclairé, ou plutôt ce consentement s'obtient au travers de pratiques, de techniques qui infiltrent les corps et les esprits et contribuent à entretenir des comportements, des croyances et des besoins spécifiques (Smart, 1986). Fairclough (1995) parle d'une *technologisation* du discours organisationnel soutenue à la fois par le *momentum* des réformes engagées dans les sociétés occidentales et l'orientation de ces dernières vers des pratiques hautement rationalisées et standardisées. Ce processus de *technologisation* se traduit par un discours à tendance universaliste et fortement dépendant des ressources cognitives, techniques et symboliques générées par des experts (Reed, 2002; Fairclough, 1995). Ce discours qui revendique une base de rationalité et de neutralité sert pourtant à promouvoir une vision de la réalité qui est le plus souvent celle des élites et à légitimer de nouvelles formes de contrôle plus intenses mais plus insidieuses (Jermier, 1998). La perspective critique offre ainsi une grille pertinente pour déconstruire et conséquemment mieux comprendre les pratiques et stratégies discursives utilisées dans le contexte des réformes. Plusieurs travaux empiriques s'inscrivant dans cette perspective suggèrent une retenue par rapport à la portée de certaines innovations managériales ou expériences organisationnelles présentées comme une rupture avec le système bureaucratique mais qui correspondent davantage à des manières de déguiser le contrôle bureaucratique sous la rhétorique d'un discours émancipateur (Ezzamel & Wilmott, 1998; Sewell, 1998). Dans la suite de cet article, nous examinerons empiriquement dans quelle mesure les pratiques et les discours associés à la mise en œuvre des réformes des services publics au Canada contribuent-ils à modifier ou à perpétuer les positions respectives des acteurs et les dynamiques existantes en matière d'imputabilité et de gestion.

### **3.- RENOUVEAU MANAGERIAL DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA**

#### **▪ Méthodologie**

Le matériel utilisé pour cet article centre l'attention sur les réformes engagées dans l'administration publique et le secteur de la santé au Canada au cours des dix dernières années, tout en prenant en compte certaines initiatives qui auront été engagées au cours de la décennie précédente. La stratégie de recherche adoptée est l'étude de cas multiple avec niveaux d'analyse imbriqués. Le cas est la province. Trois provinces canadiennes ont été sélectionnées : le Québec, l'Alberta et l'Ontario. Il s'agit de trois provinces qui, au cours des récentes années, ont initié des

réformes majeures de leurs services publics en général et de leurs services de santé en particulier. Il s'agit de trois cas qui, au-delà des similitudes, ont chacune leurs caractéristiques institutionnelles qui se reflètent dans la spécificité de certaines mesures adoptées pour mettre en œuvre les réformes. L'Alberta est, parmi les provinces canadiennes, celle qui a mis en œuvre le système reconnu comme étant le plus avancé en termes de mesure de la performance des services publics et d'imputabilité pour la performance. L'Ontario est, de toutes les provinces canadiennes, la seule dont le système de santé n'est structuré qu'autour de deux paliers de gouvernance au lieu de 3. Le Québec figure parmi les provinces canadiennes dont l'État revendique le plus fortement une place importante dans l'organisation et la prestation des services publics. C'est aussi la seule province canadienne dont un même ministère regroupe à la fois les services de santé et l'ensemble des services sociaux. Dans ces études de cas, l'analyse porte à chaque fois sur plusieurs niveaux d'analyse et concerne à la fois l'administration publique, le système de santé, les organisations de soins de santé et les acteurs organisationnels.

Le matériel a été récolté à différentes sources. Dans un premier temps, nous avons procédé à un recueil de documents pertinents portant sur les réformes de l'administration publique canadienne et des services de santé. Une première recherche documentaire a été effectuée de manière très large en y incluant les différentes provinces. Une sélection a été ensuite effectuée en ciblant les cas étudiés, mais en retenant tout document qui pouvait porter un éclairage complémentaire sur les cas. Une grande partie de la documentation a été collectée par le biais d'Internet. Nous avons consulté de manière systématique les sites web des ministères, organismes ou agences directement impliqués dans ces réformes : Ministères de la santé et des finances, autorités régionales, conseil du trésor, bureaux des vérificateurs généraux, parlements, associations et corporations professionnelles. Les liens pertinents ont été également consultés. Des documents supplémentaires et pour la plupart très spécifiques à une organisation ou un établissement ont pu être recueillis lors de notre rencontre avec des informateurs sélectionnés pour des entrevues. La liste des documents collectés incluait pour la plus grande part des documents de politiques et de planification, plus précisément : des énoncés de politiques, les cadres de référence des réformes, des plans d'activités ou plans d'affaires, des rapports d'activités, des rapports financiers, des lois, des communiqués gouvernementaux, les rapports des différentes commissions d'études qui se sont penchées sur les systèmes de soins de santé au cours des récentes années.

Ces données documentaires ont été complétées par des données d'entrevues impliquant des répondants aux trois niveaux de gouvernance : Ministère, régions et établissements. 49 informateurs-clés, sélectionnés en collaboration avec des personnes-ressources ayant une fine connaissance des divers systèmes de soins de santé, ont été interviewés. La liste des répondants incluait à la fois des cadres supérieurs et des professionnels. Ce choix se justifiait par le fait que ces deux catégories d'acteurs occupent des fonctions particulièrement stratégiques dans l'offre de services de santé, sont souvent ciblés par les systèmes de gestion en place, sont fortement impliqués dans leur mise en œuvre et sont donc susceptibles de fournir une information éclairée sur leur évolution. Dans l'échantillon de cadres supérieurs, nous avons recruté des directeurs généraux de différentes catégories d'établissements, des sous-ministres, des directeurs de programmes à différents paliers de gouvernance, des officiers seniors représentant des regroupements d'établissements. Deux groupes de professionnels ont été sélectionnés pour faire partie de l'échantillon: les médecins et les infirmières recrutés à des postes de direction dans les établissements, les instances régionales, les associations et corporations professionnelles. La majorité d'entre eux exercent une double fonction clinique et administrative et sont donc pleinement concernés par toutes les questions relatives à la gestion des services de santé.

Les données documentaires et les données d'entrevues étaient examinées pour ce qu'elles pouvaient révéler quant au contenu des réformes, quant à leur raison d'être, quant à leurs objectifs, et quant aux mesures mises en œuvre pour atteindre ces objectifs. L'analyse cherchait également à dégager les conceptions et les représentations prépondérantes aux termes de la gestion des services publics, à établir les préférences des acteurs en termes de pratiques de gestion et à faire ressortir les raisonnements autour desquels s'articulent et se justifient ces préférences.

L'analyse documentaire et l'analyse des données d'entrevues étaient effectuées suivant un processus itératif et de validation constante. Les documents ont été d'abord passés en revue et une synthèse a été effectuée. À l'étape de l'analyse des entrevues, nous avons effectué un processus de va-et-vient entre les discours verbaux et les documents soit pour valider certaines assertions soit pour en affiner la compréhension. Dans certains cas, il a été nécessaire de recourir à de nouveaux documents pour compléter l'information.

L'analyse de contenu aura surtout permis de préciser en quoi consistaient les projets de réformes et d'examiner en quoi ces projets correspondaient aux propositions du nouveau management public. L'analyse des discours permettait de mettre en lumière la stratégie discursive et argumentative des répondants pour relever les principaux raisonnements par lesquels les acteurs justifiaient leurs conceptions de gestion et d'imputabilité et leurs jugements des pratiques existantes. Cette analyse proprement interprétative et d'assignation de sens permettait ainsi d'exploiter davantage le matériel, d'aller au-delà des parties très structurées du discours, d'établir les propositions sous-jacentes à la fois aux parties structurées et non structurées du discours, de comprendre le sens de certaines contradictions et de relever les significations associées aux concepts clés utilisés dans le discours. Cette analyse était effectuée en deux étapes. Dans une première étape, il s'agissait de repérer les extraits les plus pertinents du discours pour cette analyse : les parties du discours où le répondant expose sa propre compréhension des pratiques de gestion et d'imputabilité; les extraits qui réfèrent à une expérience ou une opinion personnelle; les extraits qui dénotent une prise de position ou un commentaire plus passionné (Hollway, 1989; Potter & Wetherell, 1987). En deuxième étape, il s'agissait d'explicitier les termes du raisonnement sous-jacent à ces extraits, y compris ceux qui sont moins bien structurés, de déterminer les propositions qui y sont associées, de comprendre le sens des contradictions et inconsistances, de rendre plus explicites les significations associées aux concepts clés utilisés dans le discours (Gavey, 1989; Sinclair, 1995). En termes de valeur ajoutée, l'analyse du discours permet de reconnaître la transformation des pratiques d'imputabilité comme un acte interprétatif dont le sens et la portée vont dépendre de l'interprétation qu'en font les acteurs qui y sont impliqués.

#### ▪ **Le cas du Québec : outiller l'administration**

À partir de la décennie 60, la volonté de contrôle et de rationalisation des actions gouvernementales, la capacité d'intervention gouvernementale permise par une économie en bonne santé, le consensus collectif par rapport à la nécessité de doter la société d'instruments efficaces de lutte contre l'arbitraire, la volonté politique manifeste d'un gouvernement provincial fort sont autant de circonstances qui ont contribué à créer les conditions pour un investissement par l'État québécois de très larges sphères de l'activité économique et sociale. De 1945 à 1975, la croissance économique du Québec a soutenu un rythme annuel de 4.8 %. La décennie 1960, c'est celle de la Révolution

Tranquille marquée par la prise en charge fonctionnelle par l'État des domaines économique et social. Fort de la croissance économique soutenue, l'État se dotera de puissants leviers financiers qui vont lui permettre d'investir des domaines stratégiques comme la production d'électricité, la l'industrie minière, l'habitat, l'exploitation forestière, le développement industriel. L'État devient en même temps le principal producteur d'un ensemble de biens et services et s'avère à la fois l'initiateur, le planificateur et l'administrateur d'un ensemble de politiques et programmes désormais placés sous sa responsabilité. Parallèlement, les dépenses budgétaires de l'État augmentaient à un rythme sans précédent. Elles devaient tripler entre 1961 et 1984, constituant respectivement 8.4 % du PIB en 1961 et 25.2 % en 1984. L'augmentation est particulièrement marquée dans le secteur de la santé dont la part dans le budget public et le PIB n'a cessé de croître. De 1971 à 1985, les dépenses totales de santé ont augmenté à un rythme annuel moyen de 12.2 % soit 0.9 % de plus que celui du PIB (Rochon, 1988). Cependant, à partir de la décennie 80, la situation économique a changé au Québec comme dans tous les pays industrialisés. Après une longue période de croissance prodigieuse, l'économie connaissait une décroissance brutale puis des fluctuations qui se sont traduites par une augmentation importante de la dette publique et des déficits récurrents de l'administration publique. La réduction importante de la marge de manœuvre des gouvernements qui en résultait devait susciter une plus grande sensibilité quant au potentiel de surdéveloppement bureaucratique de l'État, au caractère limité des ressources publiques et à la nécessité de gérer ces dernières de manière plus efficiente. Ainsi à l'instar d'autres gouvernements, le Québec, au cours des 20 dernières années a mis de l'avant et engagé de nombreuses initiatives inscrites dans un projet de modernisation de l'État et visant à réformer la gouvernance des services publics. Dans cette section, nous mettons dans un premier temps à contribution les données documentaires recueillies pour retracer les démarches successives conduites dans le cadre de ce projet de modernisation de l'administration, préciser comment elles se sont traduites dans le secteur de la santé, voir comment elles sont justifiées dans le discours administratif et politique et comment elles s'alignent par rapport aux propositions du NMP. Dans un deuxième temps, nous exploiterons les données des entrevues pour examiner les propositions effectuées par les répondants quant à la réforme des services publics, expliciter leurs stratégies discursives et argumentatives et la vision qui y est projetée en termes de renouvellement de la gestion des services publics de santé.

Les données documentaires permettent de démontrer que les démarches successives conduites dans le cadre de la réforme de la gouvernance des services publics au Québec concentraient les efforts dans la recherche d'un meilleur outillage de l'appareil administratif dans la triple perspective de renforcer l'encadrement administratif, d'améliorer les processus par lesquels les agents sont tenus imputables pour leurs interventions et de rendre le système de services plus réceptif par rapport aux attentes de la clientèle. Le discours politique est assez explicite à cet égard :

"...le gouvernement doit pouvoir compter sur une fonction publique bien outillée pour assumer son double rôle, soit, d'une part, celui de soutien et de conseil et, d'autre part, celui de premier responsable de la mise en œuvre de ses décisions... la réforme comporte trois volets: une réforme générale de l'encadrement administratif de la fonction publique, la généralisation progressive de contrats de performance et d'imputabilité spécifiques à chaque unité et le renforcement de la reddition de comptes." (Gouvernement du Québec – un nouveau cadre de gestion pour la fonction publique – 1999)

L'un des faits marquants de ces efforts pour outiller l'appareil administratif a été l'adoption au cours des 20 dernières années d'une série successive de lois visant à renforcer le cadre institutionnel et réglementaire. *La loi sur la fonction publique* introduite en 1983 faisait suite aux recommandations d'une Commission d'enquête et s'attela à préciser un cadre de responsabilité des employés et à définir les conditions de l'offre de service aux citoyens. *La loi sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics* promulguée en 1993 cherchait à suppléer aux carences de la responsabilité ministérielle et offrait de nouveaux moyens pour rendre davantage imputables les cadres exerçant un haut niveau de responsabilité dans l'administration, ces derniers pouvant ainsi être appelés à rendre compte directement de leurs activités auprès de la *Commission de la Fonction Publique* du Parlement. Plus récemment, *la loi sur l'administration publique* adoptée en mai 2000 affirme de manière explicite dans son préambule l'instauration de nouvelles capacités pour rendre l'administration plus imputable par rapport à ses résultats et par rapport à la qualité des services aux citoyens. Le communiqué gouvernemental qui annonce la promulgation de la nouvelle loi souligne que l'une de ses lignes de force est l'obligation qui est faite aux Ministères et organismes assujettis de services publics de rendre publique une déclaration concernant leurs objectifs quant au niveau et quant à la qualité des services aux citoyens. Pour ce qui concerne spécifiquement le secteur de la santé, *la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*, un remake de *la loi sur l'élimination du déficit et l'équilibre budgétaire* qui régit l'ensemble de l'administration publique, ajoute une autre pièce clé au puzzle et est censée fournir aux autorités gouvernementales les leviers nécessaires pour renforcer l'imputabilité des établissements et des gestionnaires par rapport à la gestion de leurs budgets. Elle confère par exemple au Ministre de la santé le pouvoir de

prendre, lorsque la situation financière d'un établissement le justifie, en particulier lorsque le maintien de l'équilibre budgétaire est menacé, des dispositions nécessaires relatives à la gestion des ressources, incluant la possible mise en tutelle de l'établissement.

En aval des dispositions législatives, divers cadres de gestion ont été proposés, de manière successive, en vue de renouveler les procédures et pratiques de gestion et ainsi fournir aux administrateurs les moyens de mieux exercer leurs rôles. À la fin des années 80 et au début des années 1990, deux opérations successives dénommées "*Pour une rénovation de l'administration publique*" et "*Opération de réalignement de l'administration publique*" cherchaient ainsi à concrétiser les changements introduits dans la loi de 1983 et introduisaient de nouveaux outils. Ces derniers visaient à augmenter l'efficacité de gestion au travers notamment de capacités à mesurer les résultats des interventions et des programmes et d'une meilleure connaissance des décideurs politiques et des administrateurs des besoins de la clientèle. Cependant ces initiatives allaient prendre encore plus d'ampleur à partir de 1994 dans le cadre de la démarche dite de responsabilisation où trois instruments essentiels ont été mis de l'avant pour améliorer la performance des services publics: une nouvelle formule d'allocation des ressources, un modèle de gestion par résultats par le biais d'unités autonomes de services, des mécanismes de concertation sur l'organisation du travail.

Au chapitre de l'allocation des ressources, il était postulé que des enveloppes budgétaires fermées et globales attribuées à chaque ministère et assorties de plans ministériels stratégiques pluriannuels devaient permettre aux ministères de rationaliser leurs choix quant à la distribution de leurs ressources, de situer leurs choix budgétaires dans le cadre de leurs orientations stratégiques et d'identifier les résultats visés. Le modèle de gestion axé sur les résultats, présenté dans les documents officiels comme une adaptation à la réalité québécoise de l'expérience britannique *Next Steps*, proposait une plus grande autonomie aux agences exécutives en même temps qu'il misait sur de nouveaux instruments pour inciter ces dernières à améliorer leurs résultats et à en rendre compte. Un document ministériel soulignait que :

"Malgré une plus grande responsabilisation des gestionnaires de l'administration par la mise en place d'un nouveau processus d'allocation des ressources, l'engagement ne sera que partiel tant que la gestion demeure axée sur le contrôle des moyens et des processus administratifs... Il faut viser à ce que les gestionnaires puissent choisir le moyen le plus approprié à chaque situation et concentrer l'essentiel de leur attention à l'atteinte de résultats de programmes, de qualité de service et de productivité." (Les unités autonomes de service - Application du concept de la gestion par résultats dans la fonction publique québécoise - Document de référence Novembre 1996)

Au chapitre de l'organisation du travail, des mécanismes de concertation entre les syndicats, les associations professionnelles et le gouvernement et les ententes cadres auxquelles ils devaient donner lieu étaient perçus comme des moyens appropriés pour *"introduire plus de flexibilité dans l'organisation du travail"*, *"impliquer les gestionnaires et les employés dans la définition et la poursuite des objectifs gouvernementaux"*, trouver *"des solutions adaptées à des situations particulières, plutôt que de toujours recourir aux solutions applicables à l'ensemble ou dites mur à mur"*.

La dernière vague d'initiatives gouvernementales pour renouveler la gouvernance des services publics remonte au dépôt en 1999 d'un *énoncé de politique* et d'un projet de loi sur la gestion gouvernementale et témoigne en fait de la même rhétorique. La réforme proposée dans le cadre de la nouvelle *loi sur l'administration publique* adoptée en mai 2000 s'inscrit dans un processus de consolidation de la démarche de responsabilisation et reprend les mêmes thèmes de renforcement de l'encadrement administratif et d'amélioration du régime de reddition des comptes. Trois volets d'action sont proposés :

1. *le développement d'un ensemble d'outils visant à renouveler la coordination et l'encadrement de l'administration publique* : élaboration par les ministères d'un plan stratégique pluriannuel précisant leur mission, leurs orientations stratégiques, leurs objectifs, les indicateurs de performance à utiliser pour mesurer l'atteinte de ces objectifs; la publication d'un plan annuel de gestion des dépenses qui précise les choix effectués d'allocation des ressources et les actions envisagées; la publication d'une déclaration sur les objectifs quant à la qualité des services aux citoyens
2. *l'instauration de conventions de performance et d'imputabilité entre l'instance ministérielle et les unités opérationnelles*. Le discours met de l'avant la capacité de ces contrats à *"substituer le contrôle des résultats aux contrôles centraux actuels centrés sur les processus et les facteurs de production"*, *"donner plus de latitude aux gestionnaires quant à l'utilisation de leurs personnels et de leurs ressources"*, *"mettre en œuvre une gestion mieux contrôlée puisque le contrôle porte directement sur la qualité des services fournis aux citoyens"*, promouvoir *"une fonction publique créative, capable d'adapter les services aux besoins"*, inciter à *"une offre de services simples, accessibles, efficaces, efficients"*.
3. *le renforcement des processus de reddition de comptes par le biais de nouveaux outils offerts aux autorités centrales pour mieux exercer le contrôle de la production des services*. L'engagement sur la qualité des services, le plan stratégique, le plan annuel de gestion des dépenses, le rapport annuel

de gestion, la convention de performance s'ajoutent ainsi aux instruments déjà existants (études des crédits budgétaires, rapports du vérificateur général, vérification des comptes...) et sont censés fournir aux décideurs politiques et aux administrations centrales des moyens plus efficaces pour exercer leur fonction de surveillance et de contrôle.

"Un rapport annuel de gestion présentera les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par le plan stratégique. Ce plan stratégique, le plan annuel de gestion des dépenses du ministère ou de l'organisme, ainsi que son rapport annuel de gestion seront déposés à l'Assemblée nationale. Ces informations permettront aux députés, en commission parlementaire, de questionner les sous-ministres et les dirigeants d'organismes sur les objectifs fixés et les résultats atteints par leur organisation." (Communiqué du cabinet du Ministre d'État à l'Administration et à la Fonction publique et président du Conseil du trésor – le 26 mai 2000)

"L'Administration gouvernementale sera transparente quant à ses intentions et elle annoncera dans des documents publics, les résultats qu'elle compte atteindre et sur lesquels elle sera jugée... Avec la loi sur l'administration publique, nous connaissons mieux les enjeux, les choix et les coûts se rapportant à l'action des ministères et organismes." (Communiqué du cabinet du Ministre d'État à l'Administration et à la Fonction publique et président du Conseil du trésor – le 26 mai 2000)

D'autres mesures participent aussi à cet effort d'outillage de l'administration. Le projet GIRES, lancé à partir de 1998, propose d'introduire, par le biais de l'implantation d'un progiciel intégré de gestion, les pratiques les plus efficaces de gestion en ressources humaines, matérielles et financières. Un document gouvernemental indique l'apport potentiel de GIRES au processus administratif en ce qu'il devrait permettre d'une part "*de rendre la gestion des ressources plus efficace et plus efficiente, en adaptant les processus administratifs aux meilleures pratiques d'affaires reconnues*" et d'autre part de garder à jour "*l'information requise pour obtenir une vision d'ensemble de l'utilisation des ressources et pour soutenir la prise de décision.*"<sup>1</sup> Dans la même veine, la politique de l'autoroute de l'information en développement est un autre outil mis en valeur et qui vise, entre autres objectifs, à permettre aux agents publics d'exploiter les possibilités offertes par les technologies de l'information pour renforcer le processus de prise de décision, améliorer les rapports entre l'État et les usagers des services publics, favoriser l'efficacité dans la dispensation des services publics.

C'est donc dire que toutes ces initiatives engagées dans le cadre de ce renouvellement de la gouvernance des services publics misent sur une large variété de nouveaux outils, instruments et structures en grande partie empruntés au répertoire du *NMP* et mis à la disposition des décideurs politiques et des cadres supérieurs dans les organisations dans l'optique d'assurer un contrôle plus étroit de l'utilisation des fonds publics, de créer les incitations nécessaires à l'atteinte des objectifs

des politiques et programmes, de promouvoir la qualité des services et leur efficience, de responsabiliser davantage les prestataires de services par rapport à leurs résultats.

Plusieurs faits récents qui touchent spécifiquement au secteur de la santé témoignent de cette même orientation instrumentaliste et des préoccupations sous-jacentes relatives au renforcement du cadre administratif. Les amendements récents apportés à *la loi sur les services de santé et services sociaux* sont particulièrement éloquentes en ce sens et mettent en relief l'évolution de l'agenda politique. Alors que la loi de 1991 consacrait une plus grande implication des citoyens dans la gouverne des services de santé, les amendements récents cherchent plutôt à renforcer les moyens du contrôle administratif. La nomination par le Ministre des membres des conseils d'administration des Régies Régionales (qui étaient auparavant élus) est justifiée non seulement par la nécessité de clarifier le lien d'imputabilité entre le palier central et régional mais aussi celle de renforcer le processus de gestion et s'assurer que les administrateurs aient les compétences managériales pour conduire le processus de planification et gérer de manière plus efficace les ressources importantes allouées aux administrations régionales. La loi met ainsi un accent important sur la désignation à la tête des organisations de santé des *personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et leur expérience du milieu de la santé et des services sociaux* et sur les mécanismes devant assurer la *reddition des comptes* entre les principaux paliers d'administration. Du même coup, de nouveaux outils sont introduits et offrent à ces administrateurs des moyens à la fois pour bonifier le processus de gestion et assurer un meilleur contrôle des performances. La loi instaure entre les différents paliers de gouvernance des rapports contractuels fondés sur des ententes de gestion et d'imputabilité qui incluent pour chaque palier: 1) une définition de la mission et des orientations stratégiques; 2) l'élaboration d'un plan annuel décrivant les objectifs, les moyens pris pour les atteindre, les ressources disponibles; 3) la détermination des principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints; 4) un engagement à produire, à la fin de chaque année, un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats. Il s'agit donc à la fois d'améliorer le processus de gestion mais aussi de créer le cadre nécessaire pour rendre les agents imputables pour leurs résultats et pour pouvoir, le cas échéant, sanctionner ces résultats.

---

<sup>1</sup> Gestion intégrée des ressources. Secrétariat du Conseil du Trésor.

Le processus d'allocation des ressources aura aussi bénéficié d'une attention particulière. Entre autres initiatives, un *comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés* créé en juin 2000 par le ministère avait le mandat explicite de faire les recommandations relatives à l'élaboration d'une formule de budgétisation susceptible de *mieux refléter l'évolution du volume et de la lourdeur des soins hospitaliers, de favoriser la performance relative des établissements, de maintenir un contrôle adéquat des budgets alloués* (Rapport Bédard, 2002). L'enjeu à ce niveau est de fournir notamment aux autorités centrales et aux régies régionales les outils appropriés pour mettre en œuvre une budgétisation qui leur permettrait de tenir compte des caractéristiques et des volumes relatifs des clientèles et des services, de mieux calibrer le financement des différents établissements, de lier l'allocation des ressources à des attentes explicites en matière de performance.

Une autre initiative majeure a été la mise en œuvre des projets pilotes de *groupes de médecine de famille* responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis. Ce mode de prestation des services suggéré par la plus récente *Commission d'étude sur les services de santé* se veut un moyen d'améliorer la qualité des services mais aussi un outil pour optimiser l'allocation des ressources et une alternative au paiement à l'acte. Il est ainsi appuyé dans les documents officiels par des arguments qui mettent en valeur son potentiel pour "*une meilleure coordination*", "*une plus grande continuité des services*", "*une plus grande accessibilité aux services*", mais aussi "*les avantages d'une relation contractuelle pour imposer aux producteurs de services une obligation de performance*" ou la possibilité d'établir "*un lien direct entre l'allocation des ressources et la prestation des services*" dans la mesure où, avec cette nouvelle forme d'organisation des services, *l'argent suit le client* (Voir notamment le rapport de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, Clair, 2000).

C'est donc un ensemble d'initiatives qui illustrent une volonté et une démarche explicites de renforcer les capacités managériales du secteur et d'outiller les administrateurs et les décideurs en vue de leur permettre de mieux faire face à diverses tâches qui concernent par exemple l'allocation des ressources, l'évaluation des performances, la planification des programmes, le suivi de la qualité des services dispensés à la clientèle.

L'analyse des données recueillies à partir des entrevues indique que les mêmes préoccupations sont retransmises au travers de discours qui mettent fortement en exergue la valeur ajoutée des *contrats*, de la *gestion par résultats*, de la *liberté de gestion*, de l'octroi aux gestionnaires des *leviers d'action nécessaires pour mieux exercer leurs rôles*. Les discours laissent entrevoir trois revendications au cœur de la stratégie argumentaire.

Premièrement, il y a une revendication très forte d'alléger les mécanismes de contrôle associés aux structures bureaucratiques traditionnelles, lesquelles donnent lieu à une inflation de règles et laissent peu de marge de manœuvre aux gestionnaires à tous les niveaux. Malgré un discours et un projet politiques qui sous-tendent un allègement des contrôles centraux et une plus grande flexibilité laissée aux gestionnaires dans leurs opérations courantes, les répondants aux différents niveaux d'administration laissent plutôt croire que le poids des règles et du contrôle bureaucratique reste encore très lourd. Plusieurs exemples ont été cités pour témoigner de la marge étroite de manœuvre dont doivent se contenter les cadres supérieurs dans le système bureaucratique actuel : la centralisation de la gestion des relations de travail qui enlève aux directeurs d'établissements toute possibilité de créer des incitations à la performance, la centralisation de la rémunération des médecins, la multiplicité des conventions collectives qui déjà en amont définit tous les paramètres de l'organisation du travail, un processus d'allocation des ressources où tous les fonds sont déjà affectés à partir du centre.

"...on émascule complètement les gestionnaires qui auraient de bonnes idées pour avoir une bonne performance, mais ils sont pris dans un carcan de règles, de conventions collectives, d'obligations de toute sorte qui font qu'ils n'ont pas de jeu." (Médecin occupant un poste de cadre supérieur dans un centre hospitalier universitaire)

"on a des entraves dans la convention collective...pour un directeur d'établissement, la gestion de son personnel et 80% de son budget sont hyper réglementée par les conventions collectives... vous verrez dans les établissements, des petits CLSC ont 7, 8 conventions collectives différentes. On se comprend? le pouvoir du directeur général est relativement restreint... On peut pas être imputable de quelque chose sur lequel on n'a pas le contrôle." (Cadre senior d'un regroupement d'établissements)

Le poids accordé à la responsabilité ministérielle et l'action inquisitrice des médias à la recherche de « *nouvelles croustillantes* » ont été mis en cause en ce sens qu'ils forcent les responsables politiques qui risquent à tout moment d'être « *éclaboussés* » sur des questions politiquement sensibles à garder un contrôle étroit sur les activités. Des décideurs politiques centraux qui sont quotidiennement interpellés pour rendre compte des difficultés ou des anomalies qui surviennent dans la gestion opérationnelle des services sont ainsi amenés à empiéter sur des fonctions qui devraient plutôt relever des cadres dans les organisations :

"En tant que Ministre, l'es redevable sur tout, tout, tout ce qui se passe dans le réseau. Moi je prends un exemple, d'ailleurs ça n'a pas changé, il y a une femme qui a accouché dans une toilette à l'Hôpital Notre-Dame, ça a monté au cabinet du premier Ministre. Comment voulez-vous que le pauvre Ministre soit imputable de cela ? Ça n'a pas de sens. Non, mais je pense que cela enlève une décentralisation, une mainmise sur les décisions,..." (Cadre supérieur au ministère de la santé et des services sociaux)

L'enjeu ainsi soulevé est de rationaliser les moyens de contrôle administratif afin de laisser aux gestionnaires la liberté nécessaire pour exercer leurs fonctions exécutives. Il s'agit aussi de corriger la tendance à une forme de gouvernance par *gestion de crises* où chaque incident déclenche une enquête, une évaluation des normes existantes, une vérification du respect de ces normes, l'identification d'éventuels coupables et l'institution de nouvelles normes. Suivant la même argumentation, une telle forme de gouvernance qualifiée de *défensive* et de *réactive* peut devenir contre-productive dans la mesure où elle détourne l'attention des résultats à atteindre, centre l'attention sur les événements exceptionnels, faisant ainsi l'impasse sur les lacunes du fonctionnement quotidien sur lesquels les gestionnaires de terrain devraient pouvoir agir dans une perspective d'amélioration continue et durable.

