

Université de Montréal

**Pilotage et mise en œuvre d'une réforme d'un système public de
santé : dynamiques entre acteurs d'une gouverne pluraliste**

Par
Stéphanie Collin

L'École de santé publique de l'Université de Montréal
(ESPUM)

Thèse présentée à l'ESPUM
En vue de l'obtention du grade Philosophiae Doctor (PhD)
Option Gestion des services de santé

Juin 2018

© Stéphanie Collin, 2018

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Pilotage et mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé :
dynamiques entre acteurs d'une gouverne pluraliste

Présentée par :
Stéphanie Collin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Bryn Williams-Jones, président-rapporteur
Lise Lamothe, directrice de recherche
Jean-Louis Denis, membre du jury
Louis Simard, examinateur externe
Lise Gauvin, représentante du doyen

Résumé

Les systèmes publics de santé peuvent être conçus comme des contextes pluralistes, dans lesquels les acteurs poursuivent des objectifs souvent variés et contradictoires, mais demeurent unis par des rapports d'interdépendance. Au sein de tels contextes, aucune autorité souveraine ne peut contrôler parfaitement la trajectoire de l'action collective. Afin d'orienter le changement, l'État, qui occupe tout de même une position particulière, a l'obligation de s'insérer dans les interactions en constante évolution des principaux acteurs. Cette thèse vise ainsi à comprendre et à analyser les capacités de gouverner de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé.

Elle propose un cadre théorique qui s'appuie sur l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) et sur l'approche des instruments d'action publique de Lascombes et Le Galès (2004). Dans cette perspective, les acteurs identifiés sont motivés par certains enjeux et mobilisent des stratégies, ce qui influence l'évolution de l'action collective. Dans l'optique de garder le cap, l'État a recours à des instruments de diverses natures, comme ceux s'appuyant sur l'autorité formelle ou la communication et l'information.

Ce cadre théorique est appliqué lors d'une étude de cas portant sur une réforme du système public de santé du Nouveau-Brunswick lancée en 2008. En matière de restructuration, à ce moment, huit régies régionales de la santé (RRS) ont été fusionnées en deux (RRS A et B). Ces deux RRS représentent ainsi des unités d'analyse imbriquées. Par ailleurs, la démarche analytique s'appuie sur des entretiens effectués auprès de représentants de l'État, comme des ministres de la Santé ou des sous-ministres, et d'autres acteurs concernés, comme des présidents directeurs généraux d'organisations de santé, des professionnels de la santé ou des citoyens. Elle se base également sur une analyse documentaire incluant une revue médiatique.

La période étudiée est caractérisée par trois phases temporelles distinctes : l'élaboration de la réforme (2006 à 2008), le grand lancement et ses suites (2008 à 2010) et la mise en œuvre de la réforme (2010 à 2015). Durant ces étapes, les acteurs de la gouverne sont animés par des enjeux variés qui les poussent en quelque sorte à changer leurs comportements, par exemple, l'accès et la coordination des soins et des services, la performance et la participation citoyenne. De plus, des facteurs du contexte systémique, comme les droits linguistiques en santé, animent parfois des acteurs de la gouverne. La recherche démontre qu'au fil de l'évolution du contexte, l'État s'adapte aux dynamiques d'interactions des acteurs concernés et mobilise des types d'instruments en conséquence. Cette réaction aux diverses actions stratégiques peut être imaginée en tant qu'un processus continu d'apprentissage.

En conclusion, des recommandations concrètes sont formulées à l'intention des preneurs de décision lors de la conduite d'une réforme d'un système public de santé, qui sont cohérentes avec des modifications apportées au cadre théorique. Celles-ci ont trait aux alignements proposés par l'État, au processus continu d'apprentissage, aux types d'instruments qui peuvent servir à renouveler la légitimité, et enfin, à la population, un groupe d'acteurs important du contexte pluraliste. Les recommandations émises mettent en valeur l'idée générale qu'une réforme se déroule dans un long horizon temporel et que sa programmation par l'État est très difficile.

Mots clés : approche organisationnelle, instruments de gouverne, système de santé, réforme, contexte pluraliste, étude de cas

Abstract

Public health systems can be characterized in terms of pluralistic contexts, involving actors with diverging objectives, who remain linked through ties of interdependence. In such contexts, no formal authority can exercise complete control over the trajectory of collective action. In order to guide change, the State, who nonetheless occupies a particular position, has the obligation to insert itself in the ever evolving interactions of key actors. This thesis aims to analyze and understand the State's governing capacities, and the dynamics between the concerned actors in piloting and implementing a public health system reform.

