



vigie

L'OBSERVATOIRE
DE L'ADMINISTRATION
PUBLIQUE

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAL	1
REPÈRES	2
RÉFORMES	3
TENDANCES	4
Réflexions et réalisations autour d'une approche globale des politiques de santé	
COUP D'ŒIL	6
Le difficile enracinement d'une nouvelle forme de contrôle de gestion : la gestion de la qualité dans le secteur hospitalier	
PARUTIONS	8
RECHERCHES	10
L'adoption de politiques publiques favorables à la santé au Québec	
RÉFÉRENCES	12

LA SANTÉ, ENTRE CRISES PLANÉTAIRES ET GESTION GLOBALE

Est-il aujourd'hui un sujet plus débattu que la santé? Les grandes crises sanitaires à l'échelle planétaire se succèdent ou se préparent. Certaines trouvent leur origine dans le règne animal, d'autres, plus pernicieuses, dans les mauvaises habitudes alimentaires ou la sédentarisation des citoyens des pays occidentaux. Partout, les systèmes de santé craquent, victimes de surcroît de leur succès dont le vieillissement des populations n'est qu'un exemple parmi d'autres.

Car la santé coûte cher à la collectivité. Et ce prix à payer est devenu l'enjeu d'un débat permanent, de nature politique, juridique, éthique, idéologique, économique qui n'est pas, bien souvent, il faut l'avouer, exempt de démagogie. Accessibilité au système, qualité des soins, formation et compétences des professionnels, remboursement des médicaments, appel à des technologies de plus en plus onéreuses, tout est objet de polémique avec, bien sûr, comme point d'orgue, la privatisation totale ou partielle du système de santé.

Ce numéro de *Vigie* rend compte des évolutions, reculs ou avancées, dans le domaine de la santé au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde avec, aux dires des chercheurs que nous avons invités à témoigner, une lueur d'espoir tenant à la généralisation d'une approche globale de la santé.

Louis Côté

Directeur de L'Observatoire de l'administration publique

REPÈRES

La rubrique « REPÈRES » fournit des références sur les avancées dans le champ d'une politique publique

volume 9, numéro 1, mars 2006

2

VIGIE

Dans ce numéro : L'IMMIGRATION

Danemark

L'IMMIGRATION POUR PRÉSERVER L'ÉTAT PROVIDENCE

Comme la plupart des pays occidentaux, le Danemark doit affronter le défi démographique que représente le vieillissement de sa population et les départs massifs à la retraite des générations nées après la Seconde Guerre mondiale. Pour y faire face, sans devoir renoncer à la tradition d'État providence du pays, l'accroissement du nombre d'immigrants qualifiés est une solution privilégiée. Ce document mesure, d'une part, l'impact actuel de l'immigration sur l'économie et sur les finances publiques et identifie, d'autre part, les écueils qui jalonnent la pratique d'une politique de l'immigration plus conforme aux attentes.

http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/country_focus/2005/cf19_2005en.pdf

États-Unis

L'IMMIGRATION ET L'EMPLOI

Grâce notamment à la production de nombreuses statistiques sur le marché du travail et sur l'éducation, le présent document offre un large panorama des effets de l'immigration sur l'économie américaine et plus particulièrement sur le marché de l'emploi. Il trace un portrait de la situation actuelle et formule des prévisions sur les impacts de l'immigration à long terme.

<http://www.cbo.gov/ftpdocs/68xx/doc6853/11-10-Immigration.pdf>

International

LA MAIN-D'ŒUVRE IMMIGRANTE

L'étude compare la situation de la main-d'œuvre et de l'immigration au Royaume-Uni et en Allemagne et plus précisément l'influence de certaines politiques d'immigration sur cette main-d'œuvre. Les auteurs analysent ainsi les retombées économiques des programmes d'immigration qui visent les ouvriers qualifiés. Ils relèvent aussi les tensions sociales que ce type d'immigration entraîne dans les deux pays

<http://www.agf.org.uk/pubs/pdfs/1415web.pdf>

Irlande

LE RÔLE DE L'IMMIGRATION DANS LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

Ce rapport met en évidence le rôle clef que joue l'immigration dans la création et le développement de compétences de niveau international indispensables aujourd'hui pour maintenir la croissance économique. C'est ainsi que ses auteurs émettent des recommandations à propos de la politique irlandaise de migration économique dans le sens d'un comblement des besoins de qualifications actuels et futurs.

http://www.skillsireland.ie/press/reports/pdf/egfsn051027role_of_migration_webopt.pdf

Union Européenne

POUR FAIRE FACE AU DÉFI DÉMOGRAPHIQUE

Dans ce *Livre vert*, les experts de l'Union Européenne s'interrogent sur les décisions à prendre et passent en revue les actions à mener pour contrer les effets du vieillissement quasi généralisé des populations du continent. Ils se questionnent aussi sur le rôle que les institutions européennes doivent jouer en la matière. Les politiques familiales, celles de l'immigration et de la solidarité sociale entre les générations sont les principaux champs d'action explorés dans ce document.

http://www.europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/fr/com/2005/com2005_0094fr01.pdf

États-Unis

L'IMMIGRATION DANS LES GRANDES VILLES

Ce document contient le texte d'une communication déposée devant le Sous-comité sur le fédéralisme et le recensement du gouvernement des États-Unis. Rédigé et présenté par une responsable de l'immigration pour le Programme de politiques métropolitaines, cette conférence recense, entre autres, les villes américaines qui attirent le plus d'immigrants. Elle stigmatise également le manque de suivi en ce qui concerne l'implantation de la population immigrée, en raison, principalement, de la faiblesse des recensements.