La deuxième revendication porte sur la recherche d'un meilleur alignement entre l'allocation des ressources et la performance des producteurs. C'est en d'autres termes la revendication d'outils appropriés pour rationaliser l'allocation des ressources et sanctionner les activités des divers agents du secteur. Le constat établi est celui d'un découplage entre les structures d'évaluation de la performance et l'allocation des ressources. Une faible performance n'est pas forcément assortie de sanctions au terme de l'allocation des ressources mais peut même se voir récompensée alors qu'une performance exemplaire peut au même registre être pénalisée. Comme en font foi les extraits ci-après, les discours indiquent implicitement que les bases de l'allocation des ressources ne semblent pas toujours rationnelles ou tout au moins incitent à des comportements qui seraient considérés à priori comme irrationnels : creuser son déficit, laisser déborder la salle d'urgence, allonger les listes d'attente.

"Le principal moyen de réajustement de la base budgétaire des trois dernières années, le seul d'ailleurs, ça a été l'ampleur du déficit. Notre budget ici serait probablement 10 millions plus élevé si au lieu de faire le plan de redressement j'avais laissé aller les choses. Là on parle d'imputabilité, c'est l'inverse,.... Ce qui est à mon avis le plus pernicieux, c'est l'absence d'incitatif et la présence de «désincitatif»... j'ai pénalisé mon hôpital en redressant une situation financière, dans le sens qu'on aurait plus de budget si ça n'a pas été fait." (Directeur d'un centre hospitalier)

"Quelqu'un qui veut avoir des ressources, il crée des listes d'attente. Ils disent carrément, si j'ai encore de la difficulté avec le Ministre, j'ai encore mon urgence, c'est des gens du milieu universitaire qui disaient cela! Ils ne faisaient pas ça comme tel là, mais très simplement ils augmentaient les admissions électives, c'est ça qu'ils faisaient concrètement. Donc, ils augmentent les admissions électives, les lits réservés pour les urgences sont pris par les électifs, donc, il y a un problème aux urgences. Ça fait l'affaire de tout le monde, il y a des électifs qui montent, mais enfin!" (Cadre supérieur au ministère de la santé)

"... au niveau du privé, si vous achetez des actions de telle ou telle compagnie c'est parce que vous pensez que cette compagnie là est mieux gérée dans son industrie qu'une autre. Vous aurez plus de profit. Le gouvernement marche un peu à l'envers dans ce domaine là et il va investir plutôt son argent là où ça va mal et c'est complètement à l'envers de ce qu'est ma compréhension du management. On est payé pour que ça marche. Dans le moment regardez les crises, les levées de drapeau, c'est là où on investit... nos médecins nous disent : si vous dites que ça va bien ça nous pénalise. " (Directeur d'un centre hospitalier)

La troisième revendication est celle d'un cadre d'évaluation de la performance et d'imputabilité qui prend davantage en compte les divers aspects de l'offre de services. Le constat établi est celui de l'insuffisance des outils de gestion actuels qui mettent l'accent sur le volume d'activités, la conformité des processus de gestion financière, l'équilibre budgétaire, mais qui ne permettent pas de rendre compte de la qualité des services dispensés à la clientèle, ni de l'efficacité des politiques et des programmes et encore moins des résultats obtenus en termes d'amélioration de la santé. L'enjeu exprimé à cet égard, comme le sous-tendent les propos ci-après, est celui d'un système de responsabilité plus clair assorti de mandats où les objectifs sont bien définis, sont réalistes par rapport aux moyens définis et où les performances sont évaluées en fonction d'un ensemble d'indicateurs pouvant prendre en compte les divers aspects de l'offre de services.

"L'imputabilité c'est un contrat. On n'impose pas à des gens de livrer des résultats qui ne sont pas réalistes. On s'entend avec eux dans une bonne forme contractuelle. On s'entend sur les résultats, est-ce que c'est réaliste, on fait réviser ces résultats-là. On s'entend sur des résultats à atteindre et c'est alors à l'établissement d'y répondre. " (Directeur Général d'un établissement hospitalier)

"Je pense que les administrateurs de leur propre chef se créent des outils pour être capables de rendre compte, mais la pression n'est pas très forte. La seule pression que moi je sens c'est quand même longtemps que je travaille dans ce domaine là, c'est une pression sur la comptabilité et non pas sur la qualité donnée. Sincèrement, ce qu'on sent dans les plus hautes sphères gouvernementales, quand on pense aux orientations du bureau du premier Ministre, aux orientations du Conseil du trésor, du ministère des finances, c'est clair que c'est pas la qualité. je suis persuadé qu'on ne restitue pas du tout ce qu'on fait dans le réseau de la santé et des services sociaux pour garantir aux citoyens les services de qualité. " (cadre senior d'un regroupement d'établissements)

Alléger les mécanismes de contrôle bureaucratique, rationaliser l'allocation des ressources, mieux outiller le processus d'évaluation de la performance correspondent ainsi à trois revendications fortes exprimées. À ces revendications ont été aussi associées des propositions qui mettent essentiellement de l'avant le potentiel de deux outils tirés du répertoire du *NMP* : la gestion par résultats et la contractualisation. Un plaidoyer a été ainsi soutenu par une grande majorité de répondants en faveur d'un modèle de gestion par résultats où il s'agit suivant les termes des discours: *«de rendre compte des résultats obtenus par rapport aux attentes et d'expliquer les écarts»*, *«d'établir des politiques basées sur des orientations claires en matière de santé et de bien-être»*, *«d'être imputable de résultats établis sur la base d'indicateurs nationaux de santé et de bien-être »*, *« d'établir un pacte fondé sur des attentes de résultats et des indicateurs qui permettent de*

*juger de l'efficacité des interventions et pas juste de la qualité d'application de la loi». L'argumentaire sous-jacent met de l'avant le potentiel de ce modèle de gestion qui devrait permettre : 1) aux gestionnaires de se libérer de la plupart des contraintes exercées par le cadre réglementaire (conventions collectives, règlements administratifs) dans la mesure où le contrôle des résultats se substitue au contrôle des règles ; 2) aux décideurs et aux paliers supérieurs de gouvernance de se doter des moyens de mesurer et de sanctionner les performances ; 3) aux différentes parties de clarifier les responsabilités et de s'entendre sur des résultats clairs et réalistes susceptibles de prévenir des transferts excessifs de risques.*

L'autre proposition dominante qui s'inscrit dans cette même optique de rationalisation de la gestion des services est la contractualisation qui s'appuie sur une argumentation assez similaire. Les discours mettent ainsi de l'avant, comme en argumentent ci-après deux directeurs généraux, diverses possibilités offertes par le contrat, soit pour clarifier les rapports entre différents paliers hiérarchiques et permettre à ces derniers de convenir de leurs objectifs tout en laissant ensuite une plus grande liberté sur le choix des moyens, soit pour lier l'allocation des ressources à des attentes précises de performance et ainsi rendre les producteurs de services directement imputables pour la qualité de leurs services, soit pour permettre aux administrateurs d'exercer leur pouvoir d'achat vis-à-vis des producteurs de services et ainsi inciter ces derniers à améliorer leur rapport qualité-prix.

*"Si la budgétisation est plus axée sur la production de services en tenant compte de la population, par exemple je vois dans des hôpitaux universitaires comme nous des ententes contractuelles avec plusieurs régies et je verrais très bien que telle région achète des services de chirurgie cardiaque chez nous par exemple, mais si dans deux ans, si elle a une meilleure offre d'un hôpital de Montréal, elle peut changer." (Directeur Général d'un centre hospitalier)*

*"Par rapport au niveau régional, les règles d'imputabilité étaient moins claires parce qu'il n'y avait entre la régie et l'établissement aucune règle, aucun contrat en quelque sorte quant au résultat à atteindre. Comme beaucoup de régies, la régie avec laquelle je travaillais avait tendance à intervenir plus sur les moyens que sur les résultats et souvent quant elle fixait des résultats à l'établissement, ... dans le fond les résultats visés étaient en quelque sorte pour répondre plus aux normes du ministère qui étaient imposées par le ministère auprès duquel la régie devait répondre plutôt que de tenir compte de réalité du terrain, le volume de la clientèle, la lourdeur de la clientèle, les types de cas, si c'était des cas plus bénins, ou si c'était des cas de pneumo, des cas de cardio, des personnes âgées, etc." (Directeur Général d'un centre hospitalier)*

Ainsi, autant l'analyse documentaire que l'analyse des données d'entrevues semblent converger autour d'un ensemble d'initiatives, de revendications, de propositions et d'argumentations qui semblent bien assises sous l'angle de leur articulation rhétorique, qui font écho dans la grande majorité aux propositions du *NMP*, et qui traduisent en même temps une préoccupation forte de renforcer les capacités des administrateurs à différents niveaux afin qu'ils puissent mieux exercer

leurs rôles. Les diverses propositions effectuées et qui ont été intégrées à l'agenda politique dans le cadre d'un vaste projet de modernisation des services publics ne semblent pas chercher à réviser de manière radicale le rôle de l'État ou son implication dans l'offre de services publics. Il ne s'agit pas non plus de transformer de manière radicale les rapports entre les différents agents. Il s'agit plutôt d'introduire de nouveaux outils qui permettent de rationaliser la gestion de ces rapports, d'assurer un contrôle plus efficace portant sur des résultats, d'allouer plus efficacement des ressources de plus en plus rares et de créer des incitations à une plus grande efficacité.

- **Le cas de l'Alberta : mesurer l'administration**

Comme la grande majorité des provinces canadiennes, l'administration publique de l'Alberta était confrontée au début des années 1990 à un environnement macroéconomique hostile. Dans cette province pétrolière, le ralentissement économique et la baisse des revenus du pétrole se traduisaient par un déficit important du budget public, une augmentation du taux de chômage, un accroissement de la dette et une augmentation de la charge fiscale des contribuables. Ces problèmes, ajoutés à une explosion des coûts des services publics en particulier des services de santé et aux difficultés de plus en plus importantes confrontées par les citoyens pour avoir accès à ces services contribuèrent à alimenter la suspicion des citoyens à l'égard de l'utilisation des ressources publiques et allaient créer le *momentum* nécessaire à la mise en œuvre d'une réforme en profondeur de l'administration publique albertaine. Comme dans le cas précédent, nous allons de manière successive examiner les données documentaires puis les données recueillies par entrevues pour passer en revue le contenu de cette réforme, préciser les initiatives engagées, comment elles sont justifiées et promues dans les discours, comment elles se situent par rapport au *NMP* et dans quelle mesure elles auront donné lieu à de nouvelles représentations quant à la gestion et la structuration des services publics.

Les données documentaires indiquent de manière convergente un ensemble d'efforts déployés, dans le cadre d'un projet politique soutenu par les différents acteurs sociaux, pour mesurer la performance de l'administration et utiliser cette information pour améliorer la performance des services. C'est à partir de 1993 que, suivant les recommandations du vérificateur général, le gouvernement entreprit de mettre en œuvre une réforme des services publics dont les principaux thèmes réfèrent largement à la nouvelle idéologie managériale et aux principes du *Nouveau Management Public: business-like approach, business planning process, strategic planning,*

*benchmarking best practices, performance measurement, performance results, contracting for performance, performance-based budgeting.* La mesure de la performance s'avérait la clef de voûte de la nouvelle orientation gouvernementale et l'instrument privilégié pour atteindre trois objectifs exprimés de manière explicite relatifs à la gouvernance des services :

1) Renforcer les capacités des décideurs politiques et des administrateurs impliqués dans la gestion des services publics en leur fournissant de manière régulière l'information relative à la performance de ces services. La mesure de la performance est considérée comme un instrument clé pour informer la définition de la mission et des objectifs des organisations publiques, améliorer le processus de planification stratégique, supporter la prise de décision et l'allocation des ressources, faciliter une élaboration de politiques et de programmes supportés par des données probantes

"Strategic planning is a powerful tool for setting priorities and making informed decisions about the future. But simply having a strategic plan is not enough. To meet its goals, your organization also needs a mechanism to assess progress and help correct course from time to time. That tool is performance measurement." (Government of Alberta, Results Oriented Government, 1998)

"Unless we set clear goals, then measure our performance against the targets we set, we won't know if the actions we're taking are making a positive difference. The goals are set in government's business plan. It drives the development of strategies and performance measures. By measuring and tracking results, we can look at what's working well and what isn't. We can make choices about continuing certain programs, improving them, or abandoning them entirely and trying a new approach." (Measuring Up '96, Second Annual Report by the Government of Alberta)

"We want proof that our strategies are working and producing the results we want..." (Alberta Finance Ministry, in Measuring Performance, a reference guide, 1996)

2) Renforcer les processus d'imputabilité et créer les conditions nécessaires à une amélioration continue des services. Encore ici, l'élaboration d'indicateurs de performance et la mesure de la performance sont proposées comme les outils les plus appropriés pour assurer la transparence des services vis-à-vis du public, pour spécifier les rôles et les responsabilités des différentes parties, pour rendre les acteurs imputables pour leurs résultats et les inciter à les améliorer, pour assurer la coordination entre les différents paliers de gouvernance. Alors qu'un nouveau slogan « *steering rather than rowing* » appelle à réduire la taille de l'administration publique et à transférer la fourniture de certains services à des tierces parties, il s'agit de mettre en place les outils appropriés pour s'assurer que ces tierces parties s'acquittent efficacement de leurs tâches en conformité avec les objectifs du gouvernement qui reste toujours imputable pour ces services :

"Changes in the way government operates have created new accountability requirements. The government has said that it will "steer" rather than "row" and has transferred the delivery of some services from ministries to various third party service delivery agents. The government prescribes the policies and standards to be followed by third party agents, and has "contracted" these organizations to deliver certain government services. The government is still ultimately accountable to the public for ensuring that services delivered by third party agents are being adequately provided... From the public's perspective, failure at this level is still considered the government's responsibility, so the responsibilities of each party need to be clearly defined for proper accountability." (Government of Alberta, Measuring Performance, a reference guide, 1996)

3) Promouvoir une offre de services centrée sur l'amélioration continue du service à la clientèle. La mesure de la performance est, dans cette perspective, présentée comme l'instrument privilégié pour assurer la transparence des activités gouvernementales vis-à-vis des citoyens et consommateurs, créer les conditions nécessaires pour recueillir *l'input* de ces derniers et utiliser cette information pour améliorer les prestations.

"The emphasis is upon accountability for results—measuring whether or not public programs are successfully addressing the real needs of the individuals, families and companies they seek to serve." (Government of Alberta, Results Oriented Government, 1998)

"If government restructuring is to produce positive benefits for Albertans, we need to ensure that Albertans are receiving the best results and the best value for their tax dollars. That means the quality of priority programs must be as high as possible. To achieve business plan goals and maximize the effectiveness of government programs, we need to know what works, what doesn't and why. Once we know that, we need to act upon that information." (Government of Alberta, Measuring Performance, a reference guide, 1996)

"We will shine the spotlight on our strengths and weaknesses. And we'll use what we learn to get it right . . . to stop doing things that don't produce the results Albertans want." (Ministre des Finances de l'Alberta, cité dans Measuring Performance, a reference guide, 1996)

Depuis 1993, plusieurs engagements concrets qui ont eu un impact direct sur la gouvernance du secteur de la santé ont été pris par le gouvernement de l'Alberta pour concrétiser cette nouvelle approche de gestion. La promulgation du *Government Accountability Act* créait le cadre réglementaire nécessaire et précisait en même temps les grandes lignes de la nouvelle orientation dont l'architecture repose sur un processus de planification échelonné sur trois ans et la création d'un système exhaustif d'évaluation du rendement. Trois instruments de gestion ont été mis en œuvre et jouent un rôle particulièrement clé dans ce processus :

1) Les *plans d'affaires (business plans)*, élaborés à l'échelle des différents niveaux de gouvernance répondent désormais à l'exigence de définir les activités de base pour une période de trois ans, de fixer des objectifs pour chacune de ces activités, d'énoncer les stratégies à déployer en vue d'atteindre les objectifs et de déterminer les ressources nécessaires. Dans le secteur de la santé, le plan d'affaires ministériel se doit ainsi de définir pour des périodes de trois ans les grands objectifs sur lesquels doivent s'aligner à leur tour les autorités régionales pour construire leurs propres plans et déterminer leurs propres objectifs. Il doit préciser en même temps pour chaque objectif les indicateurs qui vont servir à établir les performances. A titre illustratif, le plan d'affaires 2002-2005 met de l'avant quatre objectifs principaux, présentés dans le tableau ci-après, et pour chacun de ces objectifs un certain nombre d'indicateurs de performance basés pour la plupart sur des données d'enquête et les perceptions des usagers par rapport aux services. Ils dénotent ainsi un changement dans le vocabulaire gouvernemental et dans les cibles en matière de performance qui mettent moins

l'accent par exemple sur le nombre de lits d'hôpitaux, de journées d'hospitalisations, de visites (*input*) et s'intéressent davantage au temps d'attente pour avoir accès à certains services, à la satisfaction de la clientèle par rapport aux services, aux taux de couverture vaccinale, aux taux de mortalité pour des causes spécifiques (*results*).

Tableau 2 : Indicateurs de performance du Ministère de la Santé en Alberta

Objectifs	Indicateurs
Fournir des services efficaces, efficients et de haute qualité	Accès aux services de santé (% d'Albertains qui estiment que l'accès aux services de santé est facile ou très facile) Taux de satisfaction avec la qualité des services reçus Effets des soins sur la santé (pourcentage d'Albertains qui rapportent que l'effet des soins reçus sur la santé est excellent ou très bon) Nombre de personnes en attente pour des services spécifiques (chirurgie cardiaque, radiologie, etc.)
Améliorer la santé	Pourcentage de bébés avec un faible poids à la naissance Taux de mortalité par suicide et accidents Taux de couverture vaccinale
Promouvoir un système d'information pour la santé.	Pourcentage d'Albertains qui estiment que leur connaissance des services de santé est excellente ou bonne Pourcentage d'Albertains qui estiment que le système de santé est excellent ou bon Qualité du système d'information sur la santé
Optimiser l'efficacité du Ministère	Évaluation de différents groupes d'intérêt et des usagers par rapport à la qualité des services fournis par le Ministère

2) Les *rapports financiers trimestriels* correspondent à une seconde exigence qui vise à permettre aux gestionnaires et décideurs aux différents niveaux d'administration d'effectuer le monitoring de l'utilisation des ressources et d'assurer un contrôle étroit de la gestion des budgets.

3) Les *rapports de performance annuels* viennent consolider les traditionnels d'activité et font désormais état des résultats réels comparativement aux résultats planifiés. À l'échelle gouvernementale, ce rapport dit *Measuring Up* se veut à la fois un document d'imputabilité et de planification et rend compte depuis 1993 de la performance des services publics sur la base de 27 mesures de performance associés à 17 objectifs gouvernementaux. En amont, chaque Ministère, chaque autorité régionale, chaque agence gouvernementale, chaque établissement est tenu de fournir annuellement un rapport sur son rendement sur la base des objectifs définis dans son plan d'affaires.

Dans le secteur de la santé, cette nouvelle orientation aura fortement influencé l'agenda des réformes et inspiré une grande variété d'initiatives qui reflètent une volonté manifeste de renforcer les capacités du secteur à planifier, mesurer, rationaliser son intervention et améliorer ses performances. Diverses mesures ont été ainsi engagées pour consolider le leadership ministériel en ce sens.

*Achieving accountability in the health sector* publié dès 1993 proposait un nouveau cadre d'imputabilité qui s'attachait à préciser les rôles et les responsabilités des différentes parties et les moyens de les amener à rendre compte de leurs performances. Une nouvelle législation sur les professions de la santé était promulguée dans l'objectif avoué de clarifier le cadre réglementaire et de faciliter les rapports entre les professions et l'État. La plupart des règlements régissant le secteur de la santé ont été revus et dans certains cas amendés dans la perspective explicite « *d'éliminer ou d'amender les règlements pouvant faire obstacle à la restructuration des services de santé, de minimiser les chevauchements, d'harmoniser les règles et de n'en retenir que l'essentiel, de réduire la charge réglementaire et de privilégier autant que possible l'élaboration de standards de performance basés sur des résultats.* »<sup>1</sup>. Au chapitre de l'allocation des ressources, une nouvelle formule a été élaborée, visant à faire en sorte que « *les différentes composantes du système profitent d'une base stable de financement qui puisse permettre à la fois de satisfaire les besoins des populations et de répondre aux exigences d'équité, d'efficacité et d'efficience.* »<sup>2</sup> Dans la même perspective, un groupe de travail a été constitué en vue de revoir les modes de rémunération des médecins et de trouver une formule de paiement qui soit plus efficiente et qui corresponde davantage aux nouvelles conditions de l'offre de services. D'autres mesures comme la régionalisation des services de santé, comme la contractualisation des rapports entre les différents paliers d'administration sont traitées comme des moyens d'améliorer la gestion des services, de promouvoir la gestion par résultats, d'optimiser le processus d'allocation des ressources. *Alberta Wellnet* (qui correspond à un projet de développement d'un réseau provincial sur la santé) et *Health in Action database* (qui fournit une information détaillée sur plus de 1000 programmes de prévention et de promotion de la santé) figurent parmi des outils supplémentaires mis en œuvre pour pouvoir disposer d'une information pertinente, à jour, fiable susceptible d'être utilisée d'une part pour améliorer la gestion des services de santé d'autre part pour rapporter régulièrement au public l'information sur la performance du système.

C'est donc dire que le renouvellement de la gestion des services publics de santé en Alberta s'inscrit avant tout dans la mise en œuvre d'un projet politique fortement inspiré par le *NMP* et qui mise de manière particulière sur l'information sur la performance et le développement des capacités

---

<sup>1</sup> *Report of the auditor general on the results of applying specified audit procedures to key performance measures, 1998*

<sup>2</sup> *idem*

analytiques de l'administration pour renforcer le processus de planification des activités et des programmes, rationaliser l'allocation et l'utilisation des ressources, rendre les producteurs de services imputables pour leurs performances. Le tout nouveau plan d'action proposé par le gouvernement albertain dans la foulée des recommandations d'une *Commission d'études sur les services de santé* s'inscrit d'ailleurs dans la consolidation de cette même orientation. Les quatre principales lignes d'action de ce plan reprennent les mêmes thèmes centraux et promettent ainsi : 1) de renforcer les processus de reddition des comptes au travers d'un raffinement des outils de mesure actuels de la performance (rapports sur la santé des Albertains, bulletins de performance sur les services clés) ; 2) de renforcer l'infrastructure de gestion du système de santé (systèmes d'information, outils de gestion) ; 3) de favoriser une meilleure utilisation des ressources (révision de certains modes de paiement par exemple) ; 4) de centrer la fourniture des services sur les patients (engagement contractuel entre patients et producteurs, recours au dossier électronique,...)<sup>1</sup>.

L'analyse des discours témoigne de l'appui dont bénéficie cette nouvelle orientation auprès de la grande majorité des personnes interviewées. La mesure de la performance semble au cœur de toutes les représentations relatives au renouvellement de la gestion des services, associée à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre des programmes et perçue comme un instrument indispensable pour définir les objectifs des services et des organisations, pour permettre aux agents d'expliquer leurs niveaux de performance et pour mettre en œuvre quand il y a lieu les moyens les plus appropriés pour corriger d'éventuels écarts à la performance. L'argumentaire met de l'avant les possibilités offertes par cet outil aux gestionnaires et aux décideurs pour rationaliser leurs interventions dans la mesure où il force à définir les fonctions des organisations, à répartir les rôles, à attribuer des objectifs précis de performance et à lier l'allocation des ressources à ces objectifs. Dans les extraits ci-après, un gestionnaire médecin oeuvrant dans une autorité régionale de la province tentait de faire ressortir les fonctions de la mesure de la performance dans le processus de gestion :

"... it started out in terms of "to be able to specifically define what are the functions that an organization were being charged with by government, the responsibility to carrying out and to provide with the resources for carrying it out. So that was really a prerequisite if you wanted to be starting to look at efficiency or effectiveness because without understanding what you are responsible for in the first place, there wasn't a lot of sense in terms of trying to become more effective or inefficient at doing it because maybe you shouldn't be doing it in the first place, it wasn't your particular role or responsibility." (Médecin occupant un poste senior de gestion dans une autorité régionale)

"... So that gets into the performance monitoring and measuring. Now, for each of the areas, each of the programs and services, there has been initiative to identify what are the key performance measures for that

---

<sup>1</sup> Cf: Gouvernement de l'Alberta. 2002. *Alberta: Health First, Building a better public health care system*.

particular program or service and link that performance measure back to the funding that is received by the service. So it's part of the accountability Okay, so we gave the heart health program in terms of "X" millions of dollars and that's with the understanding that they're going to do so many angioplasties, so many in terms of open-heart surgeries such and such and so we have put in place in terms of mechanisms where there is a, you know, in terms of an output, if you want, related to the funding that has been received". (Médecin occupant un poste senior de gestion dans une autorité régionale)

Suivant un autre argument, l'obligation désormais imposée aux agents d'expliquer la variance de leurs résultats obtenus par rapport aux ressources utilisées et aux objectifs assignés motive les agents à améliorer ces résultats et à rechercher davantage les moyens leur permettant d'optimiser les ressources mises à leur disposition. C'est le point de vue défendu ci-après par cette gestionnaire infirmière oeuvrant dans un établissement de soins de santé primaires :

"You would have to explain the variants. On a very simple level I would say for example we're to visit all new mothers that are discharged from the hospital within 24 hours of their discharge. So if I looked at the statistics and found that we were only visiting 78% of the moms that we should, then I would examine that to see why is it that we're not – why are we not examining 95% of the moms. So having to explain the variance, looking to see if it's a resourcing issue, did I have not enough nurses to actually go out and do the visits or were the mothers refusing – so really examining why that variance occurred and then explaining that variance to the director. So it might be that I would advocate that I didn't have enough nursing hours to provide that service or that there was a performance issue. Why did I not meet my target I guess so that would be my explanation. And we do that also with the budget so that if I'm over or under the budget I need to explain why I didn't use the money or why I needed to use more than I actually had. And then I would be responsible to make up that shortfall or to look at ways that we could maximize using the finances."

Et suivant un troisième ordre d'arguments, l'information sur la performance et le monitoring des problèmes qui y est associé offrent aux administrateurs non seulement l'occasion de dépister d'éventuels dysfonctionnements du processus de services pour y apporter les correctifs nécessaires mais aussi des *munitions* pour renforcer le processus de planification et négocier auprès des instances concernées des ressources pour lesquelles diverses parties sont en concurrence.

"I think that the more information that we're able to provide to the director and the executive director in terms of the community programs, we write up a quarterly report in terms of some of the activities and innovations that we're doing. The more information we provide for them when they're sitting at the table with the other portfolios from acute care, then I think that gives them more ammunition or more information necessary to advocate on behalf of the public health programs... Right now in terms of statistical information, we've gone to a new computer program... It has been a little frustrating over the last 18 months because in terms of some of that hard statistical data we haven't been able to access it and by that I mean the number of vaccinations that we actually do at this health center. We know that we're busier than we were a year ago but we haven't been able to pull up a report that says this year we gave 22,000 vaccinations instead of 18,000." (Infirmière gestionnaire dans un établissement de soins de santé primaires)

Ces arguments qui font ainsi écho au projet politique développé précédemment illustrent la valeur et la finalité instrumentale associées à la mesure de la performance qui peut ainsi être exploitée par les gestionnaires et décideurs à tous les niveaux pour supporter la planification,

rationaliser l'utilisation des ressources, contrôler et améliorer la qualité des services. C'est au travers de cette même perspective qu'ont été évoquées les possibilités offertes par la régionalisation. Plusieurs répondants ont ainsi fait valoir que cette nouvelle structuration, assortie d'un plus important effort de spécification des performances attendues et d'une meilleure formule d'allocation des ressources (*axée sur les caractéristiques de la population desservie plutôt que sur le nombre de lits d'hospitalisation, de journées d'hospitalisation ou de visites*) conférerait aux gestionnaires régionaux les pouvoirs et la marge de manœuvre nécessaire pour effectuer le choix des moyens et privilégier les options qui leur paraissent les plus pertinentes en termes d'utilisation des ressources. Cette discrétion accordée par exemple la flexibilité nécessaire pour gérer les relations de travail au niveau régional, pour décider de l'affectation des ressources au niveau régional ou local. Cependant cette marge discrétionnaire laissée aux niveaux intermédiaires ou locaux et permise par la régionalisation ne semble pas pour autant affecter les possibilités de contrôle des pouvoirs centraux. Elle offre plutôt les moyens d'exercer autrement ce contrôle et même de l'optimiser dans la mesure où les autorités régionales peuvent être tenues imputables pour des résultats globaux associés à l'offre d'un ensemble de services interdépendants qui nécessitent la collaboration de divers partenaires et dont les effets ne pourraient être isolés ou imputés à un agent spécifique. Les propos de ce directeur médical illustrent bien ce point de vue :

"...here we have a much more system oriented approach, ...I used to run H... Hospital and when my emergency department was full, it was still my problem to figure out how to get people through the system... I think what it does is place for very clear accountability for delivering all the service required by the population...when I was running H... hospital, one of my accountabilities there was to run all emergency services for the City of ..., you know, so I can't go run and hide when the ambulances are being diverted, it's my problem, you know and it's my fault, those ambulances do something better to improve the service delivery. So that kind of accountability is very different than what exists in the old days when we had individual responsibilities for hospitals and things and things that were, you know, "Our hospital's full, I'm sorry, you got to go some place else." You know, I, I couldn't say that. the other way that it's improved accountability is we used to have stove pipes where we'd have long-term care and acute-care hospitals and they wouldn't talk to each other, you know, so if a accountability ... if you look at the accountability to access the emergency departments, in the old days I, you know, "The hospital's full, sorry I can't help you." Now, it was my responsibility to sort of, "The hospital's full, I've got to get some, you know, people moved out of here." Ah, the long-term care people are part of the same organization, I called them and frequently they're, you know, I called them and sort of say, "You know, I got to get 15 spaces in this hospital today, what have you got?" They would call around to all the long-term care centres..." (Directeur Médical)

L'adhésion à la nouvelle orientation se reflète aussi dans l'attention portée aux formules de contractualisation et de plans d'affaires qui servent de support aux rapports entre les différents paliers de gouvernance. Le discours est très explicite à cet égard et met de l'avant, comme l'indiquent les extraits ci-après, de multiples possibilités offertes par ces formules : 1) pour améliorer le processus de planification et permettre aux différents paliers hiérarchiques de s'entendre sur des

objectifs; 2) pour avoir un feed-back régulier sur les programmes et anticiper d'éventuels problèmes; 3) pour négocier et s'entendre sur les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs; 4) pour assurer l'imputabilité vis-à-vis des contribuables.