The thesis proposes a theoretical framework drawing upon the organizational analysis of Crozier & Friedberg (1987) and the policy instruments approach of Lascoumes & Le Galès (2004). In this perspective, the identified actors are motivated by their particular stake in the issue and mobilise strategies that effect the evolution of the collective action. In order to reach its objectives, the State calls upon instruments of various kinds, such as those based on formal authority or communication and information.

The theoretical framework is applied to a case study: the New-Brunswick health system reform launched in 2008. In terms of reorganisation, the eight existing regional health authorities (RHAs) were amalgamated in two (RHA A and RHA B). RHAs A and B thus represent two units of analysis. In addition, the analysis is informed by interviews with representatives of the State, such as health ministers, deputy ministers, and other relevant stakeholders, such as chief executive officers of health organizations, health professionals, and citizens. The analysis is also supported by a review of the grey literature, including media reports.

The study period is characterized by three specific time points: the formulation of the reform (2006 to 2008), the grand launch and immediate response (2008 to 2010), and the implementation of the reform (2010 to 2015). During these phases, the stakeholders were compelled by various aspects of the reform that motivates them to change their behaviors, for

example, access and coordination of care, performance and public participation. Moreover, factors present in the systemic context, such as language rights within the health care setting, provide further motivation, among certain actors, influencing change. This research demonstrates that as the context evolves the State must adapt to the dynamic interactions of the actors involved, and mobilizes various instruments to respond accordingly. The response to various strategic actions may be conceptualized as a continuous learning process.

In conclusion, practical recommendations are proposed, aimed at decision-makers when conducting public health system reforms. The recommendations proposed are also consistent with the modifications made to the theoretical framework. These relate to the objectives proposed by the State, the continuous learning process, the types of instruments that can be used to renew legitimacy, and regarding the citizen population, an influential group of actors in the pluralistic context. The recommendations emphasize the general idea that a reform takes place over a long period of time, and that its programming by the State can be very difficult.

Keywords: organizational approach, governance instruments, health system, reform, pluralistic context, case study

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	viii
Liste des tableaux	xii
Liste des figures.....	xiii
Liste des graphiques et encadrés	xiv
Liste des sigles et abréviations	xvi
Remerciements.....	xx

PARTIE I. INTRODUCTION

Introduction	1
Pertinence du sujet de recherche	2
Objectifs de la recherche	3
Présentation de la thèse	4

PARTIE II. CADRE DE LA RECHERCHE

Chapitre 1 – État des connaissances

1.1 La gouverne en contextes pluralistes.....	7
1.2 Les instruments de gouverne : définitions et perspectives	14
1.3 Le changement en contextes pluralistes	24

Chapitre 2 – Cadre théorique

2.1 Analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987)	34
2.2 Présentation du cadre théorique	38

Chapitre 3 – Méthodes et procédures analytiques

3.1 Approche générale et stratégies de recherche	41
3.2 Contexte de l'étude	41
3.3 Collecte des données	44
3.4 Analyse des données	49
3.5 Critères de qualité et limites de l'étude.....	51
3.6 Considérations éthiques.....	53

PARTIE III. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Chapitre 4 – Évolution du système public de santé du Nouveau-Brunswick

4.1 Développement des soins au niveau des communautés locales : Après-Seconde Guerre mondiale – Fin des années 1950	55
4.2 Développement de services publics de santé : Début des années 1960 – Milieu des années 1980	57
4.3 Le double impératif de planification et de rationalisation : Milieu et fin des années 1980 - 2006	63

Chapitre 5 – Élaboration et mise en œuvre de la réforme du système public de santé du gouvernement Graham : 2006 à 2015