<http://www.brookings.edu/dybdocroot/views/testimony/asinger/20050510.pdf>

Canada

ORIENTATION STRATÉGIQUE EN MATIÈRE D'IMMIGRATION

Le succès de l'économie canadienne doit beaucoup à l'apport des immigrants et des réfugiés. Face à la concurrence que se livrent les sociétés pour attirer les talents et les compétences, le gouvernement canadien, de concert avec les provinces, doit promouvoir le Canada comme destination d'immigration. Parallèlement, il doit optimiser les perspectives qui s'offrent aux immigrants tout en assurant la sécurité du pays et son dynamisme économique. Parmi les priorités du gouvernement, on retiendra notamment l'amélioration de la sélection et l'intensification de la régionalisation.

http://www.scics.gc.ca/cinfo05/830867005_f.pdf

RÉFORMES

La rubrique « RÉFORMES » apporte un témoignage sur les réformes administratives globales ou sectorielles engagées dans les ensembles et sous-ensembles continentaux ainsi que par les organisations internationales.

ÉTATS-UNIS

LES GOUVERNEMENTS AMÉRICAINS DU 21^E SIÈCLE

Dans la première partie de son rapport, l'auteur propose aux futurs gouvernements américains cinq impératifs à respecter sur le chemin de la performance : des politiques qui mettent l'accent plus sur les problèmes que sur les structures, une imputabilité politique sur les résultats obtenus et non sur les processus, une administration publique déhiérarchisée, un leadership politique qui ne soit pas réduit à la prise de décisions, mais qui agisse comme un levier et enfin une citoyenneté d'engagement et non de passivité. La deuxième partie du rapport rend compte des discussions d'un forum qui a réuni en 2005 experts gouvernementaux, universitaires, représentants du monde des affaires et du monde associatif. Réfléchissant au cadre d'un futur gouvernement des États-Unis, ils ont identifié trois défis majeurs que devront relever les prochains gouvernements : travailler en réseau, à la fois dans le quotidien et l'exceptionnel, impliquer les citoyens dans la conduite des affaires publiques et gouverner à partir d'un « centre nerveux », sorte de réseau des réseaux qui arrête les grandes orientations et accorde une grande marge de manœuvre aux opérateurs.

<http://www.businessofgovernment.org/pdfs/KettlReport.pdf>

FRANCE

DES LEÇONS À TIRER DE L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

Le Canada fait exception parmi les pays membres du G8 en affichant depuis huit ans un excédent budgétaire et une dette publique relativement faible. Sur ce constat, le Sénat français a mandaté une délégation au Canada pour comprendre les raisons de la réussite économique canadienne. Au-delà de la reprise de la croissance mondiale qui a facilité le redressement des finances publiques canadiennes, les délégués se sont particulièrement intéressés à la réforme de l'État menée depuis 1994. Ils ont retenu avant tout la réduction des emplois dans la fonction publique entre 1994 et 1999, même si cette réduction a entraîné une perte d'expertise et une dégradation des conditions de travail des agents. Ils ont souligné également la révision des programmes ministériels qui a permis une baisse de 20 % de leurs crédits. Ils ont enfin rendu hommage à la qualité et à l'indépendance du contrôle de l'emploi des fonds publics. Tout en reconnaissant le succès de l'approche canadienne, les sénateurs français ont cependant conclu qu'elle n'était guère transposable en France en raison de grandes différences institutionnelles et culturelles.

<http://www.senat.fr/rap/r05-152/r05-1521.pdf>

INTERNATIONAL

MODERNISER L'ÉTAT : LA ROUTE À SUIVRE

À l'issue d'une série d'examen des moyens dont disposent les États pour adapter leur secteur public aux besoins évolutifs de leur société, l'OCDE constate que l'administration publique joue un plus grand rôle dans les pays membres de l'organisation qu'il y a 20 ans. Mais la nature des problèmes d'action publique et les méthodes pour y faire face ont connu une profonde transformation. Ainsi l'État distributeur de services cède la place à l'État régulateur des marchés en déléguant de plus en plus la prestation directe de services à des partenaires privés ou communautaires. Sur le plan financier, les pressions à la hausse des dépenses publiques demeurent. Dans les pays de l'OCDE, les limites d'un financement accessible ont été atteintes. Autre constat mis en lumière dans ce rapport : les profonds changements observés dans le mode de gestion du secteur public. La plupart des administrations publiques sont devenues plus efficaces, transparentes et orientées vers l'utilisateur, plus souples et plus axées sur les performances.

<http://www.oecd.org/dataoecd/27/49/35780376.pdf>

AFRIQUE DU SUD

RÉFORME DU SECTEUR PUBLIC

Cet ouvrage nous livre les résultats d'une recherche doctorale sur la gouvernance et la réforme de l'État en Afrique du Sud, pays qui a connu un vaste train de réformes administratives à la suite de l'abandon en 1994 du précédent régime dit d'apartheid. L'analyse est d'autant plus intéressante que le sujet de la réforme de l'État dans les pays émergents n'a pas suffisamment fait l'objet d'études approfondies. L'auteure décrit le fonctionnement des différents organismes gouvernementaux, les processus de réforme du secteur public et l'impact de ceux-ci sur le management public et sur l'interface politico-administrative. En référence aux évolutions constatées dans les administrations publiques des pays avancés, elle met l'accent sur les changements intervenus en Afrique du Sud en ce qui concerne la haute administration, qu'elle définit comme le « bras exécutif » du gouvernement. Quel rôle a-t-elle joué avant et après 1994? Quelles sont ses relations avec le personnel politique? Comment fait-elle face à la complexité de sa tâche dans un contexte mouvant? Telles sont les questions auxquelles l'auteure s'attache à répondre.

MILLER, K. *Public Sector Reform : Governance in South Africa*, Aldershot, Ashgate, 2005.

Les avancées théoriques et les pratiques émergentes suivantes sont le fruit d'une consultation des membres de la Communauté de recherche sur les politiques publiques de santé de L'Observatoire de l'administration publique : Pierre Bergeron, Christian Boudreau, Jean-Louis Denis, France Gagnon, Stéphanie Gagnon, Renée Lamontagne, Daniel Lozeau, Nassera Touati, Jean Turgeon.