"I think having very clear business plans that, you know, where the financial side of the enterprise has agreed to, in advance, with Alberta Health and Wellness, where they can see where our pressure points are, where they can do their planning around, I think that's really important. I think having the clinical templates, you know, let's say, the areas Alberta Health and Wellness think that they are important, these are your targets. That is really important and it has a lot of weight with the public where they can see, how we do it from across the country, within the different regions in Alberta and within the city, in terms of delivering service. I think that's really important." (Gestionnaire dans une autorité régionale)

"the system is working better in terms of having pre-established expectations as to what performance levels we would have. You know, I started a cardiac surgery program. We were going to do 400 heart cases; there was no idea, no provincial plan of how many the population actually needed, you know, it was just kind of, we started a program so it was very micro level. Now you couldn't do now, I mean we're looking at, we're doing a formal review of how we do liver transplant and the program on a provincial basis. It's done on what the population needs, what the demographic trends are, what's happening with things like hepatitis C, what's happening in terms of the technology. So it's become a much more planned approach than it was 10 years ago. So that's pretty optimistic answer but I think it's true,.... it helps us manage the system and it helps Alberta Health so that expectations with the public at the provincial level of what was really required and what we can deliver." (Gestionnaire dans une autorité régionale)

C'est donc un discours qui valorise fortement un modèle de gestion par objectifs et résultats, qui en reconnaît les enjeux en termes d'instrumentation et qui plaide, comme en ont illustré certains propos pour le renforcement des systèmes d'information, pour le développement d'indicateurs de performance fiables, pour un raffinement des outils existants afin de prévenir par exemple les dérives d'une inflation du nombre des indicateurs sur lesquels les agents seraient appelés à rendre compte :

"Certainly in the initial years one of the challenges with the business planning process at that time is the vast number of performance measures that, ah, regional health authorities were charged with achieving and there was not a clear direction in terms of what were the priority areas to be focusing on. So that's been a major issue from an accountability link has been the mechanism of establishing priorities so identifying which of the performance measures are... are the critical ones to be focusing in on." (Gestionnaire dans une autorité régionale)

Un autre trait important des discours est l'écho positif donné à différentes mesures visant à habiliter les consommateurs et interprétées comme autant d'outils nécessaires à la fois pour intégrer l'input des consommateurs dans la gestion des services de santé et pour identifier les aspects de l'offre de services de santé qui peuvent nécessiter une amélioration. Mais il est souligné en même temps les limites de cet apport du consommateur. L'argumentaire développé par plusieurs répondants à cet égard indique que la complexité inhérente aux services de santé, l'asymétrie d'information qui caractérise l'offre de services de santé, l'ambiguïté qui entoure les notions de qualité et de satisfaction dans le contexte des services de santé handicapent en quelque sorte le

plein exercice de ce rôle de consommateur et réduit souvent ce dernier à ne pouvoir intervenir que sur les aspects périphériques de l'offre des services.

Le débat relatif aux mécanismes les plus appropriés pour mesurer et sanctionner la performance de l'activité médicale reflète aussi ce souci d'instrumentation, quelle que soit la perspective considérée. D'un côté, les gestionnaires interrogés plaident pour la mise en œuvre de nouveaux outils de gestion qui permettraient de renforcer le contrôle managérial sur l'activité médicale. Les modifications des modes de rémunération ont été évoqués. Le discours valorise aussi de manière très forte les possibilités offertes par le développement d'un leadership médical et l'intégration des médecins dans l'organigramme administratif. Ceci devrait permettre d'intégrer leur input dans la gestion des services mais aussi contribuer à assurer un meilleur alignement entre leurs exigences et les contraintes du système et favoriser un meilleur contrôle de leurs performances, ne serait-ce qu'au travers de pairs cooptés dans l'administration. De l'autre côté, le discours professionnel, tout en revendiquant le maintien des privilèges traditionnels accordés par l'autorégulation témoigne toutefois du souci de doter la profession elle-même de nouveaux instruments qui pourraient lui permettre de mieux mesurer la performance de ses membres.

"There was this feeling out there if you got a license in 1905 you were okay. We didn't have the tools...it was really difficult for us to stand publicly and say, our 5,000 doctors have the knowledge, skills and attitudes to be competent physicians. We like to believe that, we have no objective evidence to say so. What we're trying to do now is see if we have a process in place which actually we can be more confident in saying that...We have a process that's legislated in law in Alberta – it's an ongoing performance assessment of every physician, every 5 years in this province. It's built on educational models to try to find out – and we get feedback from patients, from college, from peers about 6 parameters we think are important in doctor/patient interactions, provide feedback and opportunities to create skills where there are seen to be an outlier so once again we use an educational model to help physicians...when we're thinking of the *Parr* project ultimately it will be like the Housekeeping stamp of approval. You know, down the road when this is showing it's an effective process, I see the day when patients come in to a new doctor and say, you know, when was your last *Parr* review and where's your sticker because it would actually mean something." (Officier senior dans une corporation professionnelle)

L'analyse des discours témoigne donc d'une forte concordance avec les données documentaires et indique la préférence accordée à divers outils de gestion comme la contractualisation des relations entre les différents paliers hiérarchiques, le contrôle des performances professionnelles, la décentralisation, la gestion par résultats, un rôle actif des consommateurs. Ces mesures de gestion qui figurent toutes au répertoire du *NMP* sont traitées comme autant d'options pertinentes pour mieux mesurer l'administration et permettre aux gestionnaires et aux responsables politiques à la fois d'offrir des services plus performants et mieux

exercer des fonctions clés comme celles relatives à l'élaboration des programmes et à l'allocation des ressources.

#### ▪ Le cas de l'Ontario: rentabiliser l'offre de services publics

En 1995, quand le gouvernement conservateur arriva au pouvoir en Ontario, l'administration publique ontarienne est dans une situation particulièrement critique. Entre 1985 et 1995, les dépenses du gouvernement ont presque doublé. En 10 ans, la dette accumulée de la province a presque triplé, avoisinant les 100 milliards de dollars. Parallèlement le taux de chômage a augmenté et le nombre de prestataires de l'aide sociale a presque triplé. Même si les services publics n'ont cessé de croître au cours des 20 dernières années, ils suscitent de plus en plus d'insatisfaction de la part du public, coûtent de plus en plus chers et ne permettent pas toujours de répondre à de nouveaux besoins (Gouvernement de l'Ontario, 1995)<sup>1</sup>. C'est dans ce contexte que le gouvernement conservateur fraîchement porté au pouvoir et fidèle à ses promesses électorales initia la *révolution du bon sens* qui proposait de restructurer le gouvernement et ses organismes aux fins notamment de *tirer le maximum des deniers publics investis dans la prestation des services, réduire la charge fiscale des contribuables et créer un environnement macroéconomique plus favorable à la croissance, à l'investissement et à la création d'emplois*. La présentation du cas suivra le même plan que les deux cas précédents. Les données documentaires et celles recueillies par entrevues sont successivement examinées pour expliciter le cadre des réformes sous-jacentes et faire ressortir la nature des discours et des changements proposés.

Les données documentaires montrent que les différentes mesures mises en œuvre au niveau de l'administration publique ontarienne pour concrétiser l'agenda politique élaboré dans le contexte de la *Révolution du bon sens* s'inscrivent avant tout dans une logique forte de rentabilisation de l'offre des services publics et de réduction de leurs coûts. Elles se sont traduites par un ensemble d'interventions qui peuvent s'articuler autour de deux axes d'action : d'une part les capacités et les processus de gestion en particulier dans le domaine de la finance et d'autre part les régimes de reddition des comptes.

---

<sup>1</sup> Exposé économique et financier de 1995. Gouvernement de l'Ontario.

Juillet 1995 marque une date particulièrement importante dans la mise en œuvre de la nouvelle approche et traduit son orientation délibérément financière avec la création de la *Commission ontarienne de révision des pratiques financières* qui avait le mandat explicite de passer en revue les méthodes comptables, les pratiques de gestion financière et de présentation des rapports de la province. Les recommandations de la Commission qui s'inscrivent en parfaite cohérence avec le projet politique initial auront inspiré la mise en place d'un nouveau cadre référentiel pour la planification et la reddition des comptes dont le double objectif est d'une part de fournir les outils nécessaires à une planification délibérément orientée vers l'efficience et la réduction des coûts et d'autre part de rendre plus transparente la performance du gouvernement et de ses diverses agences au regard de l'utilisation des fonds publics :

"The Commission agrees with government's focus on deficit and debt reduction as a major priority. Using resources more efficiently is one way to help government meet its targets while preserving vital public services. To that end, the Commission believes its most important recommendations relate to planning:

- planning that requires organizations to measure their progress towards appropriate goals is the road to more effective and efficient use of public resources;
- planning that makes allowance for unforeseen events reduces the risk that government will fail to meet its debt and deficit targets."(Ontario Financial Review Commission, 1995)

Ainsi, depuis 1995, tous les Ministères y compris celui de la santé sont tenus suivant ce nouveau cadre : 1) de préparer des plans d'affaires qui précisent à la fois leurs activités de base, leurs objectifs de rendement annuel et les résultats attendus; 2) d'effectuer un monitoring de leur performance sur la base de leurs objectifs et des résultats attendus; 3) de publier l'information sur les progrès réalisés. La gestion *optimale* et *prudente* des ressources financières est au cœur de la nouvelle orientation. Les plans d'affaires ministériels sont intégrés au processus de planification financière du gouvernement et guident à la fois la détermination des priorités et la répartition des ressources entre les Ministères. Dans la perspective gouvernementale, l'élaboration de ces plans ministériels assortis d'objectifs précis de rendement crée la possibilité de rationaliser et de rentabiliser les activités gouvernementales et de dépenser plus intelligemment l'argent des contribuables. Le principe énoncé dans un document gouvernemental indique que :

"Les paiements des transferts doivent être gérés judicieusement et avec prudence pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix possible. Dans ce contexte, le rapport qualité-prix désigne les résultats que l'on attend eu égard aux fonds approuvés. Les paiements des transferts devraient étayer les objectifs et les résultats escomptés des programmes..." (Ministère des Finances, 1998)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert du conseil de gestion, 1998.

D'autres mesures ont aussi concouru à ce renforcement du processus de gestion financière. La promulgation de *la loi de 1999 sur la protection des contribuables* et de *la loi de 1999 sur l'équilibre budgétaire* consacraient l'engagement du gouvernement à une planification financière prudente et lui fournissait les leviers nécessaires pour contenir la croissance des dépenses publiques et forcer les différents paliers d'administration à une gestion plus avisée des ressources. Elles exigent que le gouvernement équilibre son budget ou réduise les salaires des Ministres de 25 % pour chaque année où les dépenses donnent lieu à un déficit et de 50 % pour chaque déficit consécutif. *Le projet de loi no 46 sur la responsabilisation* récemment déposé au Parlement ontarien élargit ces exigences de rigueur budgétaire à tous les organismes qui reçoivent des subventions du gouvernement, nommément les établissements de santé qui ont ainsi pour obligation d'équilibrer leurs budgets, de rendre publics leurs objectifs et de publier un rapport annuel sur leur rendement. Le constat établi est que plus de 80 % des dépenses publiques prennent la forme de transferts, dont la plupart sont versés à des fournisseurs de services et des organismes du secteur parapublic que sont les hôpitaux, les commissions scolaires, les organismes de services sociaux et les universités. Les mesures proposées visent ainsi d'une part à inciter ces derniers à offrir une prestation de services de la meilleure qualité au prix le plus bas possible d'autre part à rendre la performance des services publics plus transparente vis-à-vis du public.

Dans le cadre du plan proposé de reddition de comptes du gouvernement :

- Tous les organismes du secteur public seraient tenus de remplir des exigences minimales afin qu'ils soient comptables au public.
- Tous les organismes importants du secteur public, y compris les hôpitaux, les municipalités, les conseils scolaires et les organismes de services sociaux, devraient équilibrer leur budget annuel.
- Le ministère des Finances établirait un bureau de la responsabilisation chargé de veiller à ce que les organismes bénéficiant de paiements de transfert utilisent l'argent des contribuables pour fournir des services offrant un bon rapport qualité-prix.
- Une loi proposée sur la responsabilisation du secteur public obligerait tous les organismes importants du secteur public à publier chaque année un plan d'activités et à rendre compte de la mesure dans laquelle ils respectent ce plan.

Le gouvernement entend également modifier la Loi sur la vérification des comptes publics afin de donner au vérificateur provincial le pouvoir de s'assurer que les établissements financés par les contribuables de l'Ontario utilisent les deniers publics avec prudence, efficacement et aux fins prévues.

**Source : Ministère des Finances de l'Ontario – Budget de l'Ontario 2001 – Communiqué – 9 mai 2001**

L'enjeu ainsi exprimé est de contenir la croissance des dépenses publiques et d'optimiser l'utilisation des ressources publiques par le biais d'un processus de planification financière renforcé et d'un meilleur régime de reddition des comptes. Il s'agit d'améliorer le processus de fonctionnement

de l'État et de ses agences et, au-delà, de questionner le rôle et les interventions de l'État pour les orienter vers les services jugés les plus importants et les plus efficaces. Dans ses derniers documents budgétaires, le gouvernement réitérait ainsi son engagement à mobiliser les compétences du secteur privé pour examiner le rôle du gouvernement, vérifier si le déroulement des activités du gouvernement et ses modes de prestation de services offrent le meilleur rapport qualité-prix, identifier les activités où il y a gaspillage et qui pourraient être éliminées.

"Nous entreprendrons également un examen de toutes les dépenses du gouvernement afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières. Cet examen sera confié à des spécialistes du secteur privé...C'est pourquoi, les hôpitaux, les conseils scolaires, les municipalités, les organismes de services sociaux, les collèges et les universités doivent rendre compte aux contribuables de l'Ontario de l'argent qu'ils dépensent. Nous les invitons à faire preuve de courage, à mettre l'accent sur les services qui importent le plus pour la population ontarienne et à éliminer les programmes désuets qui ne répondent plus aux objectifs initiaux." (Ministère des Finances de l'Ontario – Communiqué – 9 mai 2001)

L'implantation de cette nouvelle approche de la gouvernance aura aussi profondément marqué la reconfiguration des services de santé en Ontario. Le programme de décroissance de l'administration visant à réduire les coûts et améliorer la rentabilité se sera traduit dans le secteur de la santé par des coupures budgétaires massives et des efforts majeurs de rationalisation de l'activité hospitalière. Tout en se disant déterminé à préserver les fonds consacrés aux soins de santé, le gouvernement argumentait que des économies devaient être réalisées dans certains secteurs pour pouvoir à la fois répondre aux nouveaux besoins manifestés dans d'autres secteurs et réinvestir dans de nouveaux programmes. Entre 1995 et 1998, les hôpitaux publics ont du ainsi supporter une réduction de 18 % de leur budget répartie sur cette période de trois ans tandis que le gouvernement s'adjoignait une Commission spéciale chargée entre autres d'aider les hôpitaux à poursuivre leur restructuration. Ce processus aura abouti à des fusions, des fermetures, des partenariats et alliances dont le rationale était d'éliminer des lits excédentaires, de réduire la charge administrative, de réduire la part des services hospitaliers dans les coûts du système et de promouvoir une organisation plus efficiente des services. Au-delà de la rationalisation, d'autres propositions effectuées par la commission de restructuration visaient aussi à renforcer les capacités de gouvernance du système. Un accent particulier a été ainsi porté sur la clarification du rôle du gouvernement, sur le développement d'une vision claire et articulée des objectifs du système, des stratégies et des actions à entreprendre, sur l'élaboration d'un système complet de gestion de l'information, sur la formulation de nouveaux modèles de prestation de services qui permettraient une gestion plus intégrée des ressources et contribuerait à améliorer la qualité des services à la clientèle (Sinclair & al., 2000).

Les efforts gouvernementaux en matière de renforcement du régime de reddition des comptes auront aussi répercuté sur le secteur. Depuis 1997, le perfectionnement des mesures du rendement et la diffusion de l'information sur ce rendement ont été placés au centre des préoccupations du Ministère de la Santé. Dans son plan d'affaires 1997-1998, le Ministère de la santé s'est ainsi attelé à élaborer un cadre référentiel qui précise les lignes principales d'activité du secteur et pour chacune de ces lignes toute une série d'indicateurs de performance clés pour lesquels le Ministère est appelé annuellement à rendre compte. Dans chacun de ses plus récents rapports, le Ministère réitérait à chaque fois son engagement à « *améliorer l'efficacité et l'efficience du système au travers du monitoring de la performance et d'une prise de décision basée sur des résultats* ». C'est un discours qui vante les possibilités offertes par les nouveaux outils pour améliorer le processus de planification et, au-delà, pour créer les conditions nécessaires à une plus grande responsabilité et à une meilleure utilisation des ressources publiques.

"Le plan d'activités du ministère est notre rapport annuel aux contribuables de l'Ontario. Il présente notre objectif qui est de veiller à ce que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens aient accès à des services de santé de qualité à toutes les étapes de leur vie et le plus près possible de chez eux. Il explique ce que nous faisons pour atteindre cet objectif. Le plan d'activités fait le point sur ce que nous avons accompli jusqu'ici et décrit les stratégies que nous mettons en oeuvre et les engagements que nous prenons pour créer un meilleur système de santé. Plus important encore, il montre comment, et avec quelle circonspection, nous dépensons les deniers publics." (Ministère de la santé – Plan d'activités 2001-2002)

Au-delà de l'entité ministérielle, de nouvelles mesures proposent aussi de renforcer la reddition des comptes des établissements et amener ces derniers à gérer plus prudemment et de manière plus efficiente leurs ressources financières :

"Les hôpitaux seront tenus de faire rapport sur leur performance, de présenter des plans annuels de fonctionnement et d'équilibrer chaque année leur budget. Nous ferons connaître les réalisations des établissements les plus efficaces grâce aux fiches de rendement qui lient directement le financement des hôpitaux à leur performance, et nous élaborerons une charte des droits des patients pour que les gens sachent ce qu'ils ont le droit d'attendre. Nous examinerons comment les fournisseurs de services de santé, y compris les centres d'accès aux soins communautaires, peuvent améliorer leur efficacité et leur efficience." (Ministère de la santé – Plan d'activités 2001-2002)

Une autre illustration peut être apportée par les initiatives relatives à l'élaboration des fiches de rendement. Depuis 1998, ces fiches qui s'étendent à 38 indicateurs sont publiées annuellement et comparent la performance des hôpitaux au niveau de quatre domaines d'activité : la performance financière, la satisfaction des patients, les résultats cliniques et l'intégration des services. Elles sont particulièrement valorisées pour *l'information qu'elles apportent aux décideurs et consommateurs quant à la performance relative des services et établissements mais aussi pour ce qu'elles*

*permettent d'établir un lien direct entre le financement des hôpitaux et leur performance.* (Ministère de la santé – Plan d'activités 2001-2002).

C'est donc dire que, dans le secteur de la santé comme dans l'ensemble de l'administration, s'est manifestée une volonté forte de mettre en œuvre toute une série d'instruments de gestion qui pourraient habiliter les décideurs politiques au premier plan, mais aussi les autres niveaux d'administration à poursuivre cette quête d'une offre de services moins coûteuse, plus efficiente, plus rentable. Les discours des personnes interrogées indiquent cette même préoccupation forte pour une organisation efficiente des services mais mettent surtout fortement l'accent sur le rôle critique d'un leadership managérial dans la poursuite d'un tel objectif. Ils relèvent les insuffisances du nouveau cadre de gestion qui ne tient pas suffisamment compte des divers aspects de l'offre de services. Ils plaident pour une instrumentation de gestion plus complète qui prend en compte autant les impératifs d'efficience et de réduction des coûts que ceux relatifs à la qualité des services.

L'argumentation revendique la reconnaissance du leadership managérial qui s'est développé dans le réseau des soins de santé au cours des récentes années et le potentiel qui y est associé en termes de capacités relatives à une gestion plus efficiente des ressources du système. Il a été souligné l'arrivée à la tête des établissements de santé d'une nouvelle génération de gestionnaires plus qualifiés qui, au-delà d'un simple rôle d'administration des tâches courantes, se sont efforcés de se doter des outils nécessaires pour définir les orientations stratégiques de leurs organisations et assurer un meilleur suivi des réalisations. Suivant les termes des discours, ces gestionnaires provenant pour la plupart des milieux d'affaires ont une préoccupation et des capacités plus fortes pour « *démontrer la qualité de la marchandise qui est délivrée* », « *fournir au public l'information pertinente pour comparer un établissement à un autre* », « *réduire le décalage qui sépare le secteur de la santé des autres industries* », « *être plus réceptif aux attentes du consommateur* », « *tenir les contractants imputables pour la qualité des services qu'ils fournissent* » (traduction libre). Ils offrent ainsi un avantage comparatif par rapport aux administrateurs traditionnels ou par rapport à des administrateurs qui seraient issus d'un processus électoral mais n'auraient pas forcément les compétences requises. Les explications trouvées à l'émergence de ce leadership managérial évoquent des impératifs plus aigus d'efficience, de réduction des coûts, d'imputabilité vis-à-vis des consommateurs. La part croissante des budgets publics consacrés aux soins et l'inflation des coûts

dans le secteur ont été cités comme des facteurs importants qui auront porté à se soucier davantage de la valeur des services fournis par rapport aux ressources investies.

"... the whole fact of the matter that healthcare dollars are going out of control and people want to know where the money is being spent... and are we making a difference. You know, are we healthier? You know. And, you know, we have and you're in public health so you know, you know, we're living longer and all that but are we really healthier?"  
(Sous-Ministre)

L'intérêt grandissant dont bénéficie auprès du public l'organisation de l'offre des services de santé, l'écho toujours retentissant donné aux défaillances des services de santé dans les médias et l'opinion publique, les attitudes changeantes des consommateurs qui font preuve d'une plus grande capacité critique vis-à-vis des prestations de services professionnels et en exigeant davantage pour leur argent ont été considérées comme autant d'incitations à doter les organisations de capacités renforcées pour mieux gérer les services, améliorer l'efficacité et la qualité des programmes.

"We all know that Canadians are acutely interested in healthcare issues, although they don't understand necessarily very well. The public response to the Ontario Hospital Scorecard Measure, our board's response to the Ontario Scorecard, ah, the Ministry's interest in accountability, financial accountability, all those things suggest that the public, the government and certainly the media as a reflection of public interest is interested in this issue of accountability... the media always sells newspapers when it talks about accountability in the healthcare system. Just this weekend The Toronto Star ran a big series on physician accountability and the Royal College or the College of Physicians & Surgeons lack of openness in terms of disciplinary hearings. They sell a lot of newspapers when they run those sorts of articles."(Médecin Directeur Général d'un centre hospitalier)

"People do not want shoddy product. So it has now moved into the realm of health sector as to people want a quality product." (Sous-Ministre)

C'est donc un discours qui met fortement en exergue les divers enjeux posés au renouvellement de la gestion des services de santé en termes de limitation des coûts, d'efficience, de qualité, d'imputabilité et qui fait valoir le rôle critique de l'exercice d'un leadership managérial pour répondre à ces enjeux. La plupart des outils proposés dans les réformes actuelles comme les plans d'affaires, les accords de services, les indicateurs de performance, le modèle de gestion par résultats sont traités comme des supports essentiels à l'exercice de ce leadership. Les termes des discours dénotent par exemple, comme en témoignent les extraits ci-après, les possibilités associées à ces outils d'une part pour rationaliser les rapports entre les différents niveaux d'administration, d'autre part pour rationaliser l'activité d'une même organisation, encadrer les relations entre ses différents paliers hiérarchiques et faciliter la coordination organisationnelle.

"... what we do is every year we develop a corporate work plan. And we identify what all of the, ah, projects, the goals and the targets are for each, ah, particular division and then it's done on the matrix so you sort of see how the divisions interrelate. And then each of those though targets, and goals and targets have a measure, or a number of measures and we, ah, we keep track of those on a quarterly basis... the beauty of what this is, is that everything relates; your strategic plan relates to your corporate work plan which relates to how you do your business and the decisions that you make and your fiscal responsibility and all of that relates." (Directeur général d'un établissement de première ligne)

"The Ministry started requiring operating plans in about, ah, oh, what has it been, maybe 1992 ... prior to that... all you had to submit was forms with financial numbers on them, but they started getting us to submit operating plans in about 10 years ago (uh huh) and they've evolved but they're helpful, I guess, from two perspectives. First of all, any good organization should have been developing its own operating plan in the first place, but some organizations weren't, so now they all do. And, it's useful in the sense that the Ministry can get a bit better sense of what we're doing, how we're performing and allows them to ask us big questions, so I'd say it is a useful thing and it helps to clarify the accountability relationship between... the hospitals and the Ministry." (Directeur général d'un centre hospitalier)

Cependant les discours laissent aussi entrevoir que ces nouveaux outils ne sont pas toujours utilisés à leur plein potentiel ou toujours employés à bon escient et que persistent au niveau de l'instrumentation de gestion des lacunes qui handicapent à la fois l'allocation des ressources, la surveillance de la qualité, la planification et la reddition des comptes. À titre illustratif, tout en soulignant la légitimité qu'aurait le Ministère d'imposer certaines exigences relatives à la performance des services ou à la gestion budgétaire, les répondants font remarquer que les outils existants actuellement ne permettent ni d'identifier ni de sanctionner les établissements qui n'atteindraient pas les niveaux de performance requis. Les outils existants perpétuent l'asymétrie d'information entre les différents paliers d'administration et ne permettent pas d'optimiser la reddition des comptes. Ils mettent l'accent sur les aspects financiers et occultent souvent la qualité des services. L'allocation des ressources n'est pas toujours liée à des attentes claires en matière de performance ou de qualité des services.

"As a CEO, I can say I'm accountable to the government and accountable to patients. But, it's a very diffuse kind of accountability. I mean the government funds 8.5 billion dollars a year to 200 hospitals. It's very difficult for them to tell whether I'm doing a good job. And they don't have very good tools to do that. But the only things that they can judge are maybe my volumes and whether I overspend my budget, but they don't have good tools to say how good the quality of services is that I've provided the patients unless they get complaints, and even then they can't deal with the complaints 'cause there would just be too many. We get 1,000 complaints a year at this hospital. If you multiply that across all the hospitals in the province, and the Ministry's tried to get involved, they would just drown in it so they stay away from it. Ah, so as far as patients are concerned, we deal with their issues and I suppose in the end, if we didn't deal with it, they would go to the newspaper or they'd take us to court or something like that, but that's not very helpful kind of accountability." (Directeur général d'un centre hospitalier)

C'est un discours dans lequel les cadres exécutifs valorisent et apprécient leur grande liberté de gestion qui leur laisse une certaine flexibilité dans la mise en œuvre des interventions et l'utilisation des ressources. Mais ils souhaitent en même temps que leurs interactions avec le centre et leurs différents partenaires puissent être supportés par des instruments capables de garantir une répartition plus adéquate des ressources, une répartition plus claire des rôles, une détermination plus précise des objectifs et une liaison plus claire entre les objectifs et les ressources. C'est la

revendication d'un système de responsabilité fondé sur des attentes plus claires et plus explicites en matière de performance

"I think healthcare providers are asking for clearer accountability relationships because right now it's pretty easy when accountability is vague or open to interpretation, when something goes wrong, when the wheels fell off, it's pretty easy to point fingers... it's always easier to hold somebody else accountable than to hold yourself. So, yes, a government says, "This is what we expect you to provide." The flip side of that equation is "And what are you going to pay for it?" "And if you don't pay enough, how can you hold us accountable?" (Directeur général d'un centre de réhabilitation)

C'est aussi la revendication des leviers nécessaires pour permettre aux cadres supérieurs et aux décideurs d'exercer leur leadership et s'assurer que les plans stratégiques sont suivis, que les mandats délégués aux différents niveaux du système sont exécutés suivant les termes convenus. Les modes de paiement des ressources, les ententes syndicales, la réglementation professionnelle, les systèmes d'information ont été identifiés comme des éléments particulièrement critiques nécessitant dans certains cas des réaménagements pour permettre un meilleur contrôle managérial. Plusieurs répondants ont ainsi dénoncé le *Public Hospital Act* qui, de leur avis, ne permettent aucune sanction de l'activité médicale autre que celle des pairs. D'autres ont mis en cause le mode de paiement à l'acte qui ne permet pas de promouvoir une utilisation efficiente des ressources ni une sensibilité des professionnels aux contraintes organisationnelles. D'autres ont mis en cause, comme en dénotent les extraits ci-après, les défaillances du système d'information qui ne permettent pas d'avoir toujours les données nécessaires pour supporter la planification ou tenir les producteurs imputables pour leurs services.