5.1 Élaboration de la réforme (2006-2008) : une gestation en vase clos	77
5.1.1 Le contexte de l'État.....	78
5.2 Mise en œuvre de la réforme (2008-2010) : le grand lancement et ses suites	99
5.2.1 Le contexte de l'État à l'étape d'implantation	101
5.2.2 Le contexte des Régies régionales de la santé à l'étape du grand lancement de la réforme	109
5.2.2 (a) Le contexte de la Régie régionale de santé A	112
5.2.2 (b) Le contexte de la Régie régionale de santé B	129
5.2.3 Le contexte du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	145
5.2.4 Le contexte de FacilicorpNB.....	152
5.2.5 Le contexte de l'État vers la fin de la deuxième phase de la réforme (2008-2009)	157
5.3 Mise en œuvre de la réforme (2010-2015) et résultats atteints	166
5.3.1 Le contexte de l'État à l'étape de mise en œuvre de la réforme	168
5.3.2 Le contexte de la Régie Régionale de santé A	182
5.3.3 Le contexte de la Régie Régionale de santé B	190
5.3.4 Le contexte du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	195
5.3.5 Le contexte de FacilicorpNB.....	201
5.3.6 Pilotage de cette dernière phase de la réforme par l'État : enjeux, stratégies et instruments	206
5.3.7 Résultats atteints de la réforme	208

5.3.7 (a) Résultats attendus par rapport à la progression des transformations	208
5.3.7 (b) Résultats atteints du changement.....	209

PARTIE IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

Chapitre 6 – Discussion

6.1 Les réformes des systèmes publics de santé : difficiles à piloter	219
6.1.1 Une brève définition du processus que représente une réforme.....	219
6.1.2 Les projets de réforme dans un long horizon temporel	221
6.1.3 Les projets de réforme soumis aux influences des acteurs en interaction.....	222
6.2 Les réformes des systèmes publics de santé : des instruments mobilisés par l'État pour diriger l'action collective	223
6.2.1 Le choix des instruments de gouverne en tant que dynamiques d'apprentissage continu.....	223
6.2.2 La dynamique d'apprentissage continu et le rôle du CSNB	226
6.2.3 La convergence des intérêts des acteurs concernés et les liens de confiance.....	229
6.2.4 La population est un acteur important dans le contexte pluraliste	229
6.2.5 La réussite des projets de réforme et les objectifs tangibles et mesurables	230
6.3 Amendements au modèle théorique sur la mise en œuvre et le pilotage d'une réforme dans un contexte pluraliste	232
6.3.1 Le choix des instruments de gouverne s'inscrit dans les dynamiques d'interaction des acteurs.....	232
6.3.2 Le choix des instruments de gouverne fait partie d'un processus d'apprentissage continu.....	234
6.3.3 Le maintien des alignements proposés par l'État.....	235

Chapitre 7 – Conclusion et contributions de notre étude

7.1 Conclusion et recommandations concrètes aux décideurs publics.....	237
7.2 Contributions de notre étude à la théorie.....	240
7.3 Contributions de notre étude à la pratique.....	241
7.4 Pistes de recherches futures.....	241

Bibliographie.....	243
Annexe 1a : Grille d’entretien individuel (préliminaire) (Acteurs du contexte d’action)	i
Annexe 1b : Grille d’entretien individuel (préliminaire) (Représentants de l’État)	iv
Annexe 2 : Formulaire d’information et de consentement.....	vii
Annexe 3a : Certificat éthique (Réseau de santé Horizon)	xiii
Annexe 3b : Certificat éthique (Réseau de santé Vitalité)	xvi
Annexe 3c : Certificat éthique (CERES de l’Université de Montréal)	xviii

Liste des tableaux

Tableau I : Les types d'instruments de gouverne selon Lascoumes et Le Galès (2004)	19
Tableau II : Caractéristiques de la réforme en santé du Nouveau-Brunswick (2008)	44
Tableau III : Liste détaillée des répondants par groupe d'appartenance et par période	48
Tableau IV : Enjeux, stratégies et instrument à l'étape d'élaboration de la réforme (2006-2008)	96
Tableau V : Caractéristiques de la RRS A en date du 11 mars 2008	114
Tableau VI : Particularités de l'HDGLD et de la RRS Beauséjour (précédant l'annonce de la réforme le 11 mars 2008)	118
Tableau VII : Particularités de l'HDGLD et de la RRS Beauséjour (suivant la réforme du 11 mars 2008).....	118
Tableau VIII : Mission et objectifs d'ESF	121
Tableau IX : Caractéristiques de la RRS B en date du 11 mars 2008.....	131
Tableau X : Orientations stratégiques du RSH (2010-2013)	144
Tableau XI : Caractéristiques du CSNB.....	146
Tableau XII : Caractéristiques de l'agence des services non cliniques (FNB)	153
Tableau XIII : Intentions stratégiques de FNB	155
Tableau XIV: Enjeux, stratégies de l'État et instruments de gouverne à l'étape du grand lancement et de ses suites (2008-2010).....	164
Tableau XV : Enjeux, stratégies de l'État et instruments de gouverne à l'étape de la mise en œuvre de la réforme (2010-2015).....	207
Tableau XVI : Exemples d'instruments mobilisés par l'État pour piloter une réforme.....	228