L'animation et la coordination des communautés de recherche de L'Observatoire de l'administration publique sont assurées par Nicolas Charest.

nicolas.charest@enap.ca

« la préoccupation
des citoyens pour la...
sécurité des pratiques »

RÉFLEXIONS ET RÉALISATIONS AUTOUR D'UNE APPROCHE GLOBALE DES POLITIQUES DE SANTÉ

Le financement public des services de santé apparaît aujourd'hui comme le défi majeur de l'évolution et de la pérennité des systèmes nationaux de santé. Il est en effet une préoccupation transversale à l'ensemble des enjeux de ce secteur : l'accessibilité au système et la qualité des soins, la contribution du gouvernement fédéral (dans le contexte canadien), les pressions pour le développement de l'assurance privée, le coût du médicament, la relève dans les effectifs des professions de santé, etc.

LA PRIVATISATION DES SOINS

Consécutivement au récent jugement de la Cour suprême du Canada, communément appelé le jugement Chaoulli, la privatisation partielle de la prestation et de l'assurance des services de santé est l'objet d'un important débat au Québec et au Canada. En réponse, le gouvernement québécois a proposé des changements résiduels, soit la garantie d'accès à l'intérieur d'un délai raisonnable à trois chirurgies (cataracte, hanche et genou) et le droit de souscrire une assurance privée pour ces services. Ainsi, plutôt que de consentir à offrir un rôle plus important au secteur privé, le gouvernement fait le pari que les problèmes d'accessibilité et de listes d'attente seront résorbés en rendant le système actuel plus performant.

LA PLACE DU MÉDICAMENT ET DES TECHNOLOGIES

La médication devient de plus en plus complexe et les coûts sont en croissance exponentielle. À cet égard, il faut ici concilier la volonté d'une couverture universelle et la maîtrise des dépenses qui y sont associées. Cela passe par un processus rigoureux d'approbation des médicaments disponibles, un contrôle strict des coûts d'achat, une offre équitable et éthique de couverture et des modalités de financement viables.

UNE PRÉOCCUPATION PLUS SYSTÉMATIQUE POUR LA SANTÉ DANS LES AUTRES SECTEURS D'INTERVENTION PUBLIQUE

La santé est considérée de plus en plus comme une question qui ne doit pas être confinée aux seuls ministères de la santé. Les effets sur la santé d'autres déterminants (environnement, habitudes de vie, répartition de la richesse) devraient amener, de la part des représentants des autres grandes missions de l'État (l'éducation, l'environnement, l'agriculture notamment), une préoccupation plus systématique sur les impacts de leurs interventions sur la santé des populations. Cette ouverture s'inscrit dans la volonté de faire la promotion d'une approche globale de la santé.

Le passage d'une approche axée sur les problèmes à une approche « populationnelle » L'implantation de l'approche populationnelle, en lieu et place d'une approche centrée sur la personne, est la clef de voûte de la réforme québécoise mise en œuvre en 2003. Elle implique :

- une responsabilité populationnelle circonscrite à un territoire local couvert par un même réseau local de santé et de services sociaux (RLSSS). Contrairement à un système de responsabilité individuelle, où l'utilisateur sollicite de lui-même les services socio-sanitaires, la responsabilité populationnelle implique que les acteurs du réseau devront chercher à atteindre l'ensemble de la population de leur territoire;
- une stratégie proactive privilégiant la promotion et la prévention;
- une gouvernance favorisant la participation des acteurs du réseau et ce, quel que soit leur statut (public, privé ou communautaire)¹.

Ainsi, un centre de santé et de services sociaux (CSSS) devient responsable de l'offre de la gamme complète des services de santé pour une population définie, population que les gestionnaires et les professionnels devront mieux connaître. L'accent mis, dans la plupart des pays de l'OCDE, sur les services à domicile (tout en supportant les « aidants » naturels) pourrait constituer un exemple de cette volonté de répondre aux besoins exprimés par la population.

INTRODUIRE UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Jusqu'à tout récemment, la promotion de la santé était dévolue essentiellement aux directions régionales de santé publique, au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'Institut national de santé publique. De plus en plus, elle est considérée comme devant s'enraciner dans les pratiques de chacun des établissements du réseau sociosanitaire.

GESTION DE LA QUALITÉ ET QUALITÉ DES SOINS

La gestion de la qualité des soins doit faire partie intégrante de la routine des gestionnaires et des professionnels. Les obligations imposées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* aux établissements en matière d'agrément des services et les attentes élevées de la population en ce domaine confèrent un caractère impératif à la gestion de la qualité. Par ailleurs, le sujet de la qualité ne peut ignorer la préoccupation des citoyens pour la dimension de sécurité des pratiques.

ÉVALUATION DE LA PERTINENCE, DES RÉSULTATS ET DE LA PERFORMANCE

Bien que l'évaluation ne soit pas en soi une activité nouvelle, son intégration systématique dans les pratiques des établissements représente une tendance nouvelle. Comme dans tout secteur de gestion du bien public, la santé n'échappe pas au développement d'indicateurs de gestion de la performance pertinents et utiles à une reddition de comptes publique. Ces mécanismes doivent reposer sur l'utilisation de données probantes, tant sur le plan clinique que sur ceux de la gestion et des politiques.

DES SILOS AUX RÉSEAUX

Les gestionnaires et les professionnels de la santé, de manière à améliorer l'intégration et la continuité des services sociosanitaires, devront à l'avenir apprendre à travailler en réseaux et en équipe, à dépasser le cadre de leurs établissements afin d'entretenir des relations soutenues avec un grand nombre d'organismes sur un territoire plus ou moins vaste. Ainsi, la mise en place des CSSS exige la négociation et le déploiement d'ententes formelles avec des partenaires visant une

intégration des services. Cette réforme entraîne également une modification des pratiques de gestion et du comportement des professionnels, notamment par la promotion de l'intersectorialité. L'informatisation des dossiers et leur mise en réseau constitueront l'infrastructure technologique de cette réforme. Par ailleurs, une tendance que l'on voit poindre au Canada, à l'exception du Québec, est l'apparition de coopératives de santé².