"We have very poor information systems in healthcare in Canada generally, spending two percent of our budget on information systems; we probably should be spending 10% of our budget on information systems 'cause you can't have accountability unless, you know, there's . . . so you can't manage what you can't measure and we don't have good information systems to be able to collect data in a standardized way across the whole continuum so I'd say invest in a new information system is the best way to move towards accountability." (Directeur général d'un centre hospitalier)

"we don't... we don't have a perfect information system that would give us the information that we need... we can measure, ah, you know, productivity, we can measure... outputs or throughputs in organizations but when it gets to defining the outcome of a organization based on the patient... you know, that's where we have trouble, we don't have the information to do that..." (Sous-Ministre)

Écho a été donné aussi aux lacunes de la structure actuelle d'évaluation de la performance qui accorde primauté à la performance budgétaire souvent au détriment de la qualité des services. La perception largement exprimée, comme nous l'avons déjà évoquée précédemment, est que la préoccupation essentielle du gouvernement qui alloue les ressources se résume souvent à s'assurer que les établissements maintiennent leur équilibre budgétaire et réduisent leurs coûts, faisant ainsi abstraction de la qualité des services à la clientèle. Il a été constaté que le cadre référentiel en

matière de reddition des comptes et la structure informationnelle qui la supporte tant par son contenu que par sa formule de présentation favorise beaucoup plus les attentes du centre et ses besoins en termes de données financières, de mesure de la productivité que les autres attentes exprimées en termes de qualité de services, de besoin de ressources, de résultats de santé. C'est donc un discours qui, tout en reconnaissant la légitimité de la recherche d'efficience et de réduction des coûts, dénonce son caractère hypertrophique qui en vint à occulter la responsabilité par rapport au système clients. L'enjeu exprimé à cet égard est de rendre le système plus réceptif aux attentes des consommateurs, d'habiliter ces derniers à jouer un rôle accru au niveau du système et d'intégrer leur input dans le processus de gestion. Les systèmes de traitement de plaintes, les enquêtes régulières de satisfaction, les chartes d'usagers, l'information sur la performance des producteurs ont été cités comme un ensemble de mécanismes existants mais qui nécessitent d'être renforcés pour que le consommateur puisse jouer un rôle plus actif.

L'analyse de ce cas témoigne donc des efforts déployés, dans le cadre d'un projet politique soutenu par une élite managériale, en vue de mettre en œuvre de nouveaux outils de gestion destinés à rationaliser l'usage des fonds publics et assurer une meilleure rentabilité des services. Elle indique en même temps que ces outils, en centrant l'attention sur un aspect spécifique de l'offre de services, peut amener à en négliger d'autres. Les discours dénotent de manière spécifique l'importance accordée au leadership managérial dans le renouvellement de la gestion des services publics de santé et la préoccupation manifeste de mieux instrumenter les administrateurs et les responsables politiques qui y sont impliqués.

#### 4.- DISCUSSION

En résumé, ces trois cas indiquent une large adhésion dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des réformes aux valeurs et aux principes véhiculés par le *NMP* et une grande convergence par rapport à l'intégration dans l'administration d'un ensemble d'outils de gestion inscrits au répertoire du *NMP*. Dans les trois cas, sous le couvert d'une rhétorique différente, il s'agit de recourir dans la gestion des services publics à de nouveaux instruments de gestion qui doivent permettre suivant le discours utilisé de mieux outiller les administrateurs et les décideurs politiques, de mieux mesurer la performance de l'administration, de gérer de manière plus rentable les services

publics. Dans chacun des cas, la rentabilité et la réduction des coûts, l'efficacité, l'efficience, l'amélioration de la qualité du service à la clientèle, l'imputabilité pour la performance, l'habilitation des consommateurs sont au centre des discours et présentées comme les repères essentiels devant guider la transformation des services. Les stratégies argumentatives qui structurent les discours s'appuient sur une forte revendication antibureaucratique, une valorisation importante du leadership managérial dans le processus de reconfiguration des services et une reconnaissance forte de la valeur de la mesure des performances. Les propositions visent à transformer les rapports traditionnellement bureaucratiques entre les différents acteurs impliqués dans le financement, l'administration et la production des services au moyen de divers mécanismes que sont par exemple la régionalisation, la contractualisation, la gestion par résultats. Les réformes sont promues comme une occasion de remiser les systèmes de commandement centralisés traditionnels qui sont centrés sur l'observation des processus et la conformité aux règles, génèrent une gouvernance par *gestion de crises* et sont jugés peu susceptibles de garantir les performances ni même d'établir l'imputabilité pour les performances. En privilégiant des formes d'échanges qui se démarquent des formes bureaucratiques traditionnelles et en ayant recours à des instruments appropriés pour mieux mesurer les performances, on espère rationaliser davantage les rapports entre les différents paliers d'organisation et faire en sorte que la production, les performances, les coûts peuvent clairement être assignés ou imputés à des unités organisationnelles qui assument la responsabilité de leurs décisions. La contractualisation des relations entre les différents paliers est promue dans tous les cas pour les possibilités qu'elle offre aux acheteurs de services de contrôler les comportements des producteurs et d'allouer les ressources de manière efficace. Les cadres supérieurs y voient les moyens d'une plus grande liberté de gestion dans la mesure où le centre s'immiscerait moins dans les détails et laisserait une plus grande autonomie aux opérateurs dans la poursuite de résultats préalablement convenus. La gestion par résultats est valorisée dans tous les cas pour les possibilités qu'elle offre à la fois de tenir les agents publics imputables pour des résultats précis, mesurables, quantifiables, de clarifier le cadre de responsabilité et d'éviter des situations de transfert excessif de risque où les ressources ne correspondent pas aux objectifs. L'information est considérée comme un outil critique et le renforcement des systèmes d'information est promu comme un impératif pour permettre aux décideurs politiques et administrateurs, d'une part de disposer en temps opportun des données nécessaires à la planification, d'autre part de surveiller et sanctionner les performances. L'intégration des professionnels à l'administration est valorisée et présentée comme le moyen le plus

approprié pour renforcer le contrôle managérial sur l'activité professionnelle et rendre les professionnels davantage imputables pour l'atteinte de résultats qui vont au-delà des attentes des patients individuels et s'inscrivent plutôt dans le cadre d'objectifs organisationnels ou d'objectifs de santé publique. Certes réticents par rapport à tout contrôle qui mettrait en cause les privilèges de l'autorégulation, les professionnels, notamment les élites cooptées dans les corporations professionnelles ou dans la gestion, semblent cependant adhérer à l'idée d'une instrumentation plus fine et plus poussée de la performance professionnelle et plaident pour le développement de capacités à cet égard. Un autre fait marquant de ce renouveau managérial dans les trois cas est l'attention portée au rôle que devrait jouer le consommateur dans la fourniture des services. Les propositions à cet égard visent notamment à mettre davantage d'information à la disposition de ce dernier et plaident pour intégrer son apport dans la décision relative à l'organisation et à la gestion des services

Deux conclusions importantes peuvent être tirées à partir de ces résultats. Premièrement, ce qui ressort de l'ensemble de ces données, c'est la prépondérance d'une orientation fortement instrumentaliste dans le cadre de la mise en œuvre de ces réformes. En dépit de la revendication antibureaucratique et des suspicions par rapport au professionnalisme, les arrangements institutionnels de gestion de la performance sous-jacents aux diverses propositions et les mesures valorisées ne visent pas à transformer de manière radicale les systèmes bureaucratique et professionnel existants, ni les dynamiques de pouvoirs, mais plutôt à fournir aux différents groupes d'acteurs les outils nécessaires pour mieux exercer leurs rôles. Ce sont donc des possibilités supplémentaires d'habilitation et une nouvelle technologie du contrôle que ces nouvelles mesures proposent aux différents groupes d'acteurs et particulièrement à ceux qui occupent déjà des positions privilégiées de contrôle dans les systèmes de soins de santé. Les promesses de la nouvelle idéologie managériale de débureaucratiser les rapports entre les différents acteurs dans les services publics se seront plutôt traduites par une volonté de réaménager et de rationaliser ces rapports tout en gardant les paramètres de base du fonctionnement bureaucratique.

Au niveau central, ces mesures ne semblent pas s'accompagner d'une volonté de dilution du contrôle des décideurs politiques. Au contraire, elles sont intégrées dans le cadre d'un agenda politique qui vise à renforcer le contrôle politique sur l'administration. La préférence d'administrateurs

nommés par le centre et directement imputables à ce dernier est une illustration éloquentes de cette préoccupation de garder une main-mise sur l'administration. En dépit des limites reconnues à la responsabilité ministérielle, elle reste encore l'un des piliers de l'architecture des systèmes d'imputabilité proposés dans le cadre de ces réformes et les Ministres restent encore personnellement responsables pour toutes les activités relevant de leur Ministère. Les données de cette recherche confirment qu'à chaque fois que quelque chose tourne mal ou pour toutes les questions politiquement sensibles, c'est cette responsabilité ministérielle qui est interpellée à la fois par le Parlement, les médias et l'opinion publique. Il semble aussi clair que l'un des objectifs des nouvelles mesures proposées pour réformer la gestion des services publics, c'est d'offrir au palier central de gouvernance une approche plus globale et plus stratégique pour exercer un contrôle plus efficace de la performance et des comportements des producteurs de services à divers échelons. En témoigne l'attention portée à la mesure des performances. En déterminant les normes de performance, en liant l'allocation des ressources à ces normes de performance, en mettant en œuvre les mécanismes appropriés pour vérifier la conformité à ces normes, en se réservant la possibilité de mettre en tutelle les organisations qui s'écartent trop de ces normes, les Ministères gardent ainsi la possibilité d'exercer leur contrôle hiérarchique tout en s'adaptant à un contexte où les organisations deviennent de plus en plus grosses et complexes. C'est dire, comme l'indique d'autres travaux portant sur l'observation d'autres secteurs de l'administration publique, que le managérialisme a offert à la fois un certain nombre de slogans pour rallier une large variété d'acteurs aux projets de réformes pilotés par le centre mais aussi des moyens pour rationaliser et rendre plus efficace l'exercice du contrôle central (Cheung, 1997; Campbell & Halligan, 1992).

Aux paliers intermédiaire et local, les données démontrent que les cadres supérieurs envisagent de leur côté les nouvelles mesures proposées ou mises en œuvre comme autant de moyens pour mieux exercer leur pouvoir exécutif. Le nouveau cadre de relations que permettent par exemple la décentralisation, la contractualisation, la gestion par résultats suppose que les décideurs centraux devraient modifier leurs comportements. Le contrôle hiérarchique serait toujours présent, mais elle devrait s'exercer autrement, se faire à posteriori, sur la base de standards préétablis. Les cadres supérieurs espèrent ainsi que ces nouvelles mesures se traduisent par une expansion de leur leadership et une plus grande autonomie par rapport au centre en même temps qu'elles leur procurent de nouveaux instruments pour mieux exercer eux-mêmes le contrôle de leurs

organisations. Ces nouvelles mesures devraient tout aussi bien leur offrir les moyens de légitimer et renforcer leur pouvoir institutionnel. Ce sont eux qui pilotent le processus de planification. Ce sont eux qui négocient avec le centre les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle et permettre aux professionnels de fournir leurs services dans les meilleures conditions. Un certain pouvoir d'achat leur est en même temps délégué et leur donne la possibilité de sous-traiter des services à des producteurs externes et de négocier les conditions de l'offre de ces services.

En ce qui concerne les professionnels, les nouveaux arrangements négociés ne semblent pas affecter de manière radicale le professionnalisme ni la traditionnelle autonomie qui en constitue l'un des principaux fondements. Ils suggèrent plutôt une certaine adaptation du professionnalisme et dans certains cas un renforcement du pouvoir professionnel. Traditionnellement, les professions se sont développées comme des groupes d'intérêt organisés, externes à l'État, qui disposent de ressources de pouvoir indépendantes de l'État et qui exercent des pressions sur ce dernier pour défendre leurs intérêts. Dans le cadre des nouveaux arrangements suggérés et qui, dans certains cas, commencent à se développer, la profession médicale ou des segments de celle-ci est incorporée dans les bureaucraties publiques et influence directement le processus politique en fournissant l'information et l'analyse experte aux décideurs. À tous les paliers de gouvernance, les professionnels médicaux ont ainsi la possibilité d'influencer des décisions critiques qui ne concernent pas seulement les aspects techniques de l'offre des services mais aussi les processus budgétaires, l'organisation des services et la distribution des ressources. Au plan technique, l'accent mis sur la qualité des services, sur les résultats offre aux corporations professionnelles l'occasion de développer un agenda propre correspondant aux préoccupations manifestées par les professions elles-mêmes pour systématiser la pratique professionnelle et la soutenir davantage par des *données probantes*. Différentes mesures prises pour améliorer la surveillance professionnelle, pour raffiner les outils d'évaluation de la performance clinique, pour améliorer les systèmes d'information clinique peuvent ainsi être interprétées comme des moyens adoptés par les professions elles-mêmes pour renforcer leur pouvoir d'autorégulation, s'adapter aux demandes de l'environnement et s'assurer en même temps que le contrôle de leurs membres reste à l'intérieur des frontières professionnelles. Ces mesures pourraient en même temps créer des possibilités supplémentaires pour un renforcement du pouvoir des élites administratives des professions qui espèrent ainsi acquérir des nouveaux moyens de contrôle de l'activité professionnelle (Freidson, 1987, 1994).

C'est dire qu'en dépit de la rhétorique d'un discours qui revendique une administration publique transformée et débureaucratisée, les arrangements proposés traduisent plutôt une volonté de consolidation du cadre rationnel-légal et n'indiquent pas que les décideurs politiques, les gestionnaires, les professionnels sont prêts à se départir d'une partie de leurs prérogatives respectives sur l'offre de services. Le souci semble davantage de renouveler la technologie du contrôle en remisant les mécanismes de surveillance rapprochée pour miser davantage sur des techniques plus sophistiquées d'allocation de ressources, des standards de performance permettant un monitoring à posteriori et à distance, des incitations beaucoup plus alignées sur la mesure des performances. Les discours laissent entrevoir une demande d'imputabilité accrue vis-à-vis du consommateur. Mais les arrangements proposés témoignent en même temps d'un souci très fort de bien desservir avant tout les formes d'imputabilité hiérarchique traditionnelles avec des instruments renouvelés. Les mécanismes les plus largement utilisés jusqu'ici pour habiliter le consommateur, qu'il s'agisse des systèmes de plaintes ou des enquêtes de satisfaction, restent sujets à la médiation du système administratif et/ou professionnel.

Trois risques principaux semblent guetter cette orientation instrumentaliste imprimée au processus de renouvellement de la gestion des services publics. Premièrement, c'est d'accorder la primauté à l'instrument en sous-estimant les changements culturels nécessaires. La réinvention de la gouvernance ne requiert pas seulement de nouveaux outils ou de simples changements structurels mais aussi un véritable changement culturel qui ne peut s'opérer que dans le cadre d'un processus long et difficile d'apprentissage collectif au cours duquel les individus pourront collectivement se mobiliser autour de nouvelles valeurs. Le deuxième risque, c'est de substituer un type de formalisme à un autre sur la base de la thèse que le nouveau système parce qu'il porte davantage attention aux résultats qu'aux processus permet de rendre efficacement compte du fonctionnement des services et de leurs performances. Remplacer les traditionnels rapports de commandement (axés sur la conformité aux règles) par des relations contractuelles (fondées sur la mesure de résultats ou des standards) ne peut suffire à garantir la performance des services publics de santé. Ce serait en fait occulter toutes les difficultés inhérentes à la mesure des résultats dans les services de santé et à l'attribution de ces résultats. Le troisième risque, c'est de s'en tenir à une définition étroite de la performance des services publics axée sur les instruments disponibles ou sur les instruments les

plus faciles à opérationnaliser. Nombre d'aspects de l'offre des services de santé ne se prêtent pas aisément à la mesure. Nombre d'aspects de la gestion des services de santé nécessitent d'aller au-delà de la mesure pour prendre en compte des préoccupations d'ordre éthique et tenir compte des relations de confiance et de collaboration qui fondent le service public.

La deuxième conclusion est que ce renouvellement de la gestion des services publics s'inscrit dans les trois cas dans le cadre d'un processus top-down motivé par un agenda politique et légitimé par un certain nombre de *mythes institutionnalisés* qui réfèrent notamment à l'efficacité, le contrôle des fonds publics, l'imputabilité des agents publics, la rentabilité des fonds publics. Les mesures engagées, que ce soit la contractualisation, l'élaboration des plans d'affaires, la gestion par résultats, la spécification des objectifs de performance, le renforcement des systèmes d'information, proposent ainsi d'augmenter les capacités rationnelles du système de services publics et sont fondées sur la croyance que des systèmes plus rationnels sont forcément plus efficaces, plus rentables et plus performants. Cependant, le constat est que les normes de performance sont imposées de l'extérieur des organisations et souvent d'en haut, du centre où elles sont élaborées. L'élaboration des plans d'affaires ou des ententes de gestion et leur processus de validation laissent au centre la discrétion d'exercer son veto et de rejeter des plans qui ne cadrent pas avec son agenda. Ces observations supportent la thèse développée par McKeivitt & Lawton (1996) que la mesure des performances est souvent développée davantage pour acquérir de la légitimité à l'intérieur de l'environnement institutionnel que pour informer le changement ou l'amélioration du service dans le cadre d'un processus d'apprentissage organisationnel. C'est un point de vue que soutiennent les théories institutionnelles qui mettent l'accent sur la dépendance des organisations par rapport à leur environnement institutionnel et l'influence de ce dernier sur le processus de changement organisationnel. La légitimité des organisations dépend de leur conformité aux exigences institutionnelles et de l'adoption de pratiques institutionnalisées, reconnues comme étant *les bonnes pratiques*. Pour assurer leur légitimité et leur survie, les organisations doivent donc être attentives aux nouvelles exigences institutionnelles et les adopter ou feindre de les adopter (Meyer & Rowan, 1991). Comme nous en avons déjà fait mention, un point de vue similaire est aussi développé par des travaux critiques qui démontrent qu'en dépit d'un discours qui promet l'allègement des contrôles bureaucratiques et une plus grande autonomie, de nouveaux outils imposés d'en haut,

présentés comme techniquement neutres et légitimés par la quête d'une plus grande rationalité, peuvent donner lieu à des formes insidieuses mais encore plus puissantes de contrôle.

D'autres travaux effectués dans le champ du développement organisationnel et qui essaient de comprendre comment les organisations apprennent et changent leurs façons de faire sont tout aussi sceptiques par rapport aux capacités de tels outils inscrits dans un processus top-down d'initier un réel changement organisationnel. Argyris (1991), dans son article bien connu "*Teaching smart people how to learn*", basé sur une quantité importante de données empiriques, démontre que nombre de mécanismes de gestion de la performance promus dans le cadre des nouvelles pratiques managériales sont en fait *taillés* pour empêcher tout processus d'apprentissage. L'une des principales raisons évoquées est que les normes de performance, tel qu'elles sont souvent imposées par un acteur hiérarchique ou externe qui juge les comportements ou évalue les résultats, provoquent un comportement défensif plutôt que d'inciter les individus à faire eux-mêmes le constat de leurs erreurs et échecs et à apprendre de ces derniers. Autant dire, la poursuite de la performance par le biais de la prolifération des entités de contrôle externe, que ce contrôle porte sur des processus ou des résultats, peut produire l'effet inverse par rapport à celui recherché (Sinclair, 1995). Des acteurs engagés dans des formes de relations menaçantes ne communiquent pas toute l'information pertinente (nécessaire à l'évaluation de la performance) et ne mettent pas forcément à profit cette interaction pour apprendre (Argyris, 1990 ; 1993). Dans le même sens, Roberts (1991) observe que l'anxiété développée par les individus dans les situations où ils doivent rendre compte de leurs performances dans le cadre d'un système strictement hiérarchisé est à l'antithèse de la promotion de l'apprentissage individuel ou organisationnel. C'est donc dire qu'en dépit de ses prétentions contraires, cette nouvelle orientation de gestion, si elle s'avère trop instrumentale et exclusivement descendante, peut aussi donner lieu à une forme de gestion défensive qui s'attaque aux problèmes immédiats plutôt qu'à leurs causes profondes. L'identification de problèmes de qualité ou une diminution de la productivité peut déclencher des efforts immédiats pour examiner le processus de production, identifier le problème et les individus concernés et apporter une correction. C'est ce qui correspond dans le lexique d'Argyris à l'apprentissage en boucle simple qui ne remet pas fondamentalement en question les modes de fonctionnement et les routines en place mais qui correspond plutôt à une manière de maintenir le statu quo tout en s'ajustant un tant soit peu aux impératifs de l'environnement. Cependant, il faut constater que la plupart des problèmes auxquels

sont confrontés les systèmes de services publics sont des problèmes complexes qu'on ne peut pas toujours imputer à une cause particulière ou un individu particulier mais qui relèvent plutôt de défaillances liées à la configuration du système ou de l'organisation et à ses processus de fonctionnement. Le traitement de ces problèmes peut nécessiter une capacité à remettre en question le système, l'organisation, son fonctionnement global, le paradigme qui le sous-tend ainsi que les mécanismes de défense qui servent à le protéger et à garantir le statu quo. C'est ce qu'Argyris considère comme l'apprentissage en boucle double qui implique la nécessité de remettre en question des croyances bien ancrées pour en adopter d'autres plus adaptées aux impératifs et susceptibles d'apporter une plus forte contribution à l'amélioration de la performance. En amont, ceci implique la volonté et la capacité des individus à assumer leurs échecs, à admettre leurs erreurs, à reconnaître leurs faibles performances et à en faire eux-mêmes une occasion d'apprentissage.

Il ne s'agit pas de récuser la valeur des outils déployés pour améliorer la gestion des services publics ou de manière naïve de méconnaître la nécessité pour les organisations d'évaluer et de sanctionner les performances. Il s'agit plutôt de reconnaître les limitations des instruments, de créer les conditions nécessaires à l'optimisation de leur utilisation et de faire en sorte qu'ils contribuent réellement au développement organisationnel et à l'amélioration des services. L'enjeu est d'exploiter les possibilités complémentaires offertes par des formes ascendantes de gouvernance qui permettent de mettre à contribution les expériences organisationnelles et individuelles et les connaissances pratiques accumulées par les acteurs individuels et collectifs. Ceci implique en premier lieu que les organisations doivent elles-mêmes développer la capacité de réaliser le changement et l'amélioration des services au travers de l'information produite par les systèmes d'évaluation de la performance. La gestion de la performance, plutôt que d'être imposée de l'extérieur, doit ainsi être intégrée aux processus organisationnels, s'enraciner dans la culture organisationnelle, faire partie intégrante des routines, de la manière de penser et de travailler des agents organisationnels. À cet égard, il y a lieu de valoriser et de promouvoir les initiatives d'instrumentation de la performance et de la gestion qui cherchent à impliquer les différents acteurs et les différents groupes d'intérêt concernés dès la phase de conception et d'élaboration de ces nouveaux outils et tout au cours de leur mise en œuvre. Deuxièmement, cette gouvernance ascendante suppose que la planification des activités, leur mise en œuvre et leur évaluation mobilisent la participation la plus large possible de l'ensemble des groupes d'intérêts et que des

efforts sont déployés concomitamment pour développer les habiletés nécessaires à une participation efficace. Par rapport aux réformes actuelles des services de santé, ceci veut dire que les efforts d'instrumentation et les changements structurels, même s'ils sont soutenus par la rhétorique d'un discours organisationnel bien articulé, ne peuvent suffire à assurer un réel renouvellement de la gestion des services et peuvent dans certains cas contribuer à reproduire des systèmes mécanistes poussant les acteurs à des tactiques défensives. En effet, plusieurs travaux suggèrent qu'il y a peu d'indications que la métrisation de la gouvernance associée à cette instrumentation poussée de la performance ait réellement résulté en une amélioration des services dans le secteur public (Brooks, 2000; Geddes & Martin, 2000; Bowerman & al. 2001; Llewellyn & Northcott, 2002). Pour améliorer leurs chances de succès, les réformes pourraient aussi miser davantage sur la capacité des organisations à se développer elles-mêmes, sur le développement de moyens d'apprentissage organisationnel et sur des modalités ascendantes de gouvernance mettant à contribution les connaissances pratiques et l'expérience des acteurs.

## 5.- BIBLIOGRAPHIE

- Alberta Health and Wellness. (1993). *Accountability - Achieving Accountability in the health sector.*
- Alberta Health and Wellness (2002). *Alberta: Health First, Building a better public health care system.*
- Alberta Health and Wellness. (2002). *Ministry of Health & Wellness Business Plan 2002-2005.*
- Argyris, C. (1990). The dilemma of implementing controls: the case of managerial accounting. *Accounting, Organisations and Society*, 15, 6, 503-511.
- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard Business Review*, may-june 1991, 99-109.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action : a guide to overcoming barriers to organizational change.* San Francisco : Jossey-Bass.
- Ashburner, L., Ferlie, E., & FitzGerald, L. (1994). *Organizational transformation and top-down change: the case of NHS.* University of Warwick: Centre for corporate strategy and change.
- Astley, W.G., & Zammuto, R.F. (1992). Organization science, managers and language games. *Organization Science*, 3, 443-460.
- Aucoin, P. (1990). Administrative reform in public management: paradigms, principles, paradoxes, and pendulums. *Governance*, 3, 2, 15-37.
- Auditor General of Alberta. (1998). *Report of the Auditor General on the results of applying specified audit procedures to key performance measures.*
- Barzelay, M. (1992). *Breaking through bureaucracy : a new vision for managing in government.* Berkeley : University of California Press.
- Blau, P., & Scott, W.R. (1962). *Formal Organizations: a comparative approach.* San Francisco: Chandler.
- Boston, J., Martin, J., Pallot, J., & Walsh, P. (1996). *Public management: the New Zealand model.* Auckland, Toronto : Oxford University Press.
- Bowerman, M., Ball, A., & Francis, G. (2001). Benchmarking as a tool for the modernization of government. *Financial Accountability & Management*, 17, 4, 321-329.
- Brooks, J. (2000). Labour's modernization of local government. *Public Administration*, 78, 3, 593-612.

- Campbell, C., & Halligan, J. (1992). *Political leadership in an age of constraint: bureaucratic politics under Hawke and Keating*. St Leonards: Allen & Unwin.
- Charih, M., & Rouillard, L. (1997). The New Public Management. In M. Charih, & A. Daniels (eds.), *New public management and public administration in Canada*, pp. 27-45. Toronto: Institute of Public Administration of Canada
- Cheung, A.B.L. (1997). Understanding public-sector reforms - global trends and diverse agendas. *International Review of Administrative Sciences*, 63, 4, 435-457.
- Clair, M. (2000). *Emerging solutions - report and recommendations*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Corrigan, J.M., & Nielsen, D.M. (1993). Toward the development of uniform reporting standards for managed care organizations: the Health Plan Employer Data and Information Set. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19, 12, 566-575.
- Covaleski, M.A., Dirsmith, M.W., Heian, J.B., & Samuel, S. (1998). The calculated and the avowed - techniques of discipline and struggles over identity in big six public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 293-327
- Crozier, M. (1997). *État modeste, État moderne : stratégies pour un autre changement*. Paris: Fayard.
- Dilulio, J.J. (1994). *Deregulating the public service : can government be improved*. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Dunn, D. (1997). *Politics and administration at the top: lessons from down under*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Eisenhardt, K. (1989). Agency theory: an assessment and review. *Academy of Management Review*, 14, 1, 67-74.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989a). A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (1). *New England Journal of Medicine*. 320, 1, 29-37.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989b). A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (2). *New England Journal of Medicine*, 320, 2, 94-101.

- Etheredge, L., & Jones, S. (1991). Managing a pluralist health system. *Health Affairs*, 10, 4, 93-105.
- Ezzamel, M., & Willmott, H. (1998). Accounting for teamwork - a critical study of group-based systems of organizational control. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 358-396.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis : the critical study of language*. London: Longman.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew A. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Foucault, M. (1991). Politics and the study of discourse. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (eds.), *The Foucault effect : studies in governmentality*, pp. 53-72. London: Harvester Wheatsheaf.
- Freidson, E. (1987). The medical profession in transition. In L. Aiken, & D. Mechanic (eds.), *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. London: Rutgers University Press, pp. 63-79.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gavey, N. (1989). Feminist poststructuralism and discourse analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 459-475.
- Geddes, M., & Martin, S. (2000). The policy and politics of best value: currents, crosscurrents and undercurrents in the new Regime. *Policy and Politics*, 2, 3, 379-395.
- Gore, A. (1993). *From red tape to results: creating a government that works better and costs less*. Washington, D.C. Report of the National Performance Review.
- Gouvernement de l'Ontario. (1995). *Exposé économique et financier*.
- Gouvernement du Québec. (1999). *Pour de meilleurs services aux citoyens - Énoncé de politique sur la gestion gouvernementale - Un nouveau cadre de gestion pour la fonction publique*.
- Gouvernement du Québec. (1996). *Les unités autonomes de service. Application du concept de la gestion par résultats dans la fonction publique québécoise. Document de référence*.
- Government of Alberta. (1998). *Results Oriented Government - A Guide to Strategic Planning and Performance Measurement in the Alberta Government*. Alberta: Alberta Finance.
- Government of Alberta. (1996). *Measuring Performance A Reference Guide*. Alberta: Alberta Finance
- Government of Alberta. (1996). *Measuring up*.

- Gow, J.I., & Dufour, C. (2000). Is the new public management a paradigm? Does it matter?. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 4, 573-597.
- Haque, M.S. (2000). Significance of accountability under the new approach to public governance. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 4, 599-617.
- Heracleous, L., & Hendry, J. (2000) Discourse and the study of organization: Toward a structural perspective. *Human Relations*, 53, 10, 1251-1286.
- Hollway, W. (1989). *Subjectivity and method in psychology: gender, meaning and science*. London: Sage.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*, 69, 1, 3-19.
- Hood, C. (1995). Contemporary public management: a new global paradigm? *Public Policy and Administration*, 10, 2, 104-117.
- Hood, C. (1996a). Beyond progressivism: a new global paradigm in public management. *International Journal of Public Management*, 19, 2, 151-177.
- Hood, C. (1996b). Exploring variations in 1980s public management reform. In H.A.G.M. Bekke, J.L. Perry, & T.A.J. Toonen (eds.), *Civil service systems in comparative perspective*, pp. 268-287. Bloomington : Indiana University Press.
- Jermier, J.M. (1998). Introduction - critical perspectives on organizational control. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 235-256.
- Kaboolian, L. (1998). The new public management - challenging the boundaries of the management vs. Administration debate. *Public Administration Review*, 58, 3, 189-193.
- Kernaghan, K. (1997). Shaking the foundation: new versus traditional public values. In M. Charih, & A. Daniels (eds.), *New public management and public administration in Canada*, pp. 47-64. Toronto: Institute of Public Administration of Canada
- Kettl, D.F. (1997). The global revolution in public management - driving themes, missing links. *Journal of Policy Analysis & Management*, 16, 3, 446-462.
- Kickert, W.J.M., & Jorgensen, T.B. (1995). Conclusion and discussion - management, policy, politics and public values. *International Review of Administrative Sciences*, 61, 4, 577-586.
- King, D.S. (1987) *The new right: politics, markets and citizenship*. Basingstoke: Macmillan Education.