Liste des figures

Figure 1 : Pilotage d'une réforme d'un système public de santé : cadre théorique	40
Figure 2 : Organigramme 2006-2007 du ministère de la Santé du NB.....	88
Figure 3 : Territoires géographiques desservis par les huit RRS avant la réforme du 11 mars 2008	98
Figure 4 : Présentation des acteurs concernés par la réforme à l'étape du grand lancement et de ses suites (2008-2010)	100
Figure 5 : Territoires géographiques desservis par les RRS A et RRS B après la réforme du 11 mars 2008	111
Figure 6 : Présentation des acteurs du contexte pluraliste et des résultats atteints à l'étape de la mise en œuvre la réforme (2010-2015)	168
Figure 7 : Performance du système de santé du NB entre 2010 et 2016.....	211
Figure 8 : Découpage territorial du système de santé	213
Figure 9 : Variabilité liée à la dimension de l'accessibilité des services de santé	213
Figure 10 : Variabilité liée à la dimension de la justesse des services de santé	214
Figure 11 : Augmentation annuelle des dépenses en santé au NB	215
Figure 12 : Cadre théorique « Pilotage d'une réforme d'un système public de santé » avec modifications.....	236

Liste des graphiques et encadrés

Graphique 1 : Dépenses totales en santé au NB entre 1984 et 2008 (pourcentage des dépenses budgétaires).....	79
Graphique 2 : Augmentation des dépenses totales en santé au NB relativement à l'augmentation des recettes provinciales entre 1999 et 2008.....	80
Encadré 1 : Changements « transformateurs » présentés par le ministre Murphy le 11 mars 2008.....	103
Encadré 2 : Les six piliers du Plan provincial de la santé (2008-2012).....	108
Encadré 3 : Caractéristiques principales des médias francophones du NB.....	123
Encadré 4 : Caractéristiques principales des médias anglophones du NB.....	135
Encadré 5 : Axes stratégiques du CSNB (2009-2010).....	148
Encadré 6 : Mesures annoncées le 8 avril 2010 par le gouvernement Graham.....	162
Encadré 7 : Recommandations du Comité permanent des soins de santé (novembre 2011) concernant le mécanisme d'élection par la population	171
Encadré 8 : Plan quinquennal pour la répartition équitable des services de santé (présenté par le ministre Flemming en novembre 2012).....	174
Encadré 9 : Principes du plan « Rebâtir les soins de santé ensemble : le Plan provincial de la santé 2013-2018 »	177
Encadré 10 : Priorités initiales cernées dans le cadre du processus de « renouvellement » du gouvernement (annoncées le 26 avril 2012)	178
Encadré 11 : Plan des services cliniques Phase 1 : Développement des services de santé primaires.....	188
Encadré 12 : Intentions et priorités stratégiques de la RRS B en 2015.....	193
Encadré 13 : Éléments clés nécessaires à la planification des soins et des services de santé et recommandations pour assurer la viabilité du système de santé.....	199

Liste des sigles et abréviations

CA	Conseil d'administration
CAR	Conseil d'administration régional
CDO	Chef d'opération
CEO	Chief executive officer
CHAU	Centre hospitalier universitaire affilié
CHR	Corporation hospitalière de région
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMC	Comité médical consultatif
CPC	Comité professionnel consultatif
CSNB	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
DG	Directeur général
Dr	Docteur
ESF	Égalité santé en français
HDGLD	Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont
HEM	Hôpital extra-mural
HRSJ	Hôpital régional de Saint John
FNB	FacilicorpNB
FPE	Financement des programmes établis
Loi	Loi sur les régies régionales de la santé
NB	Nouveau-Brunswick
ONG	Organisation non gouvernementale
PCE	Programme Chances égales pour tous
PDG	Président-directeur général
PEM	Programme extra-mural
RCGT	Raymond Chabot Grant Thornton
RRS	Régie régionale de santé
RSH	Réseau de santé Horizon
RSV	Réseau de santé Vitalité
VP	Vice-président
SAC	Système d'action concret
SANB	Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick
SRC	Société Radio-Canada
SRSS	Secrétariat du renouveau du système de santé
TVH	Taxe de vente harmonisée