ÉVOLUTION ET ADAPTATION DES RESSOURCES HUMAINES

Le réseau de la santé québécois, comme celui de certains pays industrialisés (France, Suède), devra faire face à un problème d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre dans tous les corps d'emploi, notamment les médecins spécialistes, les infirmières et les gestionnaires. Rappelons que la majorité des cadres du réseau sociosanitaire sera admissible à la retraite au cours des cinq prochaines années. Il devient alors impératif de former dès maintenant une relève maîtrisant les compétences nécessaires pour œuvrer dans un contexte nouveau. Afin de maîtriser cet enjeu important, les systèmes devront porter une attention particulière à la planification de leurs ressources humaines tout en développant des mesures favorisant la rétention et des initiatives portant sur l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Références

- Béraud, C. « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no^o 4, 2002, p. 37-74.
- Blank, R. H. et V. Burau. *Comparative Health Policy*, New York, Palgrave Macmillan, 2004.
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges*, London, School of Economics & Political Science Hub, 2002.
- Flood, C. M. et al. *Access to Care, Access to Justice : the Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*, Toronto, Toronto University Press, 2005.
- Organisation mondiale de la santé, *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, OMS, 2002.

Notes

- ¹ *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, « L'approche populationnelle : un défi de taille pour les gestionnaires », vol. 1, n^o 2, été 2005. Voir notamment l'analyse de Mylaine Breton, Paul Lamarche et Raynald Pineault.
- ² Craddock, T. et N. Vayid. *Les coopératives de soins de santé au Canada*, Secrétariat aux coopératives, Gouvernement du Canada, août 2004.

Tout comme les autres secteurs de la gestion publique, la gestion des systèmes de santé, et particulièrement la gestion hospitalière, sont marquées par une recherche de la qualité dans la prestation des services aux citoyens. Cependant, dans la mesure où cette quête est aussi dictée par le désir excessif des acteurs de se conformer à des normes sociales et, depuis peu, à des exigences législatives, cela risque de « corrompre » l'essence même d'une démarche qualité en profondeur.

« la rencontre de ... l'organisation
avec la ... qualité »

LE DIFFICILE ENRACINEMENT D'UNE NOUVELLE FORME DE CONTRÔLE DE GESTION : LA GESTION DE LA QUALITÉ DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Par **Daniel Lozeau**

*Daniel Lozeau est professeur à l'École nationale
d'administration publique du Québec*

daniel.lozeau@enap.ca

Au-delà de la rhétorique de ceux qui proclament haut et fort les vertus d'une « habilitation accrue » (*empowerment*) que l'on prétend vouloir accorder au personnel des organisations publiques appelé à réaliser des activités de gestion de la qualité (GQ), cela ne révèle-t-il pas au grand jour l'instrumentalisation de l'exercice dans l'espoir de créer une nouvelle forme de contrôle de gestion d'autant plus efficace qu'elle est pernicieuse, car elle consiste à en intérioriser les fondements dans l'esprit de chaque membre de l'organisation? Cela dit, pour l'heure, la plupart des programmes de GQ dans les hôpitaux au Québec souffrent plutôt d'anémie...

La GQ, inspirée de pratiques du secteur privé, s'inscrit dans un vaste mouvement de modernisation administrative entre autres destiné à réduire les travers de la bureaucratie pour accentuer l'écoute des besoins des citoyens. Dans le présent article, nous verrons comment se manifeste cette tendance – et ses dérives – à travers des tentatives d'enracinement de démarches de GQ au sein des hôpitaux québécois.

Rappelons que l'introduction de la GQ dans les hôpitaux au Québec répond à une obligation législative récente et que son évaluation externe est traditionnellement réalisée au sein d'un processus formel d'accréditation (ou agrément) par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Dans ce contexte, l'obtention de l'« agrément » est devenue incontournable.

Au milieu des années 1990, en effectuant une première étude sur les démarches qualité dans les hôpitaux québécois, j'y ai constaté nombre de difficultés de mise en œuvre. Ainsi, le niveau d'activité de GQ est nettement plus élevé lors de la période qui précède de peu la venue des représentants de l'organisme d'agrément pour retomber presque à néant après leur départ. Autre constat : plusieurs gestionnaires semblent consacrer l'essentiel de leurs énergies

à la production de documents formels de GQ (ex. : rapports d'évaluation des réalisations) sans impliquer leur personnel dans des activités qualité concrètes au quotidien. Enfin, certains acteurs (dont plusieurs membres du corps médical) demeurent volontairement en-dehors de la démarche qualité. Tout cela peut s'expliquer par la crainte entretenue chez plusieurs cliniciens de voir leur autonomie professionnelle grugée aux dépens du management ou, encore, par une préoccupation qui consiste à répondre en priorité à des exigences institutionnelles (là d'où viennent les ressources) plutôt qu'à améliorer les processus internes ou la satisfaction de leur clientèle (là d'où viennent les dépenses). Par ailleurs, la surcharge de travail du personnel tout comme le manque chronique de ressources financières et matérielles peuvent aussi être perçus comme contradictoires avec l'établissement d'une véritable culture organisationnelle fondée sur la qualité. Un autre obstacle à l'ancrage de la GQ dans les hôpitaux québécois pourrait aussi découler du manque d'intégration horizontale et verticale de la démarche (chacun y allant de sa petite initiative isolée).

Cinq ans plus tard, en 2001, un retour dans les hôpitaux qui avaient été étudiés, m'a permis de constater que l'enracinement de la GQ est encore à faire, à l'exception d'un établissement où la démarche qualité apparaît en voie d'intégration dans la dynamique organisationnelle. En quoi se distingue donc la GQ du site correspondant à cette exception?