- Klages, H., & Löffler, E. (1998). New public management in Germany - the implementation process of the new steering model. *International Review of Administrative Sciences*, 64, 1, 41-54.
- Laughlin, R. (1991). Can the information systems for the NHS internal market work? *Public Money and Management*, 11, 37-41.
- Light, P.C. (1997). *The tides of reform : making government work, 1945-1995*. New Haven: Yale University Press.
- Llewellyn, S., & Northcott, D. (2002). *The average hospital*. The 18<sup>th</sup> EGOS Colloquium "Organizational Politics and the Politics of Organizations", Barcelona.
- Lynn, L.E. Jr (1996). *Public management as art, science, and profession*. Chatham: Chatham House Publishers.
- Lynn, L.E. (1998). The new public management - how to transform a theme into a legacy. *Public Administration Review*, 58, 3, 231-237.
- Marsh, I. (1999). Program strategy and coalition building as facets of new public management. *Australian Journal of Public Administration*, 58, 4, 54-67.
- Marshall, G. (1998). In search of commensurability: writings in public management in an era of governmental reform. *Public Administration Review*, 58, 3, 274-279.
- Mauws M.K., & Phillips, N. (1995). Understanding language games. *Organization Science*, 6, 3, 322-334.
- Mcavoy, G.E. (1994). State autonomy and democratic accountability - the politics of hazardous waste policy. *Polity*, 26, 4, 699-728.
- McKevitt, D., & Lawton, A. (1996). The manager, the citizen, the politician and performance measures. *Public Money & Management*, 16, 3, 49-54.
- Meyer, J.W., & Rowan, B. (1991). Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony. In W.W. Powell, & P.J. DiMaggio (eds.), *The New institutionalism in organizational analysis*, pp. 41-62. Chicago: University of Chicago Press.
- Millar, M., & McKevitt, D. (2000). Accountability and performance measurement: an assessment of the Irish health care system. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 2, 285-296.

Mills, A., Hongoro, C., & Broomberg, J. (1997). Improving the efficiency of district hospitals - is contracting an option. *Tropical Medicine & International Health*, 2, 2, 116-126.

Ministère de la santé de l'Ontario. (2001). *Plan d'activités 2001-2002*.

Ministère des finances de l'Ontario. (1998). *Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert du conseil de gestion*.

Niskanen, W.A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine.

Oakes L.S., Townley, B., & Cooper, D.J. (1998). Business planning as pedagogy - language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 257-292.

OCDE. (1993). *Public management: OECD country profiles*. Paris: OCDE.

OCDE. (1995). *La gestion publique en mutation. Les réformes dans les pays de l'OCDE*. Paris: OCDE.

OCDE. (2002). *Les citoyens partenaires: information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*. Paris : OCDE.

Ontario Financial Review Commission. (1995). *Beyond the numbers: A new financial management and accountability framework for Ontario*.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading: Addison-Wesley Pub.

Peters, B. G. (1996). *The future of governing : four emerging models*. Lawrence: University Press of Kansas.

Peters, B.G., & Savoie, D.J. (1995). *Governance in a changing environment*. Montreal: Canadian Centre for Management Development.

Peters, T. J. (1992). *Liberation management : necessary disorganization for the nanosecond nineties*. New York: A. A. Knopf.

Petress, K.C., & King, A. (1990). Iran contra and the defeat of accountability. *Communication reports*, 3, 15-21.

Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the public services: the Anglo-American experience*. Cambridge: Basil Blackwell.

- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services : cuts or cultural change in the 1990s?* Cambridge: Blackwell Business.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology : beyond attitudes and behaviour.* Newbury Park : Sage Publications.
- Reed, M. (2002). *Reconstructing managerialism: constructivist and realist analyses of new managerialist discourse in contemporary organisations and institutions.* The 18<sup>th</sup> EGOS Colloquium "Organizational Politics and the Politics of Organizations", Barcelona.
- Roberts, J. (1991). The possibilities of accountability. *Accounting, Organizations and Society*, 16, 4, 355-368.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.* Québec : Les Publications du Québec.
- Romzek, B.S. (2000). Dynamics of public sector accountability in an era of reform. *International Review of Administrative Science*, 66, 1, 21-44.
- Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence.* Paris : Éditions du Seuil.
- Schneider, E.C., Riehl, V., Courte-Wienecke, S., Eddy, D.M., & Sennett, C. (1999). Enhancing performance measurement - NCQA's road map for a health information framework. *Journal of the American Medical Association*, 282, 12, 1184-1190.
- Schultz, P.D. (1996). The morally accountable corporation: a post modern approach to organizational responsibility. *The Journal of Business Communication*, 33, 2, 165-183.
- Sewell, G. (1998) the discipline of teams - the control of team-based industrial work through electronic and peer surveillance. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 397-428.
- Sinclair, A., (1995). The chameleon of accountability: forms and discourses. *Accounting, Organizations, & Society*, 20, 2/3, 219-237.
- Smart, B. (1986). The politics of truth and the problem of hegemony. In D.C. Hoy (ed.) *Foucault: a critical reader*, pp. 157-173. Oxford: Basil Blackwell.
- Smircich, L. (1983). Organizations as shared meanings. In L.R.Pondy, P.J. Frost, G. Morgan, & T.C. Dandridge (eds.), *Organizational symbolism*, pp. 55-65. Greenwich: JAI Press.

- Starr, P. (1993). The framework of health care reform. *New England Journal of Medicine*, 329, 22, 1666-1672.
- Terry L.D. (1998). Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement. *Public Administration Review*. 58, 3, 194-200.
- Thompson, J.D. (1967). *Organizations in action: social sciences bases of administrative theory*. New-York: McGraw-Hill.
- Townley, B. (2002). The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45, 1, 163-179.
- Tullock, G. 1978. *Le marché politique, analyse économique des processus politiques*. Paris : Économica.
- van Dijk, T.A. (1993) Principles of critical discourse analysis. *Discourse and Society*, 4, 249-283;
- Williamson, O.E. (1975). *Markets and hierarchies, analysis and antitrust implications : a study in the economics of internal organization*. New York : Free Press.
- Williamson, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism : firms, markets, relational contracting*. New York : Free Press.
- Wolf, C. Jr. (1979). A theory of non-market failures: framework for implementation analysis. *The Journal of Law and Economics*, 22, 1, 107-139.
- Wolf, C. Jr. (1993). *Markets or governments : choosing between imperfect alternatives*. Cambridge: MIT Press.

## 6. CONCLUSION

Cette recherche a permis de mettre en lumière la valeur accordée à l'imputabilité dans le renouvellement de la gouvernance et dans la transformation des services de santé mais rend en même temps compte de la complexité des questions posées par la mise en œuvre de nouveaux arrangements ou de nouvelles pratiques d'imputabilité. L'existence de différents modèles et de différentes conceptions d'imputabilité démontrée dans le premier article soulève diverses questions relatives à ce qui détermine l'ascendance d'une forme d'imputabilité dans un contexte donné et à la persistance des zones grises que laissent toujours ces différents modèles. La démonstration empirique de la coexistence de différentes formes d'imputabilité dans le deuxième article soulève une question supplémentaire qui touche aux mécanismes par lesquels s'articulent des modèles d'imputabilité qui sous-tendent des rationalités différentes, des logiques différentes et qui ont un certain nombre de prémisses contradictoires. Le caractère instrumental et l'orientation descendante (*top-down*) de la plupart des initiatives visant à instaurer de nouvelles pratiques d'imputabilité ont été démontrés dans le troisième article et soulèvent en même temps la question de l'articulation des contraintes liées à ces processus avec les besoins d'autonomie et d'apprentissage individuel et organisationnel. Toutes ces questions indiquent que de nouveaux instruments et de nouvelles structures ne suffisent pas en eux-mêmes et que la rationalité instrumentale, souvent dominante en gestion, ne peut suffire à faire face aux divers enjeux posés par le renouvellement des pratiques d'imputabilité dans les services de santé. La démarche générale en gestion, telle qu'elle est enseignée et mise en œuvre, part souvent du principe qu'on peut étudier et prédire ce que chacune des parties d'un système fera dans une grande variété de circonstances, suggérant ainsi des efforts à déployer pour anticiper, évaluer, calculer les différentes alternatives, optimiser les choix, contrôler, trouver les instruments les plus appropriés pour réduire sinon éliminer l'incertitude qui entoure les actions des différents intervenants. Cette recherche démontre que, pour une grande part, les enjeux auxquels doivent faire face les systèmes de soins de santé pour renouveler leurs pratiques d'imputabilité se situent dans une zone de complexité où ne peuvent toujours fonctionner les prémisses de certitude et de prévisibilité. Pour plusieurs questions relatives à l'opérationnalisation de l'imputabilité, les réponses sont souvent ambiguës, l'accord entre les parties prenantes n'est pas toujours acquis et les résultats des interventions ne sont pas toujours certains. Quelle est la meilleure formule d'allocation des ressources? Quelles formes d'incitations sont plus susceptibles de contribuer

à une offre de services efficaces et de qualité? Quelle est la meilleure manière pour les agents de rendre compte de leurs responsabilités? Comment mesurer la performance des producteurs de services? Par ailleurs, les processus d'imputabilité dans le contexte des systèmes de soins de santé impliquent de nombreuses parties qui, quoi qu'on fasse, gardent toujours une relative liberté d'agir de façon non forcément prévisible. Les parties sont reliées par de nombreuses connexions dont la plupart échappent aux mécanismes de coordination formels. Les attentes par rapport à l'imputabilité sont aussi multiples. Les réformes misent sur de nouvelles pratiques d'imputabilité à la fois pour améliorer la performance des services et faciliter la participation du public, à la fois pour renforcer les moyens de contrôle et accorder plus d'autonomie aux intervenants, à la fois pour améliorer la qualité des services et augmenter leur efficacité. C'est donc dire que les attentes par rapport à l'imputabilité sont non seulement nombreuses, mais elles peuvent être aussi contradictoires, créant ainsi des situations paradoxales qui génèrent de l'incertitude et rendent d'autant plus complexe la conduite du changement.

La littérature abondante sur les systèmes complexes met en lumière plusieurs caractéristiques associées à ces systèmes et qui sont particulièrement déterminantes pour comprendre les processus par lesquels de tels systèmes se transforment (Kelly, 1994; Waldrop, 1992; Lewin, 1992; Brown & Eisenhardt, 1998; Zimmerman & al. 1998). Nous nous proposons d'exploiter dans cette discussion trois de ces caractéristiques pour affiner, sans trop nous répéter, l'argumentation autour des conclusions déjà tirées dans les trois articles:

### **1ère caractéristique: l'équilibre précaire qui accompagne l'évolution**

L'évolution du système complexe se fait au travers de cycles continus d'équilibre et de déséquilibre marqués de tensions, de paradoxes et d'incertitudes.

### **2ème caractéristique: la capacité du système à s'adapter**

Le système complexe et ses différentes composantes sont capables de s'adapter par elles-mêmes, d'apprendre et de changer à partir de leur propre expérience. Les changements ne sont pas forcément imposés de l'extérieur mais peuvent correspondre à une réaction propre du système ou de l'une de ses composantes en réponse à différents stimuli internes ou externes.

### **3ème caractéristique: l'imprévisibilité**

Le système complexe se caractérise par la nature imprévisible et émergente des comportements. Du fait que les composantes du système sont changeantes, que les relations ne

sont pas linéaires, que les comportements ne peuvent être spécifiés à l'avance dans le détail, que la causalité n'est pas toujours évidente entre les interventions et les effets observés, le système complexe laisse ainsi beaucoup de place à l'imprévisibilité et à la créativité.

En termes de gestion, concevoir le système de soins de santé comme un système complexe soulève, au regard des données et des conclusions de cette recherche, deux grands enjeux pour le renouvellement des pratiques d'imputabilité dans le système de soins :

- Intégrer l'incertitude que crée la gestion d'attentes et situations paradoxales associées à la mise en œuvre de nouvelles pratiques d'imputabilité.
- Tirer parti de la capacité d'apprentissage et de développement des différentes composantes du système de soins.

Un paradoxe est généralement défini comme l'obligatoire coexistence de deux éléments contradictoires, mutuellement exclusifs mais qui sont tous deux opérationnels en même temps (Malherbe, 1999; Cameron, 1986; Quinn & Cameron, 1988). Les situations paradoxales s'avèrent une constante des systèmes de soins de santé et donnent lieu à différentes formes de tensions et de messages contradictoires auxquels doivent faire face les divers acteurs impliqués dans l'organisation des services de santé (Blair & Payne, 2000). Cette recherche aura permis de mettre en lumière plusieurs paradoxes associés à l'organisation des soins de santé et dont les injonctions contradictoires posent de véritables défis à la structuration des systèmes d'imputabilité. Nous allons nous attarder sur trois de ces paradoxes que reflètent de manière particulière les données :

- **Normativité professionnelle versus Normativité administrative.**

Comme nous l'aurons vu dans les trois cas étudiés, une valorisation très forte de l'autonomie et du jugement professionnels concurrencent le souci exprimé d'un contrôle plus important de l'administration sur l'activité professionnelle. Le fournisseur de services professionnels est au cœur de la fourniture des services de santé. Deux traits dominants caractérisent l'offre de services professionnels : d'une part le monopole dont jouit un groupe d'individus pour fournir un certain nombre de services, d'autre part l'autonomie qui confère à ce groupe le droit de définir les modes d'organisation de son travail, d'établir ses propres standards et de réguler l'activité de ses membres (Freidson, 1970a). Ces principes de monopole et d'autonomie qui supportent une normativité de

nature professionnelle constituent ainsi les balises à partir desquelles sont définis les rôles et les responsabilités des professionnels et leurs modes d'échanges avec les autres acteurs du système. Dans les trois cas étudiés, le constat est que les différents groupes de répondants s'appuient sur divers arguments pour attester de la valeur ajoutée de ces principes pour l'offre de services de santé. La fourniture de soins de santé nécessite le recours à des professionnels qui se distinguent par leur capacité à servir les besoins du public à travers l'application de connaissances et habiletés complexes et l'exercice de leur jugement professionnel. Les arrangements de travail doivent ainsi laisser une grande autonomie à ces professionnels qui fondent leurs décisions sur des normes professionnelles de bonne pratique. Ces normes permettent de réduire l'incertitude qui entoure la prestation des services de santé en même temps qu'elles fournissent aux professions les moyens nécessaires pour assurer le suivi des compétences. Dans un contexte de contraintes importantes de ressources, cette normativité de nature professionnelle sert aussi de garde-fou et de contrepoids par rapport aux fortes pressions pour réduire les coûts. Elle permet de garantir que les conditions dans lesquelles sont offerts les services professionnels sont davantage dictées par les besoins des patients et les normes professionnelles que par les impératifs managériaux.

Dans une autre perspective, le système de soins de santé est aussi considéré comme une *entreprise* importante ayant une mission à accomplir, des objectifs à atteindre, une clientèle à desservir, un budget à gérer, un ensemble de ressources à utiliser de la manière la plus efficiente. De ce fait, son fonctionnement exige un certain nombre de règles, de standards, de principes, de procédures qui s'inscrivent dans le cadre d'une normativité administrative et auxquels tous ses agents (décideurs politiques, professionnels, gestionnaires) devraient se soumettre. C'est au nom de cette normativité administrative que la plupart des répondants ont revendiqué une plus grande imputabilité des professionnels à l'administration et dénoncé les comportements de groupes professionnels qui, forts de leur autonomie et de leur indépendance par rapport à l'administration, se soucient peu des priorités et des contraintes du système. Il appert, suivant cette perspective, que l'autonomie de professionnels dont la préoccupation première est de rejoindre les besoins de patients individuels peut aller à l'encontre des objectifs organisationnels d'efficience, voire à l'encontre d'une juste utilisation des ressources qui prendrait en compte des objectifs plus larges de santé publique.

On parle donc de deux types de normativité dont la valeur ajoutée pour améliorer l'offre des services de santé est reconnue dans les deux cas mais qui s'appuient sur des prémisses différentes voire antithétiques et dont la coexistence se traduit par des signaux différents et des tensions quant aux principales sources d'influence et de contrôle, quant aux rapports avec l'administration, quant aux critères qui doivent servir à orienter et à évaluer l'action. Alors que la normativité professionnelle désigne les ordres professionnels comme les principales sources de contrôle, la normativité administrative attribue une plus grande influence aux administrateurs. Alors que la normativité professionnelle situe la reddition des comptes des professionnels dans leurs rapports avec leurs pairs et leurs patients, la normativité administrative requiert une plus grande imputabilité des professionnels à l'administration. Alors que la normativité professionnelle définit un domaine de reddition de comptes portant essentiellement sur les compétences professionnelles et sur la qualité des services dispensés à des patients individuels, la normativité administrative élargit ce domaine pour y inclure l'utilisation efficiente des ressources et la prise en compte des objectifs organisationnels et *populationnels*.

- **Centralisation et décentralisation**

Ce deuxième paradoxe résulte d'une volonté implicite, traduite à la fois par les discours et diverses initiatives engagées, de favoriser en même temps les processus opposés de centralisation et de décentralisation dans le cadre du renouvellement de la gestion des services de santé. Ceci aura donné lieu à deux formes d'ambivalence aux termes des rapports d'imputabilité.

Une première ambivalence porte à la fois sur la source principale de contrôle et le lieu privilégié pour la reddition des comptes. Le principe de la responsabilité ministérielle qui reste encore fortement valorisé dans les trois cas impute aux Ministres de la Santé la responsabilité ultime de la performance des systèmes de soins de santé et l'obligation de mettre en place les systèmes de contrôle les plus appropriés pour assurer que les actions conduites aux différents niveaux du système concourent à l'atteinte des objectifs. L'allocation des ressources est, dans tous les cas, perçue comme un levier important que peuvent utiliser les pouvoirs centraux pour créer les incitations appropriées chez les producteurs. L'ambiance partisane entretenue par le processus politique et l'action inquisitrice des médias maintiennent l'attention sur la responsabilité des Ministres et cherchent constamment à prendre ces derniers en défaut. Dans les moments de tensions et de

crises, ce sont le plus souvent les pouvoirs centraux qui sont interpellés pour rendre compte par exemple des erreurs commises par l'administration, des difficultés auxquelles doivent faire face les usagers des services publics. Diverses mesures mises en œuvre concourent ainsi à renforcer et à rationaliser les moyens de contrôle des pouvoirs centraux. Parallèlement, il est exprimé fortement le souci de déléguer des responsabilités et une plus grande autonomie soit à des autorités régionales, soit à des corporations chargées de gérer les établissements, soit à de petites unités de fournisseurs de services liés par contrats avec les gouvernements et/ou les clients. Cette autonomisation des agences exécutives poursuivie au travers de mécanismes variés dans les trois provinces étudiées propose soit de rationaliser l'administration des services en la mettant à l'abri des joutes politiques, soit de rendre les producteurs de services davantage imputables pour les résultats ou encore de fournir aux agences d'exécution les pouvoirs correspondant aux responsabilités qui leur sont délégués, bref d'assurer un nouvel équilibre et une nouvelle répartition des pouvoirs entre les différents niveaux d'administration. C'est donc dire que, d'une part un certain nombre de signaux incitent à concentrer les pouvoirs au niveau central pour permettre notamment aux Ministres de répondre de leurs responsabilités, d'autre part d'autres attentes par rapport à l'autonomie locale et les bienfaits potentiels reconnus à la décentralisation des services incitent à mettre en place les mécanismes appropriés pour déplacer le contrôle à des niveaux d'administration inférieurs. Le processus de régionalisation lui-même qui devait conduire à une décentralisation accrue aura en fait donné lieu à un double mouvement centripète et centrifuge, poussant à la fois à la centralisation et la décentralisation. Les pouvoirs des autorités régionales sont constitués dans certains cas non seulement par les responsabilités déléguées par le centre mais aussi par les responsabilités autrefois dévolues à des établissements (Lomas & al., 1997a). En Alberta, 17 Conseils régionaux ont ainsi remplacé 200 conseils d'hôpitaux. Au Québec, la loi de 1991 et les amendements récents ont à chaque fois proposé des pouvoirs accrus aux régies régionales dans la perspective d'une meilleure coordination à partir de la région.

Une deuxième ambivalence concerne le statut des autorités locales et régionales et la direction privilégiée pour la reddition des comptes de ces dernières. Certaines questions sont récurrentes. Les conseils d'administration des autorités régionales ou des établissements devraient-ils être nommés par le Ministre ou être élus par les citoyens? A qui les Conseils d'administration au niveau régional et local sont-ils redevables en priorité? À leurs électeurs ou au pouvoir central? Les

données témoignent des tensions entre ces deux lignes d'imputabilité. D'un côté, des initiatives comme la tenue régulière de consultations publiques, les assemblées régionales publiques, l'intégration des citoyens ordinaires dans les conseils d'administration, la création de comités d'usagers, les enquêtes auprès des clientèles témoignent de ce souci de renforcer cette imputabilité directe vis-à-vis du citoyen-usager. Concomitamment, d'autres initiatives comme le renforcement du cadre réglementaire, l'établissement de contrats entre les pouvoirs locaux et l'administration, les mécanismes de mise en tutelle renforcent plutôt l'emprise exercée par les pouvoirs centraux sur les administrations régionales et locales. Le constat porte aussi sur des modifications structurelles allant dans différentes directions. Au Québec, les Conseils d'administration des régies régionales auparavant élus sont désormais nommés par le gouvernement alors qu'au niveau des établissements les mécanismes électoraux ont été préservés. En Alberta, les membres des conseils d'administration des autorités régionales auparavant nommés par le gouvernement seront prochainement élus pour les deux-tiers par la population aux fins de renforcer l'imputabilité vis-à-vis du public.

C'est donc dire qu'encore ici ces deux formes d'ambivalence témoignent de la reconnaissance de la valeur ajoutée de deux processus opposés, centralisation et décentralisation, pour renforcer les processus d'imputabilité. Leur coexistence donne cependant lieu à des tensions qui génèrent de l'incertitude dans les contextes d'action et qui portent à la fois sur les lieux privilégiés pour la reddition des comptes, sur les parties impliquées, sur la direction (ascendante ou descendante) que prend cette reddition des comptes.

- **Participation du public et déférence à l'expertise**

Ce troisième paradoxe s'est traduit par le double souci manifesté d'intégrer l'apport du citoyen-usager-consommateur dans les divers aspects de l'offre de services de santé et de garantir en même temps l'exercice de l'expertise (professionnelle ou administrative) dans la prise de décision que ce soit au niveau micro (dans le cadre de l'exécution de l'acte clinique) ou au niveau meso et macro (dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et des programmes). L'exercice de l'imputabilité vis-à-vis du public est dans tous les cas véhiculé comme un enjeu majeur des réformes et recherché à des degrés variables soit au travers de formes consultatives ou de formes de participation plus active. Les discours font ainsi écho aux diverses mesures mises en

œuvre pour intégrer l'input du citoyen dans le cadre du processus de planification. Des citoyens élus ou des leaders communautaires sont recrutés dans les conseils d'administration des organisations de santé et sont ainsi impliqués directement dans la gouverne des services. Des efforts ont été également déployés pour offrir des formes de participation plus directe des citoyens individuels ou des groupes organisés : comités d'usagers dans les établissements, forums publics. Dans tous les cas, des moyens sont offerts au consommateur ou à l'utilisateur des services pour faire valoir son insatisfaction notamment au travers des systèmes administratifs et professionnels de plaintes. Mais en même temps, les données de cette recherche font aussi écho aux difficultés posées par l'exercice de cette participation dont les résultats semblent éminemment incertains. La perception largement exprimée est que vingt ans d'efforts au Québec pour mobiliser les citoyens dans la gouvernance des services de santé ne se sont pas traduits par des résultats notables en termes de contrôle démocratique des services de santé ou d'amélioration de la performance de ces services. L'implication directe du public dans l'administration des services de santé soulève aussi des difficultés importantes concernant la qualité des prises de décisions dans la mesure où la grande majorité de ces dernières relève de questions complexes nécessitant une expertise technique. Le rôle du consommateur peut aussi s'avérer problématique notamment quand il s'agit de porter un jugement sur les aspects proprement techniques des services professionnels. Ce troisième paradoxe soulève donc l'enjeu de conjuguer cette participation du public sous ses diverses formes avec les caractéristiques inhérentes d'une offre de services fondée avant tout sur l'expertise

Cette liste n'est sans doute pas exhaustive. Cette recherche aura permis de mettre en évidence diverses autres formes de tensions que suscitent par exemple: 1) l'obligation pour les corporations professionnelles de sauvegarder l'intérêt public tout en défendant leurs intérêts et privilèges de leurs membres; 2) le souci de réduire les coûts tout en répondant à des normes élevées de qualité. Des objectifs légitimes peuvent se traduire dans ces deux cas par des messages contradictoires et des conflits quant aux attentes à privilégier.

Des situations paradoxales marquées par une double régence font ainsi partie intégrante de la réalité des services de santé. Intégrer la gestion des paradoxes dans un cadre d'imputabilité permet de prendre en compte la complexité des systèmes d'action, les tensions qui les caractérisent et la diversité des attentes auxquelles les agents doivent toujours faire face. Chacun des paradoxes

évoqués plus haut laisse entrevoir de manière simultanée deux aspects différents de ces systèmes et deux impératifs distincts et indépendants auxquels les agents doivent faire face. Au regard de ces paradoxes, l'un des principaux défis posés par le renouvellement des pratiques d'imputabilité est ainsi de répondre simultanément à des attentes contradictoires, d'assurer la coexistence d'intérêts divergents, de résoudre les tensions créées par des attentes divergentes, de concilier des logiques d'action et de régulation différentes. Nous avons argumenté à cet égard que l'imputabilité dans les services de santé ne peut être assurée au travers d'un cadre de référence unique. Faire coexister des formes d'imputabilité qui sont soutenues par des logiques et des rationalités différentes s'avère nécessaire pour répondre à la complexité des enjeux posés par le renouvellement de la gestion des services de santé. Cette recherche a permis de mettre en lumière quatre modèles principaux d'imputabilité qui proposent quatre manières différentes de répondre aux exigences d'imputabilité et qui touchent chacun à des aspects spécifiques de l'offre de services de santé. Chacun des modèles projette un tableau différent de la manière dont les systèmes de soins de santé devraient être structurés, des valeurs qui doivent sous-tendre l'action, des critères et indicateurs qui doivent être utilisés pour mesurer et sanctionner la performance. Chacun de ces modèles reflète des préoccupations portées par des groupes particuliers et propose des mécanismes spécifiques pour y répondre. Si nous acceptons la légitimité des préoccupations, des intérêts, des attentes, des valeurs mises en lumière par chacun de ces modèles, les mécanismes institutionnels doivent ainsi assurer qu'ils soient pris en compte et qu'ils puissent coexister en dépit de leurs divergences. Le renouvellement des pratiques d'imputabilité doit ainsi s'inscrire dans un effort de reconstruction des organisations et institutions de soins de santé pour les rendre plus complètes (Brunsson, 2000). Les données de cette recherche dénotent que les formes bureaucratiques et professionnelles, traditionnellement dominantes dans les systèmes de soins de santé, ne suffisent pas à répondre à toutes les attentes en matière d'imputabilité. Des efforts ont été ainsi déployés dans le cadre des réformes pour introduire des composantes politiques et managériales. Ces dernières sont susceptibles de renforcer à la fois les mécanismes existants d'imputabilité et les systèmes de gestion parce qu'elles permettent de concilier d'autres attentes mais aussi parce qu'elles ouvrent de nouvelles possibilités pour renforcer la rationalité des organisations, l'autonomie des acteurs et la coordination. Mais encore faut-il que les réformes arrivent à articuler ces nouvelles composantes à celles déjà existantes. Plus que la substitution d'une forme d'imputabilité à une autre, l'enjeu en termes de gestion est donc de promouvoir les ajustements nécessaires à l'articulation de logiques

d'actions et de rationalités différentes en étant conscient de l'incertitude inhérente à un tel processus. Introduire les termes d'une rationalité managériale dans le contexte des systèmes bureaucratiques présuppose la capacité de ces derniers à se renouveler et à s'accommoder du nouvel équilibre qui sera créé par l'introduction des nouvelles composantes. Introduire des composantes politiques et managériales dans le cadre de systèmes fondés sur l'expertise et le service professionnel nécessite certains ajustements du professionnalisme.