*À Mél,
ma source intarissable d'inspiration*

*Aux rêves,
qui nous font avancer.*

Remerciements

Une thèse de doctorat évolue lentement, elle se construit une brique à la fois. À chacune des étapes de ce processus, des personnes se trouvent sur notre chemin afin de nous guider, de nous écouter, et enfin, de nous rappeler que la terre continue à tourner. C'est pourquoi il apparaît essentiel dans les prochaines lignes de souligner leur apport à la réussite de ce projet.

Lise Lamothe, ma directrice de thèse, grâce à tes nombreuses questions et à ta confiance, tu m'as permis d'approfondir mes réflexions d'une manière très inspirante. Je te remercie d'avoir été une pilote d'avion hors pair.

En matière d'appui financier, ma gratitude se tourne vers le département d'administration publique de l'Université de Moncton, par l'entremise du Consortium national de formation en santé et de l'Institut Donald J. Savoie, ainsi que la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal. Les bourses que vous m'avez octroyées m'ont tenue éloignée de préoccupations financières qui auraient pu mettre en péril l'avancement de ma thèse.

À cette étape, je ne pourrais passer sous silence l'ouverture de tous les participants à l'égard de cette étude. Les entretiens effectués auprès de chacun d'entre vous à la grandeur de la province du Nouveau-Brunswick (NB) m'ont permis d'envisager la suite avec aplomb. Aussi, je tiens à remercier chaleureusement tous les individus avec qui j'ai communiqué au fil de l'étude afin de valider des faits et ceux qui ont révisé avec beaucoup de sérieux et d'intérêt les résultats produits. Ma reconnaissance se tourne également vers Marc-André Haché et Marc André Collin qui ont effectué la transcription des entretiens avec professionnalisme. Enfin, je remercie Mai Savoie qui a relu le texte final avec tant de finesse.

Les amis ainsi que les collègues d'étude et de travail jouent un rôle bien particulier dans le cheminement des doctorants, entre autres, en les ramenant aux réalités de la vie. Dans mon cas, ces personnes ont toujours su prêter une oreille attentive à mes doléances ainsi qu'à mes joies immenses d'avoir franchi une étape supplémentaire. Je vous remercie pour les moments de

douce folie, qui prenaient souvent racine dans nos discussions « philosophiques » sur la société et l'être humain. À Montréal, je pense entre autres à Vava, Caro, Pascale, Catherine, Nadia, Anne Marie, Rima et Anthony. À Toronto, Jérôme, Rhonda et Marie-Chantale, je ne vous oublie pas. Au NB, me viennent à l'esprit des personnes comme Marie-Lyne, Martine, Mélanie P., Monelle, Guylaine, Josianne, Christine, Jenny, Mai, Sylvain et Pier.

Lors d'un cours à la maîtrise, un professeur nous a parlé de l'enfance et de tout ce qu'elle représentait. Dans cette lignée, je me suis rappelé l'école Le Maillon, située en plein milieu de notre village de Saint-Léolin. Dans cette école, on nous a appris à respecter nos compagnons, à être curieux, à nous amuser et à croire en nous-mêmes. Chers enseignants et autres membres du personnel, je vous dis merci d'avoir influencé ce moment important de ma vie.

Toujours sur une note plus personnelle, Pierre-Luc et Marc André, mes deux « frérots », mes empêcheurs de tourner en rond, je vous salue. Continuons à refaire le monde à chacune de nos conversations. Mes chers parents, Colette et Léon, vous êtes remplis d'humour et d'imagination et vous embellissez le quotidien de ceux qui vous entourent. Grâce à vous, j'ai compris que l'essentiel était de croire en ses rêves, petits ou grands, mais plus encore, d'être heureux.

À Mél, ma muse, je te dédie cette thèse. Tu es comme un livre qu'on ne veut jamais finir.

En somme, soutenir une thèse de doctorat ne devrait pas représenter une fin en soi. À mes yeux, cette étape gagne à être imaginée comme le début d'une nouvelle aventure.