Un élément d'explication tient à la persévérance des responsables successifs du dossier de la GQ (et de l'appui politique continu que ces derniers ont bénéficié de la part de la direction générale) dans cet hôpital. À cet effet, les responsables de la GQ ont privilégié une décentralisation des responsabilités en matière de qualité dans la structure de l'organisation. Mais plus encore, il appert que plusieurs initiatives qui visaient la dynamisation de la démarche qualité ont été initiées – d'ailleurs, plus ou moins avec succès – avant que cette démarche s'enracine dans les comportements d'un nombre critique d'acteurs. L'un des points qu'il faut retenir est que le programme de GQ de ce site a évolué par essais et erreurs et de manière incrémentale (par petits pas, tantôt à gauche, tantôt à droite... et tantôt en accusant des reculs). Par contraste, dans les autres sites où l'on s'est limité à un développement plus rectiligne et formalisé de la GQ, les résultats (en termes de changement des attitudes et des comportements profonds quotidiens manifestés par le personnel) n'ont jamais cessé d'être mitigés. Revenant dans le site d'exception examiné, le programme de GQ a débouché sur la mise en place d'une structure organisationnelle transfonctionnelle axée sur des programmes clientèles. En bref, le caractère incrémental du processus ainsi que la nouvelle forme de structure auraient facilité l'enracinement de la GQ et auraient débouché sur une adaptation mutuelle de la dynamique de l'organisation et de la démarche qualité.

De mes études empiriques, il se dégage que si la GQ ne se réduit pas à la mise en place d'une simple technique de gestion, elle n'est pas pour autant une stratégie

autonome qui peut être introduite dans une organisation et entraîner, à elle seule, des changements profonds. De fait, la GQ, parce qu'elle prescrit la participation de tous les employés, entre en conflit avec les modes bureaucratiques de gestion des hôpitaux. Au demeurant, l'environnement fortement institutionnalisé des hôpitaux tend à entraver l'implantation de la GQ en imposant des façons de faire technocratiques et standardisées peu susceptibles de déclencher la mobilisation du personnel et, particulièrement, des cliniciens. L'introduction de la GQ dans un hôpital rend donc nécessaire des transformations organisationnelles majeures qui transcendent la « planète gestionnaire ». C'est, du moins, ce que semble nous confirmer le cas de l'établissement qui est allé le plus loin dans l'expérience d'une démarche qualité.

Retenons la leçon que l'adoption d'une démarche qualité ne doit pas seulement être la réponse à des pressions externes qui s'exercent sur l'organisation. Une telle situation risque alors de conduire à un échec de la démarche ne serait-ce qu'à cause de la faible appropriation du processus par les membres de l'organisation. La démarche qualité doit avant tout être intégrée dans un processus de changement organisationnel conduit par des forces internes et soutenu par des motivations intrinsèques. Pour cela, chaque groupe d'acteurs clés (ceux qui détiennent un rapport de force important) doit y trouver son compte. Sur ce plan, il faut bien l'avouer, la position stratégique des patients est faible, nonobstant le discours emphatique (qui prend souvent l'allure d'un *mantra*) sur l'importance à accorder à la satisfaction du client.

En conclusion, l'écart entre les principes propres à la GQ et la réalité des bureaucraties professionnelles que sont les hôpitaux, exige une démarche incrémentale, adaptée et donc de nature ad hoc, afin de permettre l'ancrage sélectif des principes de la GQ. Autrement dit, cette démarche doit s'inscrire dans la culture organisationnelle singulière de chaque hôpital, toute stratégie fondée principalement sur le mimétisme étant, ici, à proscrire.

Référence

LOZEAU, D. « Le labyrinthe de la gestion de la qualité : entre l'enlèvement d'une démarche et l'enracinement d'un archétype », dans P. Joffre, C. Rouillard et L. Lemire, *Gestion privée et management public : une perspective québécoise et française*, Colombelles (France), EMS, Management et Société, 2005, p. 171-202.

CANADA

LA SANTÉ ET LES RELATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

L'accord sur les soins de santé signé en février 2003 par tous les premiers ministres canadiens avait suscité de fortes attentes. De nombreux Canadiens espéraient que cet accord marquerait le début d'un processus fondamental de réforme basé sur une vision commune à tous les gouvernements et un financement assuré à long terme. Or, il est pour le moins évident que les désaccords entre le gouvernement fédéral et ceux des provinces, sur le financement des soins de santé, les mécanismes d'imputabilité et le rôle du fédéral, se sont poursuivies au détriment des actions concrètes. Dans le cas de l'assurance santé, la dynamique traditionnelle des relations entre les paliers de gouvernement agit à l'encontre des intérêts du système de santé. Cet ouvrage passe en revue les éléments clés du dialogue fédéral-provincial en matière de soins de santé et plus particulièrement la dimension de la fiscalité. Il met en perspective le rôle du gouvernement fédéral avec la nature des relations fiscales intergouvernementales au Canada, aborde le sujet controversé du déséquilibre fiscal et propose des options politiques pour une sortie de crise.

Lazar, H. et F. St-Hilaire (dir.). *Money, Politics and Health Care, Reconstructing the Federal-Provincial Partnership*. Institut de recherches en politiques publiques et Institut des relations intergouvernementales, Montréal, 2004.

ROYAUME-UNI

LA COMPLEXITÉ DE LA RÉORGANISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les organisations importantes et complexes peuvent-elles se transformer fondamentalement dans un court laps de temps? Les organisations en difficulté qui s'engagent dans un tel processus de changement organisationnel sont-elles trop ambitieuses? Pour répondre à ces questions, les auteurs de ce livre décrivent le cas d'un établissement hospitalier de Leicester, l'un des plus grands au Royaume-Uni, mais également l'un des plus critiqués, qui, au milieu des années 1990, a entrepris un vaste projet de réorganisation pour lui permettre d'améliorer sa performance. L'opération fut un succès et le même hôpital sert aujourd'hui de pilote pour les autres projets de transformation organisationnelle. Les auteurs mettent en lumière les conditions de cette réussite, mais ils n'en occultent pas les écueils, les contradictions et les limites. Plus largement, ils étudient les clés et la dynamique du changement dans le secteur public, les conséquences de l'importation de modèles du secteur privé et l'impact des programmes corporatifs de changement à la fois au sein des établissements et dans leur périphérie.