Suivant une telle perspective, les situations paradoxales et leurs injonctions contradictoires ne créent donc pas des conditions pathologiques pour les systèmes de soins et ne compromettent pas l'exercice de la responsabilité. Elles offrent plutôt les moyens de toucher aux diverses facettes de la réalité des services de santé. Le paradoxe produit des effets pathologiques lorsqu'en présence d'une contradiction, le choix de l'une des branches contre l'autre est imposé (Bonami & al., 1996). Par rapport à la mise en œuvre de l'imputabilité, ceci équivaudrait dans le cadre des réformes à accorder l'exclusivité ou la primauté à une forme d'imputabilité au détriment des autres ou à faire prévaloir la vision d'un groupe particulier sur la manière dont les services de santé devraient être organisés. Le résultat en serait que certaines attentes seraient complètement ignorées, que les arrangements institutionnels privilégieraient les intérêts de groupes particuliers au détriment des autres, que des zones importantes de responsabilité ne pourraient être couvertes. Comme nous l'avons argumenté dans le deuxième article, chacun des modèles d'imputabilité, à défaut d'être contrebalancé et en poussant à l'extrême la logique de régulation sous-jacente, est susceptible de créer des situations pathologiques pour les systèmes de soins de santé. L'exclusivité d'une forme d'imputabilité professionnelle et une logique professionnelle poussée à l'extrême se traduiraient par des services de santé organisés de manière à répondre aux demandes exprimées par des patients individuels, reléguant au second plan les préoccupations de santé publique, déniaient l'importance des considérations de coûts, ignorant les questions relatives à la justesse des interventions et à l'établissement des priorités. De l'autre côté, une logique managériale avec sa préoccupation pour la réduction des coûts poussée à son extrême, dans les situations où elle n'est pas contrebalancée par d'autres formes de régulation, centrerait toute l'attention sur le contrôle de gestion et pourrait se traduire par des incitations pour réduire l'utilisation de services nécessaires, pour diminuer l'accès aux services, pour privilégier la performance budgétaire à la performance technique des services ou même à l'amélioration de l'état de santé des populations. Le risque d'une telle logique serait de

contraindre l'activité clinique dans les limites autorisées par la gestion plutôt que celles imposées par les spécificités de chaque patient, méconnaissant la primauté du jugement professionnel dans la pratique clinique, brimant l'autonomie professionnelle et dévoyant du même coup les dimensions éthiques du service professionnel. L'exclusivité d'une forme bureaucratique d'imputabilité centrerait toute l'attention sur la conformité à la règle sans égard aux résultats, encouragerait une culture de suspicion et de blâme et pourrait freiner toute velléité d'innovation. Une forme d'imputabilité politique poussant à l'extrême sa logique de participation et de délégation pourrait tout aussi bien se solder par des conséquences néfastes pour les organisations: recherche permanente de consensus entre de nombreuses parties paralysant le processus décisionnel, dilution du pouvoir de l'État entre de nombreuses juridictions et difficultés pour assurer une cohérence des interventions au niveau national, risque d'inefficacité lié au contrôle de décisions techniques par des non experts. Cette recherche démontre que les réformes des services publics inspirées du *NMP* ciblent particulièrement les composantes bureaucratiques jugées hypertrophiques de ces services et proposent de nouvelles mesures inscrites dans une rationalité managériale pour en corriger les lacunes. Mais il s'avère aussi que cette logique managériale peut aussi produire des effets indésirables quand elle est poussée à l'extrême et centre l'attention sur un aspect spécifique qui est la rentabilité ou la réduction des coûts et en néglige d'autres comme la qualité des services. La reconnaissance des possibilités et des menaces potentielles associées à chacune de ces formes d'imputabilité indique donc que l'enjeu en termes de gestion n'est pas de trouver le modèle optimal d'imputabilité qui devra être appliqué mais plutôt de trouver la combinaison qui dans un contexte donné et à un moment donné est davantage susceptible de répondre aux objectifs visés et de concilier la diversité des attentes. C'est dire aussi que cette combinaison n'est jamais définitive et est toujours sujette à renégociation en fonction de l'évolution des rapports entre les acteurs, l'évolution des objectifs et des attentes, l'émergence de nouveaux besoins, de nouvelles demandes ou de nouveaux impératifs.

Cette thèse aura permis de démontrer que la recherche d'une augmentation des capacités rationnelles des systèmes, des organisations et de leurs décideurs est au cœur des initiatives visant à réformer les pratiques d'imputabilité. Chacune des formes d'imputabilité propose une manière différente d'atteindre un tel objectif. Le modèle politique propose d'intégrer *l'input* des diverses parties prenantes dans la prise de décision. Le modèle managérial cherche à établir le lien logique entre les ressources et les résultats, entre les moyens et les fins. Le modèle bureaucratique propose de

renforcer les mécanismes de surveillance de l'application des normes publiques. Le modèle professionnel cherche à optimiser les compétences. Les études de cas ont montré que cette poursuite de rationalité amène à combiner différents modèles. Cependant, la démonstration faite dans le troisième article indique que cette recherche de rationalité s'inscrit souvent dans le cadre d'un processus top-down misant sur une instrumentation renouvelée. Alors que les systèmes de soins de santé ont été soumis au cours des dernières années à des processus importants de réorganisation inspirés pour la plupart du *NMP*, les études de cas montrent qu'à l'encontre de la rhétorique et du discours du *NMP*, une grande part des mesures proposées, au travers de nouveaux cadres de gestion, de nouvelles normes de performance, de nouveaux cadres réglementaires, sont conçues de manière à supporter et perpétuer un modèle vertical de prise de décision et une chaîne hiérarchique de contrôle. Une telle constatation ramène ainsi au deuxième enjeu qui est de concevoir des arrangements d'imputabilité qui s'inscrivent davantage dans le cadre d'un processus ascendant et intègrent la capacité des différentes composantes du système à apprendre de leur expérience. Il ne s'agit pas de dénier l'importance du leadership et de la volonté politique qui a accompagné les réformes récentes. Ce leadership est un élément nécessaire mais non suffisant. Comprendre la complexité des problèmes auxquels les systèmes de soins de santé doivent faire face, comprendre le rôle de l'émergence dans les organisations de santé et la capacité des composantes du système à s'adapter indique aussi la place importante que doit jouer l'apprentissage dans le renouvellement des structures et processus organisationnels. Le renouvellement des pratiques d'imputabilité s'inscrit dès lors dans le cadre d'un processus où les organisations de santé, comme des organisations apprenantes mesurent leur performance et utilisent cette information pour changer, restructurer et améliorer de façon continue leurs prestations. Divers arrangements d'imputabilité associés aux pratiques existantes peuvent constituer des freins à l'apprentissage et entraver dès lors les possibilités de changement organisationnel. Des arrangements d'imputabilité axés sur le blâme et menaçants pour les individus, des standards de performance imposés de l'extérieur et non intégrés à un plan de développement organisationnels, des systèmes d'évaluation conçus essentiellement pour contrôler les individus et contraindre leurs comportements peuvent aller à l'encontre de cet objectif d'apprentissage. Senge (1990) décrit les organisations apprenantes comme celles qui peuvent apprendre à partir de leur environnement et de leur expérience et intégrer cet apprentissage à l'action. Un élément critique pour ces organisations est de pouvoir développer une capacité chez les acteurs individuels et organisationnels à s'autoévaluer, à prendre conscience de leurs faibles

performances et à chercher les moyens appropriés pour y remédier. Si le renouvellement des pratiques d'imputabilité n'est pas seulement une fin en soi et que l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la performance des services de santé, les nouveaux arrangements doivent ainsi créer les conditions favorables à cet apprentissage organisationnel. Au-delà des structures, systèmes, processus relatifs au monitoring de la performance, le véritable enjeu en termes de gestion est de promouvoir dans les organisations une véritable culture de l'évaluation et de l'apprentissage. Ceci devrait se traduire par le développement au niveau organisationnel de capacités et d'espaces appropriés pour la réflexion critique et pour la remise en question permanente des routines, des croyances et des valeurs organisationnelles. L'évaluation des performances devrait s'inscrire dans le cadre d'un processus interne plutôt qu'un processus imposé de l'extérieur et chaque organisation devrait avoir la possibilité de développer sa propre capacité de recherche, d'analyse et d'évaluation en vue de contribuer elle-même à produire l'information nécessaire pour prendre ses décisions, juger l'efficacité de ses interventions à tous les niveaux et apporter les correctifs nécessaires. Ceci implique aussi que l'amélioration de la performance des services doit être poursuivie au travers de conditions qui ne s'appuient pas uniquement sur le contrôle mais qui favorisent aussi l'habilitation et l'activité intelligente de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'offre et la demande des services de santé, autant les professionnels, les gestionnaires, les décideurs politiques que le citoyen-usager-consommateur. Ceci implique enfin de dépasser l'approche d'agence qui domine souvent dans les arrangements d'imputabilité pour y intégrer d'autres formes de gouvernance basées sur la confiance, la coopération, les valeurs partagées et qui reconnaissent la capacité des individus à s'autoévaluer, à se développer et à participer pleinement et volontairement à la poursuite des objectifs organisationnels. Ainsi les enjeux soulevés par les réformes des services publics et le renouvellement des pratiques d'imputabilité ne ramènent pas toujours à des réaménagements structurels. Il s'agit aussi de définir dans le cadre du consensus collectif le système de principes qui doivent gouverner l'action individuelle et organisationnelle, d'obtenir la plus large adhésion à ces principes et de doter les acteurs des capacités nécessaires pour utiliser à bon escient ces repères.

## 7. BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Abel-Smith, B. (1996). L'escalade des dépenses de santé: comment en sommes-nous arrivés là? In OCDE (éd.), *La réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*, pp. 19-33. Paris: OCDE. Études de Politique de santé, no 8.
- Abelson, J. (2002). *Public Participation and Health System Governance: Towards Evidence-Based Practice (and Beyond)?* Presentation to the Conference on Evidence-based Policy Instruments for Governance and Accountability in the Health Sector. Quebec: Quebec.
- Alberta Health and Wellness. (1993). *Accountability - Achieving Accountability in the health sector*.
- Alberta Health and Wellness (2002). *Alberta: Health First, Building a better public health care system*.
- Alberta Health and Wellness. (2002). *Ministry of Health & Wellness Business Plan 2002-2005*.
- Allen, P. (2000). Accountability for clinical governance : developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*, 321, 608-611.
- Allix-Desfautaux, C. (1998). Triangulation: vers un dépassement de l'opposition qualitatif/quantitatif. *Économies et Société*, 2, 209-226.
- Anand, K.S., & Mendelson, H. (1997). Information and organization for horizontal multimarket coordination. *Management Science*, 43, 12, 1609-1627.
- Anderson, S.B., & al. (1975). *Encyclopedia of educational evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyris, C. (1990). The dilemma of implementing controls: the case of managerial accounting. *Accounting, Organisations and Society*, 15, 6, 503-511.
- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard Business Review*, may-june 1991, 99-109.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action : a guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Arnaud, G. (1996). Quelle stratégie d'observation pour le chercheur en gestion? Prolégomènes à toute recherche in situ. *Économies et Sociétés, série Sciences de Gestion*, 22, 10, 235-264.
- Arnould & al. (1993). The role of managed care in competitive policy reforms. In R.J. Arnould, R.F. Rich, & W.D. White (eds.), *Competitive approaches to health care reform*, pp. 83-110. Washington, D.C. : Urban Institute Press.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-969.
- Ashburner, L., Ferlie, E., & FitzGerald, L. (1994). *Organizational transformation and top-down change: the case of NHS*. University of Warwick: Centre for corporate strategy and change.
- Astley, W.G., & Zammuto, R.F. (1992). Organization science, managers and language games. *Organization Science*, 3, 443-460.
- Aucoin, P. (1990). Administrative reform in public management: paradigms, principles, paradoxes, and pendulums. *Governance*, 3, 2, 15-37.

- Aucoin, P., & Heintzman, R. (2000) The dialectics of accountability for performance in public management reform. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 1,45-55.
- Auditor General of Alberta. (1998). *Report of the Auditor General on the results of applying specified audit procedures to key performance measures*.
- Backman, A. 2000. *Job Satisfaction, Retention, Recruitment and Skill Mix for a Sustainable Health Care System: Report to the Deputy Minister of Health for Saskatchewan*. Saskatoon: HSURC.
- Barberis, P. (1998). The new public management and a new accountability. *Public Administration*, 76, 3, 451-470.
- Barker, J.R. (1993). Tightening the iron cage: concertive control in self-managing teams. *Administrative Science Quarterly*, 38, 408-437.
- Barnard, C. (1968). *The functions of the executive 30th anniversary edition*. Cambridge, Mass.: Harvard University Committee on Economic Research.
- Barry, C.A. (1998) Choosing Qualitative Data Analysis Software: Atlas/ti and Nudist Compared. *Sociological Research Online*, 3, 3  
<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/4.html>
- Barry, M.J., Mulley, A.G.Jr., Fowler, F.J. & Wennberg, J.W. (1988). Watchful Waiting vs Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism. *Journal of the American Medical Association*, 259, 20, 3010-3017.
- Barzelay, M. (1992). *Breaking through bureaucracy : a new vision for managing in government*. Berkeley : University of California Press.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M, Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., & al. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Berman, P. (1995). Health sector reform - making health development sustainable. *Health Policy*, 32, 1-3, 13-28.
- Birkett, W.P. (1988). *Concepts of Accountability*. Paper presented to the British Accounting Association Annual Conference. Trent Polutechnic.
- Blair, J.D., & Payne G.T. (2000). The paradox prescription: Leading the medical group of the future. *Health Care Management Review*, 25, 1, 44-58.
- Blanchard, L.A., Hinnant, C.C., & Wong, W. (1998). Market-based reforms in government - toward a social subcontract. *Administration & Society*, 30, 5, 483-512.
- Blau, P. (1955). *The dynamics of bureaucracy*. Chicago: Chicago University Press.
- Blau, P., & Scott, W.R. (1962). *Formal Organizations: a comparative approach*. San Francisco: Chandler.
- Bocognano, A., Couffinal, A., Grignon, M., Polton, D., & Mahieu, R. (1999). Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères. Dans M. Mougeot. *La régulation du système de santé*, pp. 179-193. Paris : La documentation française.
- Bonami, M., de Henin, B., Boqué, J.-M., & Legrand, J.-J. (1993). *Management des systèmes complexes : pensée systémique et intervention dans les organisations*. Bruxelles: De Boeck.

- Boston, J., Martin, J., Pallot, J., & Walsh, P. (1996). *Public management: the New Zealand model*. Auckland ; Toronto : Oxford University Press.
- Bouchard, T.J. (1976). Unobtrusive measures: an inventory of uses. *Sociological Methods and Research*, 4, 267-300.
- Boulding, K.E. (1958). *Principles of Economic Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bourgeault, G. (1995). Le principe de bienfaisance et l'éthique biomédicale aujourd'hui. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 2, 2, 190-209.
- Bowerman, M., Ball, A., & Francis, G. (2001). Benchmarking as a tool for the modernization of government. *Financial Accountability & Management*, 17, 4, 321-329.
- Breger MJ. (1996). Government accountability in the twenty-first century. *University of Pittsburgh Law Review*, 57, 2, 423-441.
- Brooks, J. (2000). Labour's modernization of local government. *Public Administration*, 78, 3, 593-612.
- Browder, L.H., & al. (1973). *Developing an educationally accountable program*. Berkeley: McCutchan Publ.
- Brown S.L., & Eisenhardt, K.M. (1998). *Competing on the edge : strategy as structured chaos*. Boston: Harvard Business School Press.
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization Studies*, 21, 4, 721-746.
- Buchanan, J.M., & Tollison, R.D. (1984). *The Theory of public choice*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Burns, C. (1994). Innovative team building - synergistic human resource development. *Administration & Policy in Mental Health*, 22, 1, 39-48.
- Buston, K. (1997). NUD\*IST in Action: Its Use and its Usefulness in a Study of Chronic Illness in Young People. *Sociological Research Online*, 2, 3  
<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/3/6.html>.
- Byorkman, J.W. (1985). Who governs the health sector? Comparative European and American experiences with representation, participation and decentralization. *Comparative Politics*, 17, 4, 399-420.
- Caiden, G. (1993). Dealing with Administrative Corruption. In T. Cooper (ed.), *Handbook of Administrative Ethics*, pp. 3-5-322. New York: Marcel Dekker.
- Cameron, K.S. (1986). Effectiveness as Paradox: Consensus and conflict in conceptions of organisational effectiveness. *Management Science*, 32, 539-553.
- Campbell, C., & Halligan, J. (1992). *Political leadership in an age of constraint: bureaucratic politics under Hawke and Keating*. St Leonards: Allen & Unwin.
- Casey, J.D. (1998). Why do we need peer review?. *Canadian Nurse*, 94, 5, 43-4.
- Chan, J.B.L. (1999). Governing police practice: limits of the new accountability. *British Journal of Sociology*, 50, 2, 251-270.

- Charih, M., & Rouillard, L. (1997). The New Public Management. In M. Charih, & A. Daniels (eds), *New public management and public administration in Canada*, pp. 27-45. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.
- Charles, C., & DeMaio, S. (1993). Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18, 4,881-904.
- Charreux, G. (1998). Le rôle de la confiance dans le système de gouvernance des entreprises. *Économies et Sociétés, Série Sciences de Gestion*, 8-9, 47-65.
- Chernichovsky, D. (1995). Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly*, 73, 3, 339-373.
- Cheung, A.B.L. (1997). Understanding public-sector reforms - global trends and diverse agendas. *International Review of Administrative Sciences*, 63, 4, 435-457.
- Church, J., & Barker, P. (1998). Regionalization of health services in Canada: a critical perspective. *International Journal of Health Services*, 28, 3, 467-86.
- Church, W.J.B., Saunders, D.L., Wanke<sup>1</sup>, M.I., & Pong, R. (1995). *Organizational models in community-based health care: a review of the literature*. Ottawa:Health Canada.
- CIHI. (2000). *Les soins de santé au Canada: un premier rapport annuel*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Clair, M. (2000). *Emerging solutions - report and recommendations*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Coffey, A., Holbrook, B., & Atkinson, P. (1996) 'Qualitative Data Analysis: Technologies and Representations, *Sociological Research Online*, 1, 1  
<<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/1/1/4.html>>.
- Conseil du Trésor du Canada. (1998). *Gestion, imputabilité ou élaboration de politiques? Un regard sur la façon dont les provinces utilisent les données sur le rendement*. Ottawa: Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne F., Potvin L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche*. Montréal: P.U.M.
- Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Denis, J.-L., Champagne, F., Arweiler, D., (1999). Les mesures incitatives et le paiement des ressources. In C. Begin & al. (eds.), *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, pp. 123-147. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corbett, D. (1992). *Australian public sector management*. Sydney: Allen and Unwin.
- Cook, T.D. & Reichardt, C.S. (1979). *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Cornwall, J.R. (1994). The road to empowerment in mental health organizations: speed bumps, detours, and road blocks. *Administration and Policy in Mental Health*, 22, 19-25.
- Corrigan, J.M., & Nielsen, D.M. (1993). Toward the development of uniform reporting standards for managed care organizations: the Health Plan Employer Data and Information Set. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19, 12, 566-575.

- Covaleski, M.A., Dirsmith, M.W., Heian, J.B., & Samuel, S. (1998). The calculated and the avowed - techniques of discipline and struggles over identity in big six public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 293-327.
- CQHCA (Committee on Quality of Health Care in America). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. USA: Institute of Medicine.
- Crozier, M. (1997). *État modeste, État moderne : stratégies pour un autre changement*. Paris: Fayard.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cummings, L.L., & Anton R.J. (1990). The logical appreciative dimensions of accountability. In S. Srivasta, D.L., Cooperrider, & al. (eds.), *Appreciative management and leadership - the power of positive thought and action in organizations*, pp. 257-286. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Cutt, J. (1988). *Comprehensive auditing in Canada, theory and practice*. New York: Praeger.
- Daniels, N., & Sabin, J. (1998). The ethics of accountability in managed care reform. *Health Affairs*, 17, 5, 50-64.
- Darby, M. (1998). Health care quality: from data to accountability. *Academic Medicine*, 73, 8, 843-853.
- Das, T.K., Teng, B.S. (1998). Between trust and control - developing confidence in partner cooperation in alliances. *Academy of Management Review*, 23, 3, 491-512.
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22, 1, 20-47.
- Day, P., & Klein, R. (1987). *Accountabilities: five public services*. London: Tavistock.
- Deber, R.B., Mhatre, S.L., & Baker, G.R. (1994). A review of provincial initiatives. In A. Blomqvist, & D.M. Brown (eds.) *Limits to Care - Refoming Canada's health system in an age of restraint*, pp. 91-124. Ottawa: Renouf Publishing Company.
- Deber, R., Ross, E. & Katz, M. (1994). *Comprehensiveness in Health Care*. Report to: The Health Action Lobby.
- De Bruyne P., Herman, J., & Schoutheete J. (1974). *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Vendôme, Paris: PUF.
- Decter, M. (2000). A Plan to End the Hospital Crisis. *Maclean's*, 113, 3, 28-29.
- Deleon, L. (1998). Accountability in a reinvented government. *Public Administration*, 76, 539-558.
- Denhardt, K. (1991). People and purpose in a fuzzy world. *Directions in Government*, april 1991, 28-30.
- Denis, J.L., Contandriopoulos, D., Langley, A., Valette, A. (1998). *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire*. Université de Montréal : Rapport du GRIS R-98-07.
- Denzin, N.K. (1978). *Sociological methods, a sourcebook*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage Publications.

- Dilulio, J.J. (1994). *Deregulating the public service : can government be improved*. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Donaldson, L. (1990). The ethereal hand: organizational economics and management theory. *Academy of Management Review*, 15, 369-381.
- Donaldson, L. (2001). *The contingency theory of organizations*. Thousand Oaks: Sage
- Donaldson, M.S. (1998). Accountability for quality in managed care. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24, 12, 711-725.
- Donaldson L., & Davis J.H. (1991). Stewardship Theory or Agency Theory: CEO governance and shareholder returns. *Australian Journal of Management*, 16, 49-64.
- Dorado, S., & Molz, R. (1998) Privatization: the core theories and missing middle. *International Review of Administrative Sciences*, 64, 4, 583-609.
- Dunn, D. (1997). *Politics and administration at the top: lessons from down under*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Dye, K.M., & Stapenhurst, R. (1998). *Pillars of Integrity: The Importance of Supreme Audit Institutions in Curbing Corruption*. Washington: Economic Development Institute of the World Bank.
- Eisenhardt, K. (1989). Agency theory: an assessment and review. *Academy of Management Review*, 14, 1, 67-74.
- Emanuel, E. (1991). *The ends of human life: medical ethics in a liberal polity*. Cambridge: Harvard University Press.
- Emanuel, L.L. (1996). A professional response to demands for accountability: practical recommendations regarding ethical aspects of patient care. *Annals of Internal Medicine*, 124, 240-249.
- Emanuel, E.J., & Emanuel L.L. (1996). What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*, 124, 2, 229-239.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1997). Preserving community in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 1, 147-183.
- Emy, H.V., & Hughes, O. (1991). *Australian politics: realities in conflict*. Melbourne: Macmillan.
- Ente, B.H. (1999). Joint Commission World Symposium on improving health care through accreditation. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 11, 602-13.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989a). A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (1). *New England Journal of Medicine*. 320, 1, 29-37.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989b). A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (2). *New England Journal of Medicine*, 320, 2, 94-101.
- Etheredge, L., & Jones, S. (1991). Managing a pluralist health system. *Health Affairs*, 10, 4, 93-105.
- Evans, R.G. (1984). *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworth.
- Everitt, A. (1996). Developing Critical Evaluation. *Evaluation*, 2, 2, 173-188.

- Ezzamel, M., & Willmott, H. (1998). Accounting for teamwork - a critical study of group-based systems of organizational control. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 358-396.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis : the critical study of language*. London: Longman.
- Farell, C.M., & Law, J. (1999). Changing forms of accountability in education? a case study of LEAs in Wales. *Public Administration*, 77, 2, 293-310.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Feeny, D. (1994). Technology assessment and health policy in Canada. In A. Blomqvist, & D.M. Brown (eds.) *Limits to Care – Refoming Canada's health system in an age of restraint*, pp. 295-326. Ottawa: Renouf Publishing Company.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew A. (1996). *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Feste, C. (1992). A practical look at patient empowerment. *Diabetes Care*, 15, 7, 922-925.
- Fetterman, D., Kaftarian, S., & Wandersman, A. (1996) *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability*. Londres: Sage.
- Finer, H. 1941. Administrative responsibility and democratic governance. *Public Administration Review*, 1, 335-350.
- Finet, A. (1997). La restructuration de l'activité HELIO à Charleroi ou la mise en doute de l'originalité du reengineering. *Gestion 2000, mai-juin 1997*, 29-39.
- Floc'hlay, B., & Plottu, E. (1998). Democratic Evaluation: From Empowerment Evaluation to Public Decision-Making. *Evaluation*, 4, 3, 261-277.
- Forest, P.-G., Bryson, S.A., & Lorion J. (1994). La participation des citoyens à l'administration des services de santé. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Begin, & G. Bélanger (eds.) *Le système de santé au Québec - Organisations, acteurs et enjeux*, pp. 143-161. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Forest, P.-G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J., & Lamarche, P. (1999). *Issues in the governance of integrated of health systems*. Ottawa: Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, Collection Synthèses de politiques.
- Forrester, R. (2000). Empowerment: Rejuvenating a potent idea. *Academy of Management Executive*, 14, 3, 67-80.
- Foucault, M. (1991). Politics and the study of discourse. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (eds.), *The Foucault effect : studies in governmentality*, pp. 53-72. London: Harvester Wheatsheaf.
- Fowler, F.J. & al. (1988). Symptom Status and Quality of Life Following Prostatectomy. *Journal of the American Medical Association*, 259, 20, 3018-3022.
- Fox, M.A., & Hamilton. R.T. (1994). Ownership and diversification - agency theory or stewardship theory. *Journal of Management Studies*. 31, 1, 69-81.
- Freedman V.A., & Soldo, B.J. (1994). *Trends in disability at older ages: summary of a workshop*. Washington D.C: National Academy Press.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine*. New York: Mead and Company.
- Freidson, E. (1970b). *Profession of Medicine*. New York: Mead and Company.

- Freidson, E. (1987). The medical profession in transition. In L. Aiken, & D. Mechanic (eds), *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. London: Rutgers University Press, pp. 63-79.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum Publishing.
- Frenk J. (1994). Dimensions of health systems reform, *Health Policy*, 27, 19-34.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Seuil.
- Friedman, B.D. (1973). *The quest for accountability, public administration service*. Chicago.
- Friedrich, C.J. (1935). *Problems of the American public service*. London : McGraw-Hill.
- Frink, D.D., & Ferris, G.R. (1998). Accountability, impression management, and goal setting in the performance evaluation process. *Human Relations*, 51, 10, 1259-1283.
- Fukuyama, F. (1997). *La confiance et la puissance : vertus sociales et prospérité économique*. Traduit de l'anglais par Pierre-Emmanuel Dauzat. Paris: Plon.
- Furlong, S., & Glover D. (1998). Legal accountability in changing practice. *Nursing Times*, 94, 39, 61-62.
- Fyke, K.J. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Saskatchewan: The Commission on Medicare.
- Gamm, L.D. (1996). Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems. *Health Care Management Review*, 21, 2, 74-87.
- Gavey, N. (1989). Feminist poststructuralism and discourse analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 459-475.
- Geddes, M., & Martin, S. (2000). The policy and politics of best value: currents, crosscurrents and undercurrents in the new Regime. *Policy and Politics*, 2, 3, 379-395.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Ginzberg, E. (1954). What every economist should know about health and medicine. *American Economic Review*, 44, 104-119.
- Goold, M., & Quinn, J.J. (1990). The paradox of strategic controls. *Strategic Management Journal*, 11, 43-57.
- Gore, A. (1993). *From red tape to results: creating a government that works better and costs less*. Washington, D.C. Report of the National Performance Review.
- Gouldner, A. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. New York: Free Press.
- Gouvernement de l'Ontario. (1995). *Exposé économique et financier*.
- Gouvernement du Québec. (1999). *Pour de meilleurs services aux citoyens - Énoncé de politique sur la gestion gouvernementale - Un nouveau cadre de gestion pour la fonction publique*.
- Gouvernement du Québec. (1996). *Les unités autonomes de service. Application du concept de la gestion par résultats dans la fonction publique québécoise. Document de référence*.

- Government of Alberta. (1998). *Results Oriented Government - A Guide to Strategic Planning and Performance Measurement in the Alberta Government*. Alberta: Alberta Finance.
- Government of Alberta. (1996). *Measuring Performance A Reference Guide*. Alberta: Alberta Finance.
- Government of Alberta. (1996). *Measuring up*.
- Gow, J.I., & Dufour, C. (2000). Is the new public management a paradigm? Does it matter?. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 4, 573-597.
- Graham, L. (1993). Inside a Japanese transplant: a critical perspective. *Work and Occupations*, 20, 147-173.
- Gray, B.H. (1991). *The profit motive and patient care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gray, R. (1983). Accounting, financial reporting, and not-for-profit organizations. *AUTA Review*, 15, 1, 13-23.
- Gray, A., & Jenkins, W. (1985). *Administrative Politics in British Government*. Sussex: Wheatsheaf Books.
- Gray, A., & Jenkins, W. (1986). Accountable management in British control government: some reflections on the financial management initiative. *Financial Accounting Management*, 2, 171-186.
- Gray, A., & Jenkins, W. (1993). Codes of accountability in the new public sector. *Accounting, Auditing, and Accountability Journal*, 6, 52-67.
- Gray, R., Owen, D., & Maunders, K. (1987). *Corporate social reporting: accounting and accountability*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall International.
- Griffiths R. (1988). Does the public service serve?. *Public Administration*, 66, 195-204.
- Griffiths Report. (1983). *NHS Management Enquiry*. London: HMSO.
- Grossman. L.K. (1995). *The electronic republic: reshaping democracy in the information age*. New York: Viking.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Hammersley, M. (1994). *What's wrong with ethnography?: methodological explorations*. New York : Routledge.
- Haque, M.S. (2000). Significance of accountability under the new approach to public governance. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 4, 599-617.
- Haque, M.S. (1994). The emerging challenges to bureaucratic accountability : a critical perspective. In A. Farazmand (éd.), *Handbook of bureaucracy*, pp. 265-286. New York: Marcel Dekker.
- Hargrove, E.C., & Glidewell, J.C. (1990). *Impossible jobs in public management*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Harmon, M.A. (1995). *Responsibility as a paradox: a critique of rational discourse on government*. Thousand Oaks: Sage.
- Harmon, M., & Mayer, R. (1986). *Organization theory for public administration*. Boston: Little Brown & Co.
- Harrison, A. (1993). *From hierarchy to contract*. Newbury: Policy Journals.