Introduction

Depuis les années 1980, des réformes ont été implantées dans les systèmes publics de santé de plusieurs pays développés. Différents facteurs sont au cœur des passions entourant la santé et poussent ces pays à renouveler leurs arrangements organisationnels, notamment le vieillissement de la population, les nouvelles technologies médicales et les attentes élevées des citoyens (Beard & Bloom, 2015; Blank & Burau, 2013; A.-P. Contandriopoulos, 2002; Lamothe, 2002). Au Canada, le contexte économique actuel et les efforts des provinces et territoires pour limiter les déficits budgétaires semblent être des raisons justifiant les récentes réformes des systèmes publics de santé.

En plus d'un meilleur contrôle des dépenses, les projets de réforme des systèmes de santé font face à un autre impératif, soit un renouvellement de l'offre de soins (Denis, 2004). Relativement à l'organisation des services de santé, les transformations ont habituellement comme visée l'amélioration de leur accès et continuité (Longpré & Dubois, 2015; Touati, Denis, Contandriopoulos, & Béland, 2005). En guise d'exemple, le changement d'ordre structurel annoncé en Saskatchewan au début de l'année 2017, c'est-à-dire la fusion des douze autorités régionales de santé en une seule, en plus d'améliorer les soins offerts aux patients, visait à faire des économies de l'ordre d'un total de 10 à 20 millions de dollars d'ici 2018-2019¹. En 2008, le gouvernement de la province du NB ne faisait pas figure d'exception lorsqu'il a annoncé une réorganisation des services de santé visant à mieux répondre aux besoins des patients, et de manière globale, à contrôler les coûts par l'entremise entre autres d'une réduction de la part du budget en santé affectée aux fonctions administratives ou non cliniques².

¹ Cette information provient du Gouvernement de la Saskatchewan (2017). Elle est disponible sur le site Web de la province en cliquant sur le lien suivant : <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/january/10/transition-to-single-provincial-health-authority-underway>.

² Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 8 avril 2017.

Or, les opérations de restructuration décrétées par les gouvernements, même si elles engendrent des bouleversements importants auprès des acteurs interdépendants du système de santé, ne réussissent pas toujours à induire les résultats escomptés (D. Contandriopoulos & Brousselle, 2010; Denis, 2004; Ferlie & FitzGerald, 2002; Touati et al., 2005). Des insatisfactions à l'égard de la concrétisation des changements prévus accompagnent généralement les efforts consentis afin de réformer les systèmes de santé (Blank & Burau, 2013; A.-P. Contandriopoulos, 2002; Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2003; Saltman & Figueras, 1997). Bien souvent, les changements entrepris par l'État ne permettent pas de transformer en profondeur les pratiques et façons de faire des acteurs concernés ainsi que les relations entre les organisations (A.-P. Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001; Ferlie & FitzGerald, 2002). Ces constats semblent ranimer l'intérêt de l'étude des instruments de gouverne, c'est-à-dire qu'ils suscitent des interrogations nouvelles sur les manières avec lesquelles les gouvernements peuvent initier et mener des réformes en santé.

Pertinence du sujet de recherche

Le pilotage d'un changement d'envergure comme une réforme pose des difficultés pour l'État, en ce qui concerne notamment la collaboration entre acteurs interdépendants (Denis, 2004; Foudriat, 2011). Des analyses empiriques doivent servir à approfondir la compréhension du changement dans les systèmes publics de santé. Alors que certains modèles explicatifs reconnaissent l'existence de tendances durables au niveau des instruments de gouverne sélectionnés par l'État, peu d'études s'intéressent aux facteurs susceptibles de provoquer le changement ou de le conduire (Howlett, 2005, 2010; Howlett & Rayner, 2007; Landry & Varone, 2005; Paquette, 2012; Pierson, 1993). De plus, les modèles théoriques permettant de comprendre le changement en regard des instruments de gouverne mobilisés sont également plutôt rares (Landry & Varone, 2005). Autrement dit, la compréhension des instruments de gouverne mobilisés par l'État pour opérationnaliser l'action collective demeure incomplète (Lascoumes & Le Galès, 2004).