McNulty, T. et E. Ferlie. *Reengineering Health Care, the Complexities of Organizational Transformation*, Oxford University Press, UK, 2004.

QUÉBEC

LE SYSTÈME DE SANTÉ : ORGANISATIONS, ACTEURS ET ENJEUX

Le système de santé québécois, à l'instar de tous les autres, fait presque continuellement l'objet de questionnements, parfois de polémiques, sur son fonctionnement, son financement, ses objectifs ou encore la place que l'État doit y occuper. En réponse à ces interrogations, les auteurs de l'ouvrage ont adopté une perspective socio-politique et organisationnelle. Le sommaire est divisé en quatre parties qui correspondent à autant de grandes dimensions du secteur de la santé. La première partie aborde divers volets de la prise en charge des problèmes de santé par l'État. La deuxième partie considère en détail les structures et le fonctionnement du secteur de la santé. La troisième partie a trait aux ressources humaines associées à la prestation des services alors que les ressources financières et techniques font l'objet de la quatrième et dernière partie. L'ouvrage est une mise à jour d'une première édition parue en 1994. Il couvre toutes les questions y compris les plus actuelles et ouvre une perspective sur les changements en cours ou proposés dans le système de santé du Québec.

Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.). *Le système de santé au Québec, organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2003.

INTERNATIONAL

UNE COMPARAISON DES POLITIQUES DE SANTÉ

Le vieillissement des populations, la généralisation et le coût des technologies médicales, les attentes élevées des citoyens en matière de santé mettent en difficulté tous les systèmes de santé à travers le monde. Pour certains observateurs, cette similarité des problèmes peut, ou doit, entraîner l'adoption, partout, de politiques de santé identiques. Pour d'autres, au contraire, la permanence de singularités nationales, tant structurelles que culturelles ou mentales, colorent les réponses apportées aux problèmes, à l'encontre de toute attitude convergente. Les auteurs de cet ouvrage proposent un guide des systèmes de santé des pays développés et une analyse des politiques publiques de santé. Ils montrent comment les systèmes de santé sont organisés, financés, régulés et évalués. Couvrant le court et le long terme, ils mesurent l'impact des variations en matière d'équité, de qualité et d'efficacité. Ils recensent par ailleurs les leçons à retenir de la mixité public/privé et concluent sur « l'équilibre » entre les forces de convergence et les sources de différence, aucun système de santé ne pouvant prétendre être « le meilleur ».

Blank R. H. et V. Bureau. *Comparative Health Policy*, Palgrave MacMillan, New York, 2004.

CANADA

LE DÉBAT JUDICIAIRE SUR L'ASSURANCE PRIVÉE EN SANTÉ

Le point de départ de cette étude est le jugement rendu le 9 juin 2005 par la Cour suprême du Canada dans ce qu'il est convenu d'appeler l'affaire Chaoulli. Ce jugement, renversant deux précédentes décisions (Tribunal en 2000 et Cour d'appel en 2002) stipule que l'interdiction de contracter une assurance privée pour couvrir des dépenses de santé déjà couvertes par le système public est contraire à la *Charte des droits et libertés* du Québec et du Canada. La décision de la Cour suprême a provoqué un électrochoc et ouvert un débat parfois irrationnel dans le public et jusqu'au sein des gouvernements. Les auteurs soulignent l'écart entre ce qui est réellement écrit dans le jugement et l'interprétation de celui-ci par les journalistes en mal de gros titres, mais aussi par les idéologues, détracteurs et surtout partisans de la décision, ces derniers exploitant la situation pour réclamer plus de place pour le secteur privé dans le système de santé. Sur ce constat d'une « double vie », politique et juridique, des décisions de la Cour suprême, les auteurs ont voulu dissiper le rideau de fumée qui nuit à une compréhension claire du jugement Chaoulli.

Flood, C. M., K. Roach et L. Sossin (dir.). *Access to Care, Access to Justice, The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, University of Toronto Press, Toronto, 2005.

INTERNATIONAL

PANORAMA DE LA SANTÉ, LES INDICATEURS 2005 DE L'OCDE

Avec des dépenses de santé représentant près de 9 % en moyenne du PIB des pays membres de l'OCDE contre 5 % en 1970 et plus de 70 % de ces coûts financés par des fonds publics, les systèmes de santé des pays de l'OCDE sont confrontés à des défis majeurs en termes d'efficacité et de viabilité financière. Dans cette perspective, l'OCDE a établi une base de données sur la santé dans ses pays membres et ce rapport en est la troisième actualisation. La publication décrit les principales variations d'un large éventail d'indicateurs clés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, variations mesurées entre les pays et dans le temps. La table des matières recense 35 indicateurs principaux répartis en 5 thèmes : l'état de santé (espérance de vie, causes de mortalité...), les ressources en santé et leur utilisation (nombre de médecins, vaccination des enfants...), les dépenses de santé et le financement (dépenses par habitant, dépenses pharmaceutiques...), les déterminants non médicaux de la santé (tabac, obésité...) et enfin le contexte démographique et économique (PIB, taux de fécondité...).

OCDE Éditions ocde. Panorama de la santé, les indicateurs de l'OCDE, 2005.

<http://www.sourceocde.org/questionssociales/9264012648>

Depuis plus d'un an, un groupe de chercheurs mène une étude sur la mise en œuvre de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, étude dont le but est de favoriser le développement de politiques publiques favorables à la santé au Québec.