- Hawker, G.A., Wright, J.G., Coyte, P.C., Williams, J.I., Harvey, B., Glazier, R., & Badley, E.M. (2000). Differences between men and women in the rate of use of hip and knee arthroplasty. *New England Journal of Medicine*, 342, 14, 1016-1022.
- Henriet, D., & Rochet, J.-C. (1999). Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé. Dans M. Mougeot. *La régulation du système de santé*, pp. 115-129. Paris : La documentation française.
- Heracleous, L., & Hendry, J. (2000) Discourse and the study of organization: Toward a structural perspective. *Human Relations*, 53, 10, 1251-1286
- Higgins, D.J. (1986). *Local and urban politics in Canada*. Toronto: Gage.
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice, and loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hollander, E.P., & Offerman, L.R. (1990). Power and leadership in organizations: relationships in transition. *American Psychologist*, 45, 179-189.
- Hollway, W. (1989). *Subjectivity and method in psychology: gender, meaning and science*. London: Sage.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*, 69, 1, 3-19.
- Hood, C. (1995). Contemporary public management: a new global paradigm? *Public Policy and Administration*, 10, 2, 104-117.
- Hood, C. (1996a). Beyond progressivism: a new global paradigm in public management. *International Journal of Public Management*, 19, 2, 151-177.
- Hood, C. (1996b). Exploring variations in 1980s public management reform. In H.A.G.M. Bekke, J.L. Perry, & T.A.J. Toonen (eds.), *Civil service systems in comparative perspective*, pp. 268-287. Bloomington : Indiana University Press.
- Hunter, D.J. (1995). Recent developments in health policy: an overview. *The Asian Journal of Public Administration*, 17, 22-42.
- Hunter, D.J. (1996). The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Social Science & Medicine*, 43, 5, 799-808.
- Hurley, J., Birch, S. & Eyles, J. (1992). *Information, Efficiency and Decentralization within Health Care Systems*. McMaster University: Centre for Health Economics and Policy Analysis, Working Paper Series No.92-21.
- Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human - Building a Safer Health System*. Washington, D.C: National Academy Press
- Jackson, M. (1995). Democratic accountability, *Canberra Bulletin of Public Administration*, 78, 86-88.
- Jacobs, K. (1997). A reforming accountability. GPs and health reform in New Zealand. *International Journal of Health Planning and Management*, 12, 3, 169-185.
- Jenkins, K., Caines, K., & Jackson, A. (1988). *Improving management in government: the next steps*. London: HMSO.
- Jennings, I. (1966). *The British Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jensen, M. (1991). Corporate control and the politics of finance. *Journal of Applied Corporate Finance*, 4, 2, 13-33.

- Jermier, J.M. (1998). Introduction - critical perspectives on organizational control. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 235-256.
- Jewesson, P.J. (1996). Economic impact of intravenous-to-oral antibacterial stepdown therapy. *Clinical Drug Investigation*, 11, suppl. 2, 1-9.
- Jick, T.D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Jönsson, B. (1996). Comprendre la réforme des systèmes de santé. In OCDE, *La réforme des systèmes de santé - La volonté de changement*. Études de politique de santé, no 8, pp. 35-51. Paris : OCDE.
- Joshi, K., Rai, A. (2000). Impact of the quality of information products on information system users' job satisfaction: an empirical investigation. *Information Systems Journal*, 10, 4, 323-345.
- Kaboolian, L. (1998). The new public management - challenging the boundaries of the management vs. Administration debate. *Public Administration Review*, 58, 3, 189-193.
- Kant, I. (1959). *Foundations of the metaphysics of morals*. Traduit par L.W. Beck. Indianapolis : Bobbs-Merryl.
- Kelle, U. (1997) 'Theory Building in Qualitative Research and Computer Programs for the Management of Textual Data', *Sociological Research Online*, 2, 2  
<<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/2/1.html>>.
- Kelly, K. (1994). *Out of control: the rise of neo-biological civilization*. Reading: Addison-Wesley.
- Kernaghan, K. (1973). Responsible public bureaucracy: a rationale and a framework for analysis. *Administration Publique du Canada*, 16, 4, 572-603
- Kernaghan, K. (1997). Shaking the foundation: new versus traditional public values. In M. Charih, & A. Daniels (eds), *New public management and public administration in Canada*, pp. 47-64. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.
- Kettl, D.F. (1997). The global revolution in public management - driving themes, missing links. *Journal of Policy Analysis & Management*, 16, 3, 446-462.
- Kickert, W.J.M., & Jorgensen, T.B. (1995). Conclusion and discussion - management, policy, politics and public values. *International Review of Administrative Sciences*, 61, 4, 577-586.
- King, D.S. (1987) *The new right: politics, markets and citizenship*. Basingstoke: Macmillan Education.
- Kirkip, B., & Donaldson, L.J. (1994). Is health care a commodity: how will purchasing improve the National Health Service. *Journal of Public Health Medicine*, 16, 3, 256-262.
- Klages, H., & Loffler, E. (1998). New public management in germane - the implementation process of the new steering model. *International Review of Administrative Sciences*, 64, 1, 41-54.
- Langwell, K., & Hadley, J. (1989). Evaluation of the Medicare competition demonstrations. *Health Care Financing Review*, 11, 65-79.
- Laughlin, R. (1991). Can the information systems for the NHS internal market work? *Public Money and Management*, 11, 37-41.
- Laughlin, R.C. (1990). A model of financial accountability and the Church of England. *Financial Accountability and Management*, 6, 2, 93-114.

- Lauzon, L.-P.; & Hasbani, M. (2002). *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période 1991-2000*. -Université du Québec à Montréal : Chaire d'études socio-économiques (CESE).
- Leclair, F. (1993). D'un pouvoir responsable pour l'administrateur public. *Administration Publique du Canada*, 21, 3, 419-439.
- Lee, R.M., & Fielding, N. (1996). Qualitative Data Analysis: Representations of a Technology: A comment on Coffey, Holbrook and Atkinson. *Sociological Research Online*, 1, 4  
<<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/1/4/lf.html>>.
- Leidner, D.E., & Elam J.J. (1995). The impact of executive information systems on organizational design, intelligence, and decision making. *Organization Science*, 6, 6, 645-664.
- Le Moigne, J.-L. (1987). Les nouvelles sciences sont bien des sciences : repères historiques et épistémologiques. *Revue Internationale de Systémique*, 1, 3, 295-318.
- Le Moigne J.-L. (1990). Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation. In A.-C Martinet (ed.), *Épistémologies et sciences de gestion*, pp. 81-140. Paris: Économica.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1995). *La recherche qualitative : fondements et pratiques*. Montréal : Éditions nouvelles.
- Lewin, R. (1992). *Complexity: life at the edge of chaos*. New York: MacMillan.
- Light, P.C. (1997). *The tides of reform : making government work, 1945-1995*. New Haven: Yale University Press.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1994). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.
- Llewellyn, S., & Northcott, D. (2002). *The average hospital*. The 18<sup>th</sup> EGOS Colloquium "Organizational Politics and the Politics of Organizations", Barcelona.
- Lomas, J. (1997). Reluctant rationers : public input to health care priorities. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 2, 103-111.
- Lomas, J., & Contandriopoulos, A.-P. (1996). Pour une harmonie nouvelle entre la médecine et la santé. In R.G. Evans, M.L. Barer, & T.D. Marmor, (eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé*, pp. 257-288. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.
- Lomas, J., Veenstra, G., & Woods, J. (1997a). Devolving authority for health care in Canada's provinces .1. An introduction to the issues. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 3, 371-377.
- Lomas, J., Veenstra, G., & Woods, J. (1997b). Devolving authority for health care in Canada's provinces .3. Motivations, attitudes and approaches of board members. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 5, 669-676.
- Lucas, J.R. (1993). *Responsibility*. Oxford: Clarendon Press.
- Lucier, P. (1977). *Analyse institutionnelle et "accountability"*. Montréal: Centre d'Animation, de Développement et de recherche en Éducation.
- Lynn, L.E. Jr. (1996). *Public management as art, science, and profession*. Chatham: Chatham House Publishers.

- Lynn, L.E. Jr. (1998). The new public management - how to transform a theme into a legacy. *Public Administration Review*, 58, 3, 231-237.
- Mackee, M. (1995). Leap of faith over the data tap. *Lancet*, 345, 8963, 1449-1450.
- Mackee, M. (2001). Measuring the efficiency of health systems. *British Medical Journal*, 323, 295-296.
- Malcolm, M., & Mays, N. (1999). New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *British Medical Journal*, 319, 1340-1342.
- Malherbe, J.-F. (1999). *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*. Québec : Éditions Fides.
- Marmor, T.R., & Morone, J.A. (1980). Representing Consumer Interests: Imbalanced Markets, Health Planning and HSA's. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 58, 1, 125-165.
- Marmor, T., Barer, M.L., & Evans, R.G. (1996). Les déterminants de la santé des populations: comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques. In R.G. Evans, M.L. Barer, & T.D. Marmor, (eds.), *Être ou ne pas être en bonne santé*, pp. 223-236. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.
- Mariott, J., & Mable, A.L. (1998). Modèles intégrés. Tendances internationales et conséquences pour le Canada. In *Le secteur de la santé au Canada et ailleurs. À la recherche d'un équilibre. Forum national sur la santé*, vol. 4, pp. 556-696. Québec : Éditions Multimondes.
- Marsh, I. (1999). Program strategy and coalition building as facets of new public management. *Australian Journal of Public Administration*, 58, 4, 54-67.
- Marshall, G. (1998). In search of commensurability: writings in public management in an era of governmental reform. *Public Administration Review*, 58, 3, 274-279.
- Mason, J. (1996) *Qualitative Researching*. London: Sage.
- Mauws M.K., & Phillips, N. (1995). Understanding language games. *Organization Science*, 6, 3, 322-334
- Mayer, R.C., Davis, J.H., & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*. 20, 3, 709-734.
- Mazankowski, D. (2001), *A framework for Reform*. Alberta: Report of Premier's Advisory Council on Health for Alberta.
- Mcavoy, G.E. (1994). State autonomy and democratic accountability - the politics of hazardous waste policy. *Polity*, 26, 4, 699-728.
- McCullough, L.B. (2000). Holding the Present and Future Accountable to the Past: History and the Maturation of Clinical Ethics as a Field of the Humanities. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 1, 5-11
- McGarvey, H. E., Chambers, M. G. & Boore J. R. (2000). Development and Definition of the Role of the Operating Department Nurse: A Review. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 5, 1092 - 1100.
- McGregor, D. M. (1960). *The human side of enterprise*. New York : McGraw-Hill.
- Mckevitt, D., & Lawton, A. (1996). The manager, the citizen, the politician and performance measures. *Public Money & Management*, 16, 3, 49-54.
- Merchant, K.A. (1984). *Control in business organizations*. Marshfield: Pitman Publishing.

- Mero N.P., & Motowidlo S.J. (1995). Effects of rater accountability on the accuracy and the favorability of performance ratings. *Journal of Applied Psychology*, 80, 4, 517-524.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. (1977). Institutional organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Meyer, J.W., & Rowan, B. (1991). Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony. In W.W. Powell, & P.J. DiMaggio (eds.), *The New institutionalism in organizational analysis*, pp. 41-62. Chicago: University of Chicago Press.
- Midwinter, A., & McGarvey, N. (2001) The new accountability? Devolution and expenditure politics in Scotland. *Public Money & Management*, 21, 3, 47-55.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Millar, M., & McKeivitt, D. (2000). Accountability and performance measurement: an assessment of the Irish health care system. *International Review of Administrative Sciences*, 66, 2, 285-296.
- Mills, A. (1994). Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective - what are the choices. *Administration & Development*, 14, 3, 281-292.
- Mills, A., Hongoro, C., & Broomberg, J. (1997). Improving the efficiency of district hospitals - is contracting an option. *Tropical Medicine & International Health*, 2, 2, 116-126.
- Ministère de la santé de l'Ontario. (2001). *Plan d'activités 2001-2002*
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2002). *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers (Rapport Bédard)*. Québec.
- Ministère des finances de l'Ontario. (1998). *Directive sur l'obligation de rendre compte en matière de paiements de transfert du conseil de gestion*
- Mintzberg, H. (1990). *Le management : voyage au centre des organisations*. Traduit par Jean-Michel Behar Montréal: Éditions d'organisation.
- Mitchell, J. (1993). La responsabilité et la gestion des régies d'État aux Etats-Unis. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 59, 3, 557-576.
- Mitchell R.K., Agle B.R., & Wood D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience - defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22, 4, 853-886.
- Mitnick, B.M. (1993). Strategic Behavior and the Creation of Agents. In B.M. Mitnick (Éd.), *Corporate Political Agency*, pp. 90-124. Newbury Park: Sage Publications.
- Moe, R.C. (1994). The reinventing government exercise - misinterpreting the problem, misjudging the consequences. *Public Administration Review*, 54, 2, 111-122.
- Moody-Williams, J.D., Dawson, D., Miller, D.R. & al. (1999). Quality and accountability: Children's emergency services in a managed care environment. *Annals of Emergency Medicine*, 34, 6, 753-60.
- Mooney, G., & Ryan M. (1993). Agency in health care: getting beyond first principles. *Journal of Health Economics*, 12, 125-135.
- Mulgan, R. (1997). The processes of public accountability. *Australian Journal of Public Administration*, 56, 1, 25-36.

- Newcomer, K.E. (1997). Using Performance Measurement to Improve Programs. In K.E. Newcomer (ed.), *Using Performance Measurement to Improve Public and Nonprofit Programs*, pp. 5-14. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Niskanen, W.A. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Chicago: Aldine.
- Oakes L.S., Townley, B., & Cooper, D.J. (1998). Business planning as pedagogy - language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 257-292.
- OCDE. (1987). *La santé: financement et prestation. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. Paris : OCDE. Études de Politiques de santé, no 4
- OCDE. (1990). *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Paris:OCDE.
- OCDE. (1993). *Public management: OECD country profiles*. Paris: OCDE.
- OCDE. (1994a). *Protéger les personnes âgées dépendantes : Nouvelles orientations*. Paris: OCDE.
- OCDE. (1994b). Les réformes des systèmes de santé, Étude de 17 pays de l'OCDE. Paris : OCDE. Études de politique de santé, no. 5.
- OCDE. (1995a). *À la recherche de mécanismes de marché : les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*. Paris: OCDE. Études de politique de santé, no 6.
- OCDE. (1995b). *La gestion publique en mutation. Les réformes dans les pays de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- OCDE. (1995c). *Nouvelles orientations de la politique de santé*. Paris : OCDE. Études de politique de santé, no 7.
- OCDE. (1996a). *Gérer la réduction du déficit structurel*. Paris : OCDE. Études hors série sur la gestion publique, no 11.
- OCDE. (1996b). L'éthique dans le service public. Questions et pratiques actuelles. Paris : OCDE. Études hors série sur la gestion publique, no 14.
- OCDE. (2002). *Les citoyens partenaires: information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques*. Paris : OCDE.
- OMS. (2000). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève: OMS.
- Ontario Financial Review Commission. (1995). *Beyond the numbers: A new financial management and accountability framework for Ontario*.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading: Addison-Wesley Pub.
- Ouellet, L. (1984). *L'imputabilité de qui et au nom de quoi*. In *Débats sur l'imputabilité. Actes du colloque sur l'imputabilité tenu les 9 et 10 juin 1983*, pp. 45-58. Centre d'Études Politiques et Administratives du Québec: École Nationale d'Administration Publique.
- Paringer, L., & Mc Call, N. (1991). How competitive is competitive bidding? *Health Affairs*, 10, 4, 220-230.
- Patry, M. (1992). L'imputabilité des administrateurs publics. In R. Parenteau (éd.), *Management Public - Comprendre et gérer les institutions de l'État*, pp. 301-326. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Patton, M.Q. (1997). *Utilisation-Focused Evaluation : The New Century Text*. Londres: Sage.
- Payne, T., & Skelcher C. (1997). Explaining less accountability - the growth of local quangos. *Public Administration*, 75, 2, 207-224.
- Persson, T., Roland, G., & Tabellini, G. (1997). Separation of powers and political accountability. *The Quarterly Journal of Economics*, 112, 4, 1163-1202.
- Peters, B.G. (1995). La fonction publique, l'État en transition et la fonction gouvernementale. In B.G. Peters, & D.J. Savoie (éds.), *Les nouveaux défis de la gouvernance*, pp. 265-295. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Peters, B.G. (1996). *The future of governing : four emerging models*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Peters, B.G., & Savoie, D.J. (1995). *Governance in a changing environment*. Montreal: Canadian Centre for Management Development.
- Peters, T. J. (1992). *Liberation management : necessary disorganization for the nanosecond nineties*. New York: A. A. Knopf.
- Petress, K.C., & King, A. (1990). Iran contra and the defeat of accountability. *Communication reports*, 3, 15-21.
- Plantz, M.C., & al. (1997). "Outcome Measurement: Showing Results in the Nonprofit Sector", In K.E. Newcomer (ed.), *Using Performance Measurement to Improve Public and Nonprofit Programs*, pp. 15-30. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pollitt, C. (1986). Beyond the managerial model: the case for broadening performance assessment in government and the public services. *Financial Accountability Management*, 2, 155-170.
- Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the public services: the Anglo-American experience*. Cambridge: Basil Blackwell.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services : cuts or cultural change in the 1990s?* Cambridge: Blackwell Business.
- Pong R.W., Saunders, D., Church, J., Wanke, M., & Cappon, P. (1995). *Health Human Resources in Community-Based Health Care: a Review of the Literature*. Health Canada: Health Promotion and Programs Branch.
- Pontes, M.C. (1995). Agency theory - a framework for analyzing physician services. *Health Care Management Review*. 20, 4, 57-67.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8, 3, 341-351.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology : beyond attitudes and behaviour*. Newbury Park : Sage Publications.
- Power, M. (1991). Auditing and environmental expertise : between protest and professionalisation. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 4, 3, 30-42.
- Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Provincial and Territorial Ministers of Health. (2000). *Understanding Canada's Health Care Costs - Interim Report*. Canada.

- Pruzan, P. (1998). From control to values-based management and accountability. *Journal of Business Ethics*, 17, 13, 1379-1394.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work : civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Quinn, R.E., & Cameron, K.S. (1988). *Paradox and transformation*. New York : Ballinger.
- Reamy, J. (1995). Health service regionalisation in New-Brunswick, Canada - a bold move. *International Journal of Health Services*, 25, 2, 271-282.
- Reed, M. (2002). Reconstructing managerialism: constructivist and realist analyses of new managerialist discourse in contemporary organisations and institutions. The 18<sup>th</sup> EGOS Colloquium "Organizational Politics and the Politics of Organizations", Barcelona.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9, 1, 39-47.
- Roberts, J. (1988). *The possibilities of accountability. Proceedings from the second interdisciplinary perspectives on accounting conference*. Manchester: University of Manchester.
- Roberts, J. (1991). The possibilities of accountability. *Accounting, Organizations and Society*, 16, 4, 355-368.
- Roberts, J. (2001) Trust and control in Anglo-American systems of corporate governance: The individualizing and socializing effects of processes of accountability. *Human Relations*, 54, 12, 1547-1572.
- Robine, J.-M., Blanchet, M., & Dowd J.E. (1992). *Health expectancy : first workshop of the International healthy life expectancy network*. Londres: HMSO.
- Robinson, J.C. (1997). Physician-hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research & Review*, 54, 1, 3-24.
- Robinson, J.C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*. 79, 2, 149-178.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- Romanow, R. J. (2002). *Shape the Future of Health Care*. Saskatoon: The Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Romzek, B. (1996). Enhancing accountability. In J. Perry (Ed.) *The handbook of public administration*, pp. 97-114. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Romzek, B.S. (2000). Dynamics of public sector accountability in an era of reform. *International Review of Administrative Science*, 66, 1, 21-44.
- Romzek, B.S., & Dubnick, M.J. (1987). Accountability in the public sector: lessons from the Challenger tragedy. *Public Administration Review*, 47, 227-238.
- Romzek, B.S., & Dubnick, M.J. (1994). Issues of accountability in flexible personnel systems. In P.W. Ingraham & B.S. Romzek (eds.), *New Paradigms for government: Issues for the changing public service*, pp.263-294. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence*. Paris : Éditions du Seuil.
- Rosen, B. (1989). *Holding governments bureaucrats accountable*. New York: Praeger.

- Rossiter, C. (1961), *The Federalist Papers*. New York: New American Library.
- Roy, G. (1988). L'éthique de la pratique clinique. *L'Union Médicale du Canada*, 117, 1, 120.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. New-York : Churchill Livingston.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (1996). Evidence- Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- 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., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 78, 6, 732-739.
- Saltman, R.B., & Figueras, J. (1997). *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Salzer MS. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations - concept, benefits, and impediments. *Administration & Policy in Mental Health*, 24, 5, 425-434.
- Schacter, M. (2000a). *When Accountability Fails: A Framework for Diagnosis and Action*. Ottawa: Institute On Governance. Policy Brief No.9
- Schacter, M. (2000b). *Lessons from Experience in Supporting Sound Governance* (ECD Working Paper Series, No. 7). Washington: World Bank Operations Evaluation Dept.
- Scharpf, F.W. (1997). Concilier viabilité et garanties en matière de protection sociale. In OCDE (ed.), *Famille, marché et collectivité – équité et efficence de la politique sociale*. Études de Politique Sociale, no 21, pp. 233-244. Paris : OCDE.
- Scherer, P. (1997). Les changements socio-économiques et ia politique sociale. . In OCDE (ed.), *Famille, marché et collectivité – équité et efficence de la politique sociale*. Études de Politique Sociale, no 21, pp. 13-64. Paris : OCDE.
- Schedler, A. (1999). Conceptualizing Accountability. In A. Schedler, L. Diamond, & M.F. Plattner (eds.), *The Self- Restraining State. Power and Accountability in New Democracies*, pp. 13-28. London: Lynne Rienner Publishers.
- Schein, E. (1992). *Organisational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schlenker, B.R., Britt, T.W., Pennington, J., Murphy, R., & Doherty, K. (1994). The triangle model of responsability. *Psychological Review*, 101, 4, 632-652.
- Schneider, E.C., Riehl, V., Courte-Wienecke, S., Eddy, D.M., & Sennett, C. (1999). Enhancing performance measurement - NCQA's road map for a health information framework. *Journal of the American Medical Association*, 282, 12, 1184-1190.
- Schultz, P.D. (1996). The morally accountable corporation: a post modern approach to organizational responsibility. *The Journal of Business Communication*, 33, 2, 165-183.
- Seidel, J. (1991). Method and Madness in the Application of Computer Technology to Qualitative Data Analysis. In N. Fielding, & R.M. Lee (eds.) *Using Computers in Qualitative Research*, pp. 107-116. London: Sage.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organisation*. New York: Doubleday.

- Sewell, G. (1998) The discipline of teams - the control of team-based industrial work through electronic and peer surveillance. *Administrative Science Quarterly*, 43, 2, 397-428.
- Shadish, W.R., Jr., Cook, T.D. & Leviton, L.C. (1991). *Foundations of program evaluation : theories of practice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barnsley, J., & al. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11, 24-48.
- Sin, D.D., & Tu, J.V. (2001). Underuse of inhaled steroid therapy in elderly patients with asthma. *Chest*, 119, 3, 720-725.
- Sinclair, A., (1995). The chameleon of accountability: forms and discourses. *Accounting, Organizations, & Society*, 20, 2/3, 219-237.
- Sinclair, D.G., & al. (2000). *Regard sur le passé, regard vers l'avenir - La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (1996-2000) - Rapport de travail*. Ontario : Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario.
- Smart, B. (1986). The politics of truth and the problem of hegemony. In D.C. Hoy (ed.) *Foucault: a critical reader*, pp. 157-173. Oxford: Basil Blackwell.
- Smircich, L. (1983). Organizations as shared meanings. In L.R.Pondy, P.J. Frost, G. Morgan, & T.C. Dandridge (eds.), *Organizational symbolism*, pp. 55-65. Greenwich: JAI Press.
- Smith, P.C., Stepan, A., Valdmanis, V., Verheyen P. (1997). Principal-agent problems in health care systems - an international perspective. *Health Policy*, 41, 1, 37-60.
- Starr, P. (1993). The framework of health care reform. *New England Journal of Medicine*, 329, 22, 1666-1672.
- Statistique Canada. (2000). *Finances publiques provinciales et territoriales, actif et passif*.
- Statistique Canada. (2001). *Dette de l'administration fédérale, données annuelles*.
- Stewart, J. D. (1983). The role of information in public accountability. In A. Hopwood, & C. Tomkins (eds), *Issues in Public Sector Accounting*, pp. 15-34. London: Philip Allen
- Sutherland, S.L. (1995). The problem of dirty hands in politics - peace in the vegetable. *Canadian Journal of Political Science*, 28, 3, 479-507.
- Svehla, T.A., & Crosier, G.C. (1994). *Managing the mosaic. Addressing workforce diversity and managing institutional change in healthcare*. Chicago: American Hospital Pub.
- Taylor, C. (1981). *Evaluation and accountability: an overview*. Orlando: Second Annual Winter Institute on Evaluation of County and State Extension Programs.
- Tendler, J. (1997). *Good Government in the Tropics*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Terry, L.D. (1998). Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement. *Public Administration Review*. 58, 3, 194-200.
- Tetlock, P.E. (1985a). Accountability: the neglected social context of judgment and choice. *Research in Organizational Behavior*, 7, 297-332.
- Tetlock, P.E. (1985b). Accountability: a social check on the fundamental attribution error. *Social Psychology Quarterly*, 48, 227-236.

- Tetlock, P.E., & Kim, J.I. (1992). Accountability and judgment processes in a personality prediction task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 700-709.
- Tetlock, P.E., Skitka, L., & Boettger, R. (1989). Social and cognitive strategies for coping with accountability: Conformity, complexity and bolstering. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 632-640.
- Tholl, W.G. (1994). Health care spending in Canada: skating faster on thinner ice. In A. Blomqvist, & D.M. Brown (eds.) *Limits to Care – Refoming Canada's health system in an age of restraint*, pp. 53-90. Ottawa: Renouf Publishing Company.
- Thomas, P.G. (1998) The Changing Nature of Accountability. In B.G. Peters and D.J. Savoie (eds), *Taking Stock. Assessing Public Sector Reforms*, pp. 348-393. Ottawa: Canadian Centre for Management
- Thompson, J.D. (1967). *Organizations in action: social sciences bases of administrative theory*. New-York: McGraw-Hill.
- Thynne, I., & Goldring, J. (1987). *Accountability and control: government officials and the exercise of power*. Sydney: Law Book Company.
- Tolbert, P.S., & Zucker, L.G. (1983). Institutional sources of change in the formal structure of the organizations: the diffusion of diffusion of civil service reforms, 1880-1935. *Administrative Science Quarterly*, 23, 22-39.
- Townley, B. (2002). The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45, 1, 163-179.
- Travica, B. (1998). Information aspects of new organizational designs - exploring the non-traditional organization. *Journal of the American Society for Information Science*, 49, 13, 1224-1244.
- Trevino, L.K. & Nelson K.A. (1995). *Managing business ethics: straight talk about how to do it right*. New-York: John Wiley & Sons.
- Tullock, G. (1978). *Le marché politique, analyse économique des processus politiques*. Paris : Économica.
- Turgeon, J. & Lemieux, V. (1999). La décentralisation: panacée ou boîte de Pandore?. In C. Begin & al. (eds.), *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, pp. 173-194. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Uhr, J. (1993). Redesigning accountability. *Australian Quarterly*, 65, 1-16.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1996) Market-oriented health care reforms - trends and future options. *Social Science & Medicine*, 43, 5, 655-666.
- van Dijk, T.A. (1993) Principles of critical discourse analysis. *Discourse and Society*, 4, 249-283.
- Verheijen, T., & Millar, M. (1998). Reforming public policy processes and securing accountability. Ireland in a comparative perspective. *International Review of Administrative Sciences*, 64, 1, 119-137.
- Vianès, A. (1980). *La raison économique d'État*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Vignaux, G. (1988). Énoncer, argumenter: opérations du discours, logiques du discours. *Langue Française*, 50, 91-116.

- Vornetti, P. (1997). Les réponses à la crise de l'État-Protecteur : Quoi de neuf. In OCDE, *Gérer les coûts des programmes de transferts*. Paris : OCDE. Gestion Publique, hors série, no 16, pp. 33-43.
- Von Dornum, D.D. (1997). The straight and the crooked: legal accountability in ancient Greece. *Columbia Law Review*, 97, 5, 1483-1518.
- Waldrop, M.M. (1992). *Complexity: the emerging science at the edge of the order and chaos*. New York : Simon and Schuster.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 3, 197-205.
- Watanabe, M. (2000). *La 5<sup>ème</sup> conférence internationale sur les aspects médicaux de la télémédecine. Rapport préparé pour Industrie Canada*. Ottawa : Industrie Canada.
- Watts, M. (1994). Development II: the privatization of everything? *Progress in Human Geography*, 18, 3, 371-384.
- Watzlawick, P. & al. (1988). *L'invention de la réalité : comment savons-nous ce que nous croyons savoir?: contributions au constructivisme*. Traduit de l'allemand par Anne-Lise Hacker. Paris: Seuil.
- Weaver, D., & Sorrells-Jones, J. (1999). Knowledge workers and knowledge-intense organizations, Part 2: Designing and managing for productivity. *Journal of Nursing Administration*, 29, 9, 19-25.
- Weber, E.P. (1999). The question of accountability in historical perspective: from Jackson to contemporary grassroots ecosystem management. *Administration & Society*, 31, 4, 451-494.
- Weitzman, E., & Miles, M. (1995) *Computer Programs for Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Wennberg, J.E. (1990). Sounding Board. Outcomes Research, Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing. *The New England Journal of Medicine* 323, 17, 1201-1204.
- Williamson, O.E. (1975). *Markets and hierarchies, analysis and antitrust implications : a study in the economics of internal organization*. New York : Free Press.
- Williamson, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*. New York : Free Press.
- Wilson, V.S. (1981). *Canadian public policy and administration*. Canada: McGraw-Hill Ryerson.
- Wilton, P., & Smith R.D. (1998). Primary care reform - a three country comparison of budget holding. *Health Policy*, 44, 2, 149-166.
- Wolf, C. Jr. (1979). A theory of non-market failures: framework for implementation analysis. *The Journal of Law and Economics*, 22, 1, 107-139.
- Wolf, C. Jr. (1993). *Markets or governments : choosing between imperfect alternatives*. Cambridge: MIT Press.
- Yin R. (1995). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage
- Zimmerman, B., Lindberg, C., & Plsek, P. (1998). *Edgework : insights from complexity science for health care leaders*. Irving, Tex.: VHA Inc.
- Zwanziger, J. & Melnick, A. (1988). The effects of hospital competition and the medical PPS program on hospital cost behaviour in California. *Journal of Health Economics*, 7, 301-320

## 8. ANNEXE : L'ADMINISTRATION PUBLIQUE CANADIENNE - DE L'ÈRE DE CROISSANCE À UNE ÈRE DE RÉFORMES – LES CAS DE 3 PROVINCES

L'un des faits marquants de l'évolution de l'administration publique au cours des 40 dernières années dans les pays de l'OCDE a été l'expansion rapide des activités gouvernementales qui consomment aujourd'hui autour de 40 % du PIB des pays. Au Canada, en 1984, près de la moitié de l'économie canadienne transitait par l'État et les dépenses des gouvernements correspondaient à 47,5 % du PIB contre 22,1% en 1950 (Bellemare & al., 1987). Au cours de cette période, l'État a été amené à élargir de plus en plus ses fonctions traditionnelles (armée, police, voirie, grands travaux d'aménagement public tel que route et ponts) pour devenir directement producteurs d'une large gamme de biens et services dans les domaines de l'éducation, de la santé, du développement économique et de la protection sociale (Rochon, 1988). Cette expansion de l'activité étatique, soutenue par une longue période de croissance économique qui a duré jusqu'au début des années 80, aura aussi contribué à maintenir l'attention sur la nécessité du renforcement des mécanismes de régulation de l'activité publique. L'augmentation de la taille de l'administration dans les sociétés industrialisées, sa complexification croissante, la dépendance de plus en plus grande des citoyens par rapport à ce complexe hautement professionnalisé et institutionnalisé créaient en même temps un urgent besoin de trouver les mécanismes appropriés pour protéger le public de l'arbitraire et d'éventuels abus, pour prévenir les déviations et amener les fournisseurs de services publics à rendre efficacement compte de leurs prestations (Day & Klein, 1987). Ainsi, cette période de croissance de l'État et de l'administration publique coïncidera dans le contexte canadien avec l'adoption d'un ensemble de lois et de toute une série de mesures administratives sur lesquelles nous reviendrons plus loin et qui visaient à encadrer l'action administrative et à protéger le public.