« *impacts des actions gouvernementales sur la santé et le bien-être* »

L'ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ AU QUÉBEC

Par **Jean Turgeon, France Gagnon et Mélanie Michaud**

Jean Turgeon est professeur à l'École nationale d'administration publique du Québec

France Gagnon est professeure à la TELUQ

Mélanie Michaud est professionnelle de recherche à l'ENAP

jean.turgeon@enap.ca
france.gagnon@teluq.ca
melanie.michaud@enap.ca

Depuis janvier 2005, Jean Turgeon, France Gagnon et Clémence Dallaire¹ dirigent une recherche qui vise à mieux comprendre les processus de formulation et d'adoption de politiques publiques susceptibles d'influer sur la santé et le bien-être. Leur étude s'appuie sur un cadre conceptuel inspiré du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith². La réalisation de cette recherche, qui s'inscrit dans le cadre du programme Action concertée, est financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour soutenir l'application de l'article 54³.

En décembre 2001, le gouvernement du Québec a innové en enchâssant dans la *Loi sur la santé publique* l'article 54 qui atteste de l'obligation pour les ministères et organismes de rendre compte des impacts sociaux, environnementaux et économiques de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations. En vigueur depuis juin 2002, cet article prévoit en effet que :

Le ministre est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. (<http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php#>)

Si l'adoption d'une telle mesure est une étape importante vers le développement de politiques favorables à la santé, sa mise en œuvre au sein de l'administration publique québécoise soulève plusieurs défis.

Ainsi, de manière à développer une compréhension fine de l'élaboration des politiques favorables à la santé, le programme de recherche de Jean Turgeon, France Gagnon et

Clémence Dallaire s'articule autour des trois axes suivants : le processus décisionnel, le processus d'évaluation prospective des politiques publiques et le processus de transfert et d'appropriation des connaissances. Les objectifs poursuivis par l'équipe sont d'abord d'apporter un éclairage analytique et éthique sur l'intégration de l'évaluation prospective des politiques publiques, puis de développer et de mettre en œuvre une stratégie de transfert et d'appropriation des connaissances et enfin de tester des façons de faire et des outils de transfert des connaissances visant à sensibiliser ceux qui formulent et décident des politiques aux préoccupations sur la santé et le bien-être. Les projets ont donc pour but de valider les résultats des travaux de recherche auprès des personnes concernées par l'élaboration de politiques publiques dans différents ministères et, par la suite, d'intégrer ces résultats dans le quotidien de ces mêmes personnes.

LES PROJETS DE RECHERCHE ET LES RETOMBÉES ATTENDUES

Au total, six projets seront conduits. La *recension des écrits* portant sur des thématiques liées de près aux trois axes de recherche constitue le premier projet. Cette recension, initiée au printemps 2005, est en voie d'être diffusée. Un article publié en 2005 fait écho, en partie, aux résultats de cette recension⁴. La réalisation d'*études de cas rétrospectives* portant sur la formulation et l'adoption de politiques publiques représente le deuxième projet. Ainsi, à l'automne 2005, une collecte de données a été effectuée au sein de quatre ministères partenaires⁵. Huit études de cas ont été réalisées dans le but de dégager un portrait du processus décisionnel relatif à l'élaboration de politiques susceptibles d'influer sur la santé et le bien-être de la population. L'analyse de ces données est présentement en cours. Les retombées attendues de ces études de cas sont de permettre une meilleure compréhension des défis que pose la mise en œuvre de l'article 54 en ce qui a trait à l'évaluation prospective des impacts sur la santé, l'utilisation des connaissances et l'intégration d'un tel processus d'évaluation au sein des ministères. Les premiers résultats de ces études seront diffusés lors d'un colloque dans le cadre du congrès de l'ACFAS en mai 2006.

Toujours en 2006, un troisième projet basé sur une *série d'entrevues* auprès de décideurs politiques, de dirigeants et d'acteurs clefs impliqués dans des politiques publiques ayant fait l'objet des études de cas sera entrepris. Ce projet vient compléter l'analyse des cas réalisée principalement à partir de la documentation écrite. Une *analyse des expériences européennes* d'évaluation d'impacts sur la santé ayant comme but d'examiner le transfert possible de politiques sera également entreprise et constituera l'essentiel du quatrième projet.

En 2007, un cinquième projet prévoit de *développer et d'expérimenter des modèles et des méthodes* qui permettront de sensibiliser et d'outiller les intervenants des ministères

lors de l'élaboration de politiques afin de favoriser une meilleure intégration des préoccupations sur la santé et le bien-être. Les retombées attendues de ce projet sont de tester des modèles, des façons de faire et des outils relatifs à l'intégration d'un processus d'évaluation des impacts des actions gouvernementales sur la santé et le bien-être et d'en dégager des enseignements.

Enfin, le sixième projet repose sur le fait que la réalisation de cette programmation s'inscrit dans une perspective de recherche interactive. C'est-à-dire que cette recherche implique une collaboration régulière entre les chercheurs et les « acteurs du milieu » permettant ainsi le développement d'une stratégie de transfert et d'appropriation des connaissances qui réponde aux besoins des utilisateurs potentiels. Dans ce contexte, un comité consultatif, formé de représentants des ministères évoqués plus avant, participe à toutes les étapes de la recherche, de sa planification à son déroulement. Cette interaction est essentielle pour valider la pertinence des connaissances produites, l'utilité des modèles élaborés et des outils proposés.

Dans le prolongement de cette recherche, les chercheurs principaux ont créé le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) qui rassemble chercheurs universitaires, étudiants et assistants de recherche de plusieurs universités⁶ intéressés par cette problématique complexe que représente l'élaboration de politiques favorables à la santé.

Notes

¹ Clémence Dallaire est professeur à l'Université Laval. L'équipe comprend également : Jacques Auger (ENAP), Danielle Blondeau (Université Laval), Jacques Bourgault (UQAM/ENAP), Louis Côté (ENAP), Louis Demers (ENAP), Lucie Richard (Université de Montréal).

² Sabatier, Paul. A. et Hanks C. Jenkins-Smith. *The Advocacy Coalition Framework. An Assessment*. In Paul A. Sabatier (ed). *Theories of the Policy Process*. Boulder, Westview Press, 1999, 290 p.

³ Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales, 2005-2007 (Dossier FQRSC 2005-SP-95622).

⁴ Turgeon, J., F. Gagnon, J. Bourgault et S. Garant. « Les dilemmes politiques et organisationnels de l'évaluation prospective en santé ». *Administration publique du Canada*, 2005, vol. 48, n° 3, p. 328-347.

⁵ Il s'agit du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et du ministère des Transports.

⁶ École nationale d'administration publique, Télé-Université/UQAM, Université Laval, Université du Québec à Montréal, Université de Montréal

RÉFÉRENCES

La rubrique « RÉFÉRENCES » apporte un éclairage sur les communications déposées et les débats menés lors de congrès, séminaires, colloques ou symposiums tenus à travers le monde.

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DANS UN MONDE INSTABLE

CONFÉRENCE ANNUELLE DE LA BANQUE MONDIALE SUR LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE / AMSTERDAM, PAYS-BAS – 23 ET 24 MAI 2005

La conférence annuelle de la Banque mondiale sur le développement économique vise à un échange le plus large possible entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs politiques dans le champ du développement international. Près de 600 participants venant de 90 pays ont assisté aux travaux de la Conférence 2005. Plus de 130 conférenciers ont pris la parole. Parmi les grands thèmes abordés en séance plénière, on retiendra l'accent mis sur la vulnérabilité des économies, le rapport entre développement et sécurité et la prise en compte des risques liés aux grandes crises sanitaires. Mais d'autres sessions n'étaient pas moins intéressantes. On citera – entre autres – l'émergence de nouvelles puissances économiques dont la Chine, l'avenir de l'aide internationale au-delà du consensus de Washington, les synergies à rechercher et les mécanismes d'imputabilité à mettre en place dans le cadre d'un rapprochement entre le financement privé et l'aide internationale ou encore une étude remarquée sur l'effet de la corruption sur la pauvreté. Plusieurs conférences étaient centrées sur la situation dans une zone géographique en particulier : Afrique subsaharienne, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Amérique du Sud, Ukraine. Imran Matin, spécialiste de l'agriculture au Bangladesh, a ainsi fait entendre la voix des microéconomies. Dans le même sens, Patrick Guillaumont, un chercheur français a parlé de la « macrovulnérabilité » des pays pauvres. Au terme de la Conférence, les délégués se sont donnés rendez-vous en 2006, à Tokyo, les 29 et 30 mai.

Securing development in an unstable world

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTAMSTERDAM/0,,menuPK:626821~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:626814,00.html>

LE FÉDÉRALISME DANS TOUS SES ÉTATS

COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LE FÉDÉRALISME ORGANISÉ EN NOVEMBRE 2002 PAR L'UNIVERSITÉ MCGILL

Le livre paru en 2005, compile les actes d'un colloque sur le fédéralisme. Il réunissait des universitaires canadiens, américains et européens autour de trois thèmes : phénoménologie du fédéralisme et méthodologie du fédéralisme comparé, gouvernance et complexité identitaire, représentation, valeurs et règlement des différends. Aujourd'hui, le fédéralisme fait recette. Plus d'un tiers de la population mondiale vit sous un régime fédéral. Plusieurs démocraties stables et prospères sont des fédérations. Pour autant, la « réémergence » d'identités subétatiques jusque-là contenues, en sommeil ou muettes d'une part et l'éclosion et les avancées d'un ordre juridique supranational de plus en plus envahissant d'autre part, mettent le fédéralisme à rude épreuve. Bien qu'elles partagent un certain nombre de caractéristiques fondamentales, les structures fédérales élaborées dans un contexte sociopolitique particulier évoluent selon une dynamique qui est propre à chacune. Dès lors, devant cette diversité et cette complexité, peut-on encore lier État et fédéralisme. D'autant que des dynamiques fédérales sont perceptibles au sein de structures qui ne présentent pas les caractéristiques d'un État. Ne devrait-on pas parler plutôt de « phénomène fédéral » dans un cadre théorique plus général que la seule approche institutionnelle. Le fédéralisme demeure un important mode d'organisation de l'État, mais il faut l'envisager désormais sous l'angle de la culture juridique qu'il sous-tend, des règles minimales de civilité qu'il présuppose et des aspirations qu'il promeut. Dans cette perspective, les contributeurs ont abordé de front plusieurs questions en suspens : l'utilité d'une typologie des fédérations, le mythe dans la dynamique fédérale, le fédéralisme kaléidoscopique, l'égalité mesure du fédéralisme, les arbitres du fédéralisme et la diversité, le droit dans les rapports fédéraux, la représentation des entités fédérées à l'international, l'Europe et le fédéralisme.

Gaudreault-Desbiens, J.-F., F. Gélinas (dir.). *Le fédéralisme dans tous ses états/The States and Moods of Federalism/Gouvernance, identité et méthodologie*. Bruylant Bruxelles, Forum des fédérations, Éditions Yvon Blais, 2005.

L'Observatoire de l'administration publique a été créé en 1993 par l'ENAP, un établissement membre de l'Université du Québec. L'Observatoire recueille, analyse et évalue l'information disponible à travers le monde en matière d'administration publique et de gouvernance. *Vigie* est une lettre bimestrielle. Elle se veut un outil de diffusion des résultats des activités de veille et de recherche menées par L'Observatoire et ses partenaires.

Le choix des thèmes et les textes de *Vigie* font l'objet d'une réflexion collégiale de la part de l'équipe de L'Observatoire; les auteurs demeurent toutefois responsables des informations et des analyses présentées. Cette publication est rendue possible grâce au soutien financier du gouvernement du Québec. La reproduction totale ou partielle de *Vigie* est autorisée, à condition d'en indiquer la source.

Pour plus d'information : Danyelle Landry, secrétaire de L'Observatoire
(418) 641-3000, poste 6574
courriel : danyelle_landry@enap.ca

Pour consulter les publications de L'Observatoire : www.enap.ca/observatoire