Cependant, à partir des années 80, l'environnement des services publics devait se modifier considérablement. La récession économique, les changements majeurs de l'économie mondiale favorisés par la mondialisation des échanges et les mouvements d'intégration régionale, les difficultés fiscales des gouvernements, les modifications et l'expansion de la demande de services publics associées à la transition socio-démographique et technologique devaient inciter les gouvernements dans l'ensemble des pays de l'OCDE à engager des réformes majeures de leur administration publique. Une vague importante de réformes administratives centrées sur l'État et souvent associées à un *Nouveau Management Public* ont ainsi déferlé sur le monde à partir des

années 90 (Geri, 2001) et promettaient de dégager les services publics de leurs lourdes racines bureaucratiques pour améliorer leur efficacité, y favoriser l'esprit d'entreprise, accroître l'imputabilité des gestionnaires, accroître la réceptivité des prestataires vis-à-vis des clients (Kaboolian, 1998; Dunn, 1997; Gore, 1993; Osborne & Gaebler, 1992). S'ouvrait ainsi une ère de réformes qui annonçait des changements structurels profonds et un renouvellement du paradigme de gestion des services publics. Au Canada, cette ère « nouvelle » devait être marquée par un ensemble de mesures convergentes engagées tant par le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et qui proposaient de manière explicite de repenser et moderniser l'administration, de renouveler le cadre de gestion des services publics et les rapports entre l'État et les citoyens.

La démarche de recherche adoptée dans cette thèse s'appuie sur trois études de cas, trois provinces canadiennes qui se sont engagées au cours de la dernière décennie dans des réformes importantes de leurs services publics autant dans le secteur de la santé que dans les divers autres domaines d'activité de l'État. Il s'agit du Québec, de l'Alberta et de l'Ontario. Ces cas ont été documentés à la fois à partir de données secondaires (documents de politiques, documents de planification, rapports d'activités, rapports d'évaluation et de vérification, documents professionnels, rapports de commissions d'études) et des données recueillies par le biais d'entrevues auprès de 49 informateurs clés. À partir de ces données, nous nous proposons dans cette annexe de dresser un inventaire des principales initiatives de réformes qui ont été engagées au cours des dernières décennies pour consolider l'offre et la gestion des services publics. L'attention est projetée à la fois sur l'ensemble de l'administration publique et sur le secteur de la santé en particulier.

Les données recueillies permettent de distinguer deux périodes distinctes :

**A. Une période de croissance des champs de l'intervention publique** associée à la fois à une extension et à des efforts de consolidation de l'activité bureaucratique. Les préoccupations portent en matière d'imputabilité sur la protection du public, sur le développement par l'État des outils de régulation de son intervention et de celle de ses agents, sur la vérification de la conformité de l'action publique. Trois faits auront ainsi particulièrement marqué cette période qui s'étend jusqu'au début des années 90 :

**1) Le renforcement du cadre légal de l'intervention publique** qui s'est traduit dans les trois cas étudiés par l'adoption d'un ensemble important de lois et de règlements visant : a) à garantir un ensemble de droits et de services au public; b) à protéger ce dernier des comportements déviants; c) à assurer que les usagers des services aient accès à des soins de qualité offerts dans des installations appropriées par des agents publics compétents et consciencieux. On peut citer, à cet égard, les multiples lois adoptées durant cette période pour veiller à la protection de la santé publique, pour garantir l'accès aux soins, pour protéger les malades mentaux, pour assurer l'exercice des droits des personnes handicapées, pour veiller aux conditions de santé et de sécurité dans les milieux de travail, pour réguler l'activité des professions, pour contrôler l'usage des fonds publics.

**2) Le renforcement de l'infrastructure de contrôle et de vérification de l'activité administrative.** Le Canada est un État fédéral composé de 10 provinces et de 3 territoires. Dans les 3 cas étudiés, comme dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, le système de gouvernement s'appuie sur des régimes parlementaires en vertu desquels le parti majoritaire forme un organe exécutif, le Cabinet, composé de membres élus responsables de l'action gouvernementale devant la législature. C'est donc un cadre de régie qui accorde préséance à la responsabilité ministérielle et au contrôle parlementaire. Ce sont les Ministres qui doivent rendre compte de l'application de la loi gouvernementale et s'en rapporter au Parlement qui, à son tour, est imputable vis-à-vis des électeurs. Ces régimes parlementaires de gouvernance ont donc progressivement développé jusqu'au début des années 90 une importante infrastructure de contrôle et de vérification qui assure la production de divers intrants dont peuvent se servir à la fois le Parlement et les autorités à différents niveaux de juridiction pour exercer la fonction de surveillance de l'administration. Les mécanismes institutionnels mis en œuvre au titre de ces efforts de contrôle et de surveillance de l'action administrative incluent par exemple :

- Le bureau du vérificateur général. La *loi sur le Vérificateur Général* dont se sont dotés tous les gouvernements à partir des années 70 assigne explicitement au Vérificateur Général un mandat de contrôle et l'oblige ainsi à signaler par exemple tous les cas où il a constaté que les règles ou les lois qui régissent l'administration ne sont pas respectées, que les comptes ne sont pas tenus de manière régulière, que les règles et les procédures utilisées ont été insuffisantes, que les sommes d'argent ont été

dépensées à d'autres fins que celles prévues par le Parlement, que des procédures satisfaisantes n'ont pas été établies pour mesurer l'efficacité des programmes.

- Les mécanismes de vérification interne. Dans les ministères, les établissements et les différentes agences publiques, la fonction du Vérificateur Général est relayée au niveau de la ligne hiérarchique et celle-ci est appuyée par des services spécifiques de vérification interne, de contrôle des finances et d'évaluation qui examinent de manière régulière les pratiques, jugent de leur conformité et fournissent aux directions les informations nécessaires qui leur permettent de rendre des comptes aux niveaux hiérarchiques supérieurs. Un ensemble de mécanismes ont été ainsi institués au niveau de l'administration et permettent d'assurer, au travers des différents paliers hiérarchiques, la reddition des comptes aux Ministres qui, à leur tour, doivent rendre des comptes aux Parlements.

- Les institutions d'Ombudsman (Protecteur du citoyen). Dans les 3 cas étudiés, les législatures ont délégué, à partir de la fin des années 60<sup>1</sup>, à un officier de l'Assemblée législative qui est indépendant du gouvernement et des partis politiques, la responsabilité d'examiner les plaintes portées contre les organismes du gouvernement provincial et, le cas échéant, de faire des recommandations en vue d'y remédier. Le rapport annuel de l'ombudsman est l'occasion pour le Parlement de se saisir des plaintes adressées par les personnes, les corporations et les associations qui s'estiment lésées dans leurs droits ou qui croient avoir été injustement traitées par un Ministère ou un organisme du gouvernement. Plus récemment, à partir des années 80, suivant l'exemple du gouvernement fédéral, les provinces ont adopté des *lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et se sont dotées de *commissaires à la protection de l'information et la protection de la vie privée* qui ont le mandat de vérifier l'application des lois dans ce domaine, de garantir l'accès à des documents publics mais aussi d'enquêter sur les plaintes relatives à la divulgation de renseignements personnels détenus par l'administration.

**3) Le renforcement des moyens de régulation de l'activité professionnelle.** Toutes les provinces ont, au cours de cette période, adopté des lois professionnelles qui mettent toutefois à contribution les professions elles-mêmes et qui délèguent à ces dernières la

---

<sup>1</sup> En 1967 en Alberta, en 1968 au Québec et en 1975 en Ontario.

surveillance des pratiques et des compétences de leurs membres. Les ordres professionnels ont été ainsi amenés à assumer la discipline de leurs membres et à en rendre compte vis-à-vis du gouvernement. Les conditions de l'exercice professionnel, codifiées dans une série de lois et règlements adoptées et mises en œuvre tout au long de cette période, ont ainsi confirmé le principe de l'autorégulation des professions et traduites par un ensemble de mécanismes devant garantir à la fois le contrôle par les pairs des professionnels individuels et la surveillance des ordres professionnels eux-mêmes. On peut citer entre autres : les mécanismes d'inspection des ordres professionnels, les systèmes de plaintes professionnelles, les systèmes d'agrément des programmes de formation, la représentation du gouvernement dans les conseils d'administration des ordres professionnels, le travail de surveillance de l'application des lois professionnelles par le gouvernement.

## **B. Une période de réformes et de réinvention des modalités de l'intervention**

**public.** Plusieurs critiques auront été adressées aux systèmes bureaucratiques et à l'infrastructure de contrôle et de vérification progressivement mise en place. Premièrement, l'appareillage bureaucratique et la vaste gamme de mécanismes institutionnels qui y sont déployés auront concouru à favoriser un modèle de gestion axé sur les processus. Les fonctions d'audit, de vérification interne et d'évaluation auront été essentiellement orientées vers la recherche de la conformité ou la non-conformité des opérations et ne fournissent pas toujours l'information sur l'efficacité indispensable au monitoring de la performance et à la prise de décisions stratégiques. Les informations disponibles font souvent état du respect des procédures et ne permettent pas toujours d'apprécier la qualité des produits et services, l'efficacité des programmes ni le niveau de productivité.

*In the past, Government tended to assign tasks rather than goals. Central agencies were used to enforce rules and control provincial organizations. The Government is now focusing instead on results and empowering organizations to achieve results. Effective accountability is replacing the need for bureaucratic control. (Auditor general of Alberta, 1997)*

Une deuxième critique souvent relevée est que les activités de vérification de la conformité, tel qu'elles sont organisées et tel qu'elles centrent l'attention sur les erreurs et les défaillances plutôt que sur les succès et les bonnes pratiques, entretiennent une définition négative de la responsabilité et une culture de blâme où il s'agit toujours de rechercher les écarts aux règles, d'identifier des coupables et de les sanctionner. Le sentiment demeure ainsi que l'erreur n'est pas permise, ce qui

inhibe toute velléité de prise de risque et porte les individus à se focaliser sur les procédures à observer plutôt que sur les objectifs à réaliser. Toute vérification est perçue comme une menace et suscite la crainte que l'information rendue ainsi disponible ne serve d'outils de blâme et de sanctions.

« Bien que les fonctionnaires ne s'imaginent pas nécessairement qu'ils feront face à une commission d'enquête pour chaque décision prise, le sentiment demeure qu'un fonctionnaire qui fait des erreurs, même sur les ordres de ses supérieurs, en paiera le gros prix » (Forum des politiques publiques, 1998).

« La culture actuelle exige que "tout soit fait maintenant et que tout soit parfait". Aujourd'hui, les cadres se sentent submergés par la "procédure", la micro-gestion courante et la nécessité de prendre les décisions en comité. » (Forum des politiques publiques, 1997).

Une troisième critique est que ce modèle de gestion bureaucratique aura contribué à créer un cadre réglementaire inflationniste et une administration alourdie qui risque de compromettre la capacité des services publics à se renouveler pour faire face aux enjeux auxquels ils sont confrontés en termes par exemple de productivité, d'efficience et d'amélioration de la qualité.

« En réaction à l'arbitraire et au favoritisme des années 1950, notre fonction publique actuelle a été édifée sur la base de principes fondamentaux comme la neutralité politique, l'équité, l'intégrité et l'égalité d'accès, principes qui devront être préservés... Ces pratiques ont été enchâssées dans un encadrement devenu rigide et lourd avec le temps. Il en est résulté, comme dans les appareils publics des autres sociétés démocratiques, une approche selon laquelle le respect des procédures et le contrôle des facteurs de production ont marqué profondément le cadre de gestion. » (Gouvernement du Québec, 1999)

L'écho très fort donné aux lacunes des systèmes bureaucratiques et aux limites de la fonction de vérification qui y est associée, les pressions associées aux impératifs de réduction des coûts des services publics et d'augmentation de leur efficience, les demandes accrues d'amélioration de la qualité des services devaient contribuer à légitimer l'instauration de réformes importantes de services publics. Dans les cas étudiés, ces réformes promettaient ainsi de réinventer le rôle de l'État et/ou ses moyens d'action, de renouveler les mécanismes de gouvernance pour y laisser une plus large place aux citoyens et/ou consommateurs, de se démarquer des mécanismes bureaucratiques traditionnels pour porter l'enjeu sur la responsabilisation par rapport aux résultats et sur la mesure de la performance de l'administration. Le souci de contrôle est encore présent mais l'objet de son application ne devrait plus dans cette optique être le même et les outils utilisés devraient évoluer. Pour chacun des cas étudiés, nous proposons ci-après un tableau dressant une chronologie des réformes récentes engagées au cours de la dernière décennie dans le contexte de l'administration publique et des services de santé :

TABLEAU 1 : RÉFORMES DES SERVICES PUBLICS AU QUÉBEC

	INITIATIVES DE RÉFORMES AU NIVEAU DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE	INITIATIVES DE RÉFORMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ
1983-1993	<p><b>Premiers balbutiements du programme de modernisation de l'administration publique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption en 1983 d'une nouvelle <i>loi sur la fonction publique</i> qui met l'accent sur la responsabilisation des employés et le service aux citoyens</li> <li>• Mise en œuvre en 1985 et 1992 de deux démarches successives visant à concrétiser les changements introduits dans la loi de 1983 : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ "Pour une rénovation de l'administration publique"</li> <li>➢ "Opération de réaligement de l'administration"</li> </ul> </li> <li>• Adoption en 1993 de la <i>loi sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organisations publiques</i> qui élargit la responsabilité ministérielle et rend les sous-ministres et les dirigeants d'organisations publiques directement imputables devant le Parlement</li> </ul>	<p><b>Mise en place des bases institutionnelles pour une réforme majeure des services de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement d'une <i>Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux</i> (Commission Rochon 1985-1987)</li> <li>• Refonte complète de la loi sur les services de santé et adoption d'une nouvelle loi en 1991</li> <li>• Adoption en 1992 d'une <i>Politique de santé et de bien-être</i></li> </ul>
1993-2000	<p><b>Mise en place progressive des assises institutionnelles de la réforme de l'administration publique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre en 1994 d'une nouvelle démarche dite de responsabilisation comportant 3 volets principaux d'action : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ un nouveau processus d'allocation des ressources (enveloppes budgétaires fermées aux Ministères);</li> <li>➢ signature d'ententes cadres avec les syndicats et les associations professionnelles;</li> <li>➢ développement de projets pilotes d'unités autonomes de services privilégiant un modèle de reddition de comptes basé sur des résultats</li> </ul> </li> <li>• Mise en œuvre à partir de 1996 de mesures visant à équilibrer le budget public : sommet économique, loi anti-déficit, compressions des dépenses</li> <li>• Mise en œuvre à partir de 1997 d'un ensemble de mesures visant à réduire la charge réglementaire</li> <li>• Mise en œuvre à partir de 1998 d'un programme intégré de gestion des ressources humaines, financières et matérielles pour l'ensemble de l'administration publique</li> <li>• Mise en œuvre à partir de 1998 d'un projet d'autoroute de l'information</li> <li>• Dépôt en 1999 d'un énoncé politique qui propose le renouvellement du cadre de gestion gouvernementale et la généralisation d'un modèle de gestion par résultats soutenu par des conventions de performance et d'imputabilité</li> <li>• Adoption en 2000 d'une nouvelle <i>loi sur l'administration publique</i> qui rend exécutoire les propositions de l'énoncé de politique de 1999</li> </ul>	<p><b>Mise en œuvre de réformes structurelles importantes dans le secteur de la santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement du processus de décentralisation engagé au cours de la décennie précédente avec la création des Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) qui remplacent les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), acquièrent des pouvoirs accrus et proposent une plus forte implication des citoyens dans la gouvernance des services</li> <li>• Virage ambulatoire marqué par des efforts de désinstitutionnalisation des services et un recours accru à des ressources alternatives aux hôpitaux</li> <li>• Restructuration du réseau d'établissements marquée par des fusions, des fermetures d'établissements, des modifications de missions, des coupures importantes des budgets et des réductions drastiques de la main-d'œuvre.</li> <li>• Adoption en 2000 de la <i>loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux</i> visant à contenir les coûts au niveau du secteur</li> </ul>

2000-2002	<p><b>Mise en œuvre dans l'administration publique d'une nouvelle approche de gestion basée sur 3 axes d'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une réforme générale de l'encadrement administratif de la fonction publique,</li> <li>• la généralisation progressive de contrats de performance et d'imputabilité spécifiques à chaque unité;</li> <li>• le renforcement de la reddition de comptes</li> </ul> <p>Sans renier l'héritage de la <i>Révolution Tranquille</i> qui s'est traduite à partir des années 60 par un rôle accru de l'État dans diverses sphères de l'activité économique et sociale, la réforme propose de revoir les moyens d'intervention de l'État</p>	<p><b>Réforme de la réforme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création en 2000 d'une nouvelle <i>Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux</i></li> <li>• Amendements à la loi sur les services de santé qui désormais remplace les membres élus des conseils d'administration des régies régionales par des personnes nommées par le gouvernement et désignées pour leurs <i>compétences</i></li> <li>• Extension au secteur de la santé et des services sociaux des principes du nouveau cadre de gestion de l'administration publique et mise en œuvre d'ententes de gestion entre les différents niveaux hiérarchiques</li> <li>• Mise en œuvre d'un processus de réforme de la budgétisation des services hospitaliers.</li> <li>• Lancement de projets pilotes de <i>Groupes de Médecine de famille (GMF)</i> inscrits dans un processus de renforcement de la première ligne de soins et de développement de modes de rapports contractualisés entre les prestataires de services, les payeurs et les consommateurs</li> </ul>
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TABEAU 2 : RÉFORMES DES SERVICES PUBLICS EN ALBERTA**

	INITIATIVES DE RÉFORMES AU NIVEAU DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE	INITIATIVES DE RÉFORMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ
1993-2000	<p><b>Révolution Klein : Mise en œuvre par le gouvernement fraîchement élu d'un ensemble de réformes visant explicitement à éliminer le déficit public, à améliorer l'efficacité des services et à favoriser la croissance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption des 1993 d'une loi sur l'élimination du déficit public : <i>the Deficit Elimination Act</i></li> <li>• Adoption en 1995 d'une nouvelle loi sur l'imputabilité gouvernementale (<i>The Government Accountability Act</i>) qui propose un nouveau cadre de gestion des services publics basé sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ des <i>plans d'affaires</i> échelonnés sur 3 ans et produits par les différents niveaux de juridictions</li> <li>➢ des rapports financiers trimestriels produits aux différents niveaux d'administration et permettant d'assurer un suivi étroit de l'utilisation des ressources</li> <li>➢ des rapports annuels de performance</li> </ul> </li> <li>• Élaboration d'un cadre exhaustif d'évaluation du rendement à l'échelle de l'ensemble des services publics</li> </ul>	<p><b>Extension au secteur de la santé de la réforme générale de l'administration publique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration et mise en œuvre à partir de 1997 d'un cadre d'imputabilité et de gestion dans le secteur de la santé inspiré de la nouvelle <i>loi sur l'imputabilité gouvernementale</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relations entre les différents niveaux hiérarchiques basés sur des plans d'affaires</li> <li>➢ Contractualisation des relations entre les niveaux hiérarchiques et les partenaires impliqués dans l'offre de services</li> <li>➢ Élaboration d'un cadre d'évaluation du rendement spécifique au secteur de la santé</li> </ul> </li> <li>• Régionalisation des services de santé et création de 17 RHA (<i>Regional Health Authorities</i>) qui remplace 200 conseils d'hôpitaux et auxquelles sont dévolues des responsabilités relatives à l'organisation, la gestion, la coordination et la prestation des services.</li> <li>• Élaboration et mise en œuvre d'une formule d'allocation des ressources basée sur la desserte</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de la taille et des dépenses du gouvernement <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Diminution de 30 % des effectifs publics entre 1993 et 1997</li> <li>➢ Réduction des dépenses publiques de 20 % durant la même période</li> <li>➢ Diminution des salaires de 5% suivie d'un gel des salaires</li> </ul> </li> <li>• Diversification des modes de prestation des services et recours accru à des producteurs privés</li> <li>• Promotion au niveau de l'administration publique d'un esprit d'affaires basé sur la compétition et les valeurs de l'entreprise privée</li> </ul>	<p>populationnelle pour répartir les fonds entre les autorités régionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours accru à la sous-traitance et ouverture à la privatisation de l'offre de certains soins</li> <li>• Mise en œuvre de diverses mesures visant à intégrer le public dans le processus de planification et à améliorer les dispositifs de défense des droits des consommateurs (Création de conseils de santé communautaires ayant un rôle consultatif auprès des RHA; adoption de la loi « <i>the Protection for Persons in Care Act</i> », efforts de diffusion de l'information sur la performance des services publics auprès des consommateurs, charte de droits des usagers dans les établissements)</li> <li>• Engagement à partir de 1998 du processus de réforme et d'harmonisation des lois professionnelles et de diverses autres lois concernant le secteur de la santé en vue d'alléger la charge réglementaire et de faciliter la mise en œuvre du processus de restructuration</li> </ul>
2000-2002	<p><b>Consolidation des réformes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cap sur le maintien de l'équilibre budgétaire et l'élimination de la dette provinciale</li> <li>• Recherche de modalités alternatives ou complémentaires de financement des services publics</li> <li>• Renforcement de l'infrastructure nécessaire à la mesure de la performance des services publics et à la diffusion de cette information</li> </ul>	<p><b>Poursuite et consolidation des réformes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépôt en 2001 du rapport d'une <i>Commission d'étude sur les services de santé</i></li> <li>• Lancement à partir de 2002 d'un nouveau plan d'action comportant 4 volets : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Mesures visant à assurer la viabilité des services de santé (révision des modalités de financement du système et des modalités de paiement des ressources, révision des modes de gestion des ressources humaines, ...)</li> <li>➢ Mesures visant à renforcer l'imputabilité des agents publics et mettant l'accent sur le raffinement du cadre de gestion par résultats</li> <li>➢ Mesures visant à renforcer l'infrastructure d'information</li> <li>➢ Mesures visant à renforcer la qualité des services à la clientèle</li> </ul> </li> <li>• Recherche d'un <i>input</i> plus important des communautés dans la gouvernance des services de santé : désignation par élection des deux tiers des membres des conseils d'administration des RHA.</li> </ul>

TABLEAU 3 : RÉFORMES DES SERVICES PUBLICS EN ONTARIO

	INITIATIVES DE RÉFORMES AU NIVEAU DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE	INITIATIVES DE RÉFORMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ
1995-2000	<p><b>La Révolution du bon sens : Mise en œuvre par le gouvernement fraîchement élu d'un ensemble de mesures visant explicitement à éliminer le déficit public, à réduire la charge fiscale des contribuables et à rentabiliser l'offre de services publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Création en 1995 de la <i>Commission ontarienne de révision des pratiques financières</i> qui avait ainsi le mandat d'examiner les pratiques de la province en matière de comptabilité et de gestion financière</li> <li>• Adoption à partir de 1995 d'un nouveau cadre de planification et d'imputabilité dans l'administration publique. Obligation faite aux différents Ministères : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ d'élaborer des indicateurs de performance de leurs activités</li> <li>➢ de publier un plan d'activités qui décrit leurs objectifs et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre</li> <li>➢ de rendre compte périodiquement de leur rendement par rapport aux objectifs visés</li> </ul> </li> <li>• Changements aux législations relatives aux relations de travail : mesures d'allègement de la réglementation, mesures de résolution des différends liées au processus de restructuration de l'administration publique</li> <li>• Promulgation de la <i>loi de 1999 sur la protection des contribuables</i> et de la <i>loi de 1999 sur l'équilibre budgétaire</i> visant à réduire la charge fiscale des contribuables et à contenir les coûts des services publics</li> <li>• Mises en œuvre de mesures drastiques de décroissance de l'administration : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Compressions dans les dépenses et réduction des subventions gouvernementales</li> <li>➢ Restructuration des organismes bénéficiaires des paiements de transferts</li> <li>➢ Décentralisation marquée par un transfert accru de responsabilités aux municipalités (services sociaux, ambulances et 85 % du réseau routier) et la diversification des modes de prestation de services (recours accru à des partenariats avec des organismes communautaires, des entreprises et des paliers inférieurs de gouvernement)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Mise en œuvre de réformes structurelles majeures dans le secteur de la santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès 1995, compressions importantes des dépenses de santé et création d'une <i>Commission de restructuration des services de santé</i></li> <li>• Mise en œuvre d'activités importantes de restructuration du secteur hospitalier <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Fermeture de 43 hôpitaux publics et privés</li> <li>➢ Fusion d'un certain nombre d'établissements</li> <li>➢ Création de réseaux d'établissements</li> </ul> </li> <li>• Mise en œuvre, sur la base de projets pilotes, d'un nouveau modèle de soins primaires basé sur la capitation et des relations contractuelles avec les fournisseurs de services</li> <li>• Réforme du programme de médicaments gratuits de l'Ontario et imposition de tickets modérateurs aux usagers</li> <li>• Mise en œuvre d'un nouveau cadre de gestion et de reddition des comptes basé sur le nouveau cadre gouvernemental : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Élaboration d'indicateurs de performance pour les différentes activités du Ministère et publication d'un rapport annuel d'activités faisant état des objectifs visés et des résultats obtenus</li> <li>➢ Allocation de ressources basée sur un modèle de plans d'affaires et de relations contractuelles entre le Ministère et les producteurs de services</li> <li>➢ Fiches de rendement annuel produites sur les hôpitaux et donnant une évaluation du rendement de chaque hôpital</li> </ul> </li> </ul>

2000-2002	<p><b>Consolidation des réformes et renforcement du régime d'imputabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstitution en 2000 de la <i>Commission ontarienne de révision des pratiques financières</i></li> <li>• Annonce de mesures visant à optimiser l'utilisation des ressources transférées aux différentes agences et établissements : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dépôt d'un projet de loi sur la responsabilité qui généralise à l'ensemble des agences publiques le modèle de gestion axé sur les résultats</li> <li>➢ Examen des programmes gouvernementaux pour examiner leur pertinence et leur efficacité</li> <li>➢ Amendements à la <i>loi sur la vérification des comptes publics</i></li> </ul> </li> <li>• Promulgation d'une loi sur l'efficacité gouvernementale (<i>Government Efficiency Act, 2001</i>) visant à réduire les fardeaux administratifs pour les entreprises, à réduire la charge réglementaire et les chevauchements</li> </ul>	<p><b>Consolidation des changements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annonce de nouvelles mesures pour renforcer l'imputabilité des prestataires de services de santé et créer des incitations à l'efficacité <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Chartes de droits des usagers des services</li> <li>➢ Versement d'une subvention au rendement</li> </ul> </li> <li>• Extension des projets pilotes de réseaux de soins de santé primaires</li> </ul>
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En résumé, cette brève présentation témoigne donc de réformes importantes qui ont été engagées dans les trois provinces au cours de la dernière décennie. Les initiatives déployées misaient dans certains cas sur un renouvellement des pratiques d'imputabilité pour atteindre d'autres objectifs relatifs à l'efficacité des services, à une utilisation plus avisée des ressources et à l'amélioration de la qualité. Dans d'autres cas, ces initiatives s'inscrivaient dans la recherche d'une plus grande imputabilité comme une finalité en soi et une exigence à laquelle doivent répondre les agents publics vis-à-vis des citoyens, des contribuables, des usagers des services. Les mesures engagées suggèrent des orientations nouvelles et dans tous les cas s'inscrivent de manière explicite dans un processus de renouvellement du cadre de gestion et d'imputabilité. Ceci nous amène aux principales questions posées dans cette thèse. Quelles sont les formes d'imputabilité associées à ces processus de transformation ? Comment s'articulent-elles avec les formes préexistantes ? En quoi ces nouvelles formes d'imputabilité et les mécanismes de gestion auxquelles elles donnent lieu reproduisent-elles les dynamiques existantes ou génèrent-elles de nouvelles dynamiques susceptibles de contribuer à une amélioration durable de la performance des services.

## BIBLIOGRAPHIE

Auditor general of Alberta. (1997). *Government Accountability*.

Bellemare, D., Dussault, G., & Simon, P. (1987). *Regard économique sur le devenir de l'État*. Québec : Publications du Québec.

- Day, P., & Klein, R. (1987). *Accountabilities: five public services*. London: Tavistock.
- Dunn, D. (1997). *Politics and administration at the top: lessons from down under*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Geri, L.R. (2001). New Public Management and the reform of international organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 67, 3, 445-460
- Gore, A. (1993). *From red tape to results: creating a government that works better and costs less*. Washington, D.C. Report of the National Performance Review.
- Gouvernement du Québec. (1999). *Pour de meilleurs services aux citoyens - Énoncé de politique sur la gestion gouvernementale - Un nouveau cadre de gestion pour la fonction publique*
- Kaboolian, L. (1998). The new public management - challenging the boundaries of the management vs. Administration debate. *Public Administration Review*, 58, 3, 189-193.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading: Addison-Wesley Pub.
- Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- Forum des politiques publiques. (1997). *Final Report – Focus Groups Consultations Examining Issues Related to Organizational Retention and Compensation*.
- Forum des politiques publiques (1998) *Document d'information pour une table ronde*.