Puisque les difficultés à infléchir et à organiser l'action collective sont toujours réelles, elles ouvrent la voie à de nouvelles pistes de réflexion quant à l'étude d'un phénomène social sous l'angle des acteurs d'un système, et de leurs comportements stratégiques, ainsi que des processus qui structurent leurs interactions. En d'autres mots, une meilleure connaissance des rapports entre acteurs sur la base des comportements stratégiques semble essentielle afin de mieux cerner les processus complexes de changement, comme l'élaboration et la mise en œuvre de réformes d'un système public de santé. À cet égard, l'approche organisationnelle de l'action collective proposée par Crozier et Friedberg (1987) permet d'analyser des processus par lesquels les interactions entre des acteurs liés entre eux par de l'interdépendance stratégique se stabilisent, se structurent et déterminent peu à peu les résultats de l'action. Il apparaît qu'une conceptualisation de l'action collective qui permet d'interpréter les relations de pouvoir entre acteurs dans un contexte donné constitue un angle approprié pour mieux comprendre et analyser la mise en œuvre et le pilotage d'un changement (Brousselle & Champagne, 2005; Foudriat, 2011).

Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise ainsi à comprendre et analyser les capacités de gouverne de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé. Cinq objectifs secondaires de recherche en découlent et sont expliqués ci-dessous. Afin de procéder à l'analyse de ce phénomène, nous nous penchons sur la réforme en cours au sein du système de santé public du NB.

Nos objectifs secondaires de recherche sont les suivants :

- 1) Comprendre le pilotage du changement exercé par l'État, depuis le début de la mise en œuvre de la réforme, en mars 2008, jusqu'à la fin 2015.
- 2) Comprendre les dynamiques et les facteurs qui ont influencé ou qui expliquent le changement associé à la mise en œuvre de la réforme du système de santé du NB, depuis le début de son implantation, en mars 2008, jusqu'à la fin 2015.

- 3) Analyser les dynamiques entre l'État et les autres acteurs ayant participé au pilotage et à la mise en œuvre de la réforme en santé du NB entre mars 2008 et décembre 2015.
- 4) Contribuer au domaine des connaissances sur le pilotage de réformes de systèmes publics complexes.
- 5) Formuler des recommandations concrètes aux décideurs publics pour la conduite de réformes de systèmes publics complexes.

Présentation de la thèse

Notre thèse est présentée en quatre (4) temps. Dans un premier temps, nous avons posé la problématique ainsi que les objectifs appuyant la réalisation de notre étude. La partie suivante (Partie II) inclut tout d'abord le chapitre 1 qui est consacré à l'état des connaissances et qui aborde les notions suivantes : la gouvernance en contextes pluralistes, les instruments de gouverne et le changement en contextes pluralistes. Cette deuxième partie comprend également le chapitre 2 qui englobe les éléments d'ancrage théorique ayant guidé notre démarche. Enfin, le chapitre 3 correspond aux aspects opérationnels de la thèse. Le contexte de l'étude et les grandes lignes de la méthodologie y sont présentés.

Dans la troisième partie de notre thèse, nous présentons les résultats issus de l'application de notre démarche d'analyse de la réforme du système de santé public du NB lancée en 2008. Ainsi, le Chapitre 4 porte sur l'évolution du système de santé public du NB (de l'après-Seconde Guerre mondiale jusqu'en 2006). Dans le chapitre 5, il est question des processus d'élaboration et de mise en œuvre du projet de changement. Ce chapitre est divisé en trois moments charnières de la réforme, c'est-à-dire la phase d'élaboration de la réforme (2006-2008), la phase du grand lancement de la réforme et de ses suites (2008-2010) et la phase actuelle (2010-2015). Aussi, un bilan de l'atteinte des objectifs de la réforme est dressé.

La dernière partie de notre thèse est consacrée à la discussion et à la conclusion. Dans le chapitre 6, nous nous penchons sur les notions de réforme et d'instruments de gouverne. Aussi, nous présentons une nouvelle version de notre cadre théorique qui inclut certaines

modifications. Enfin, dans le chapitre 7, nous proposons tout d'abord des recommandations concrètes aux décideurs publics quant à la conduite de projets de réforme. Ensuite, nous montrons que les résultats de notre étude peuvent servir à approfondir la compréhension des connaissances théoriques concernant le pilotage de changements au sein des systèmes publics complexes. Dans cette partie, nous discutons finalement des principales contributions à la pratique de notre recherche et nous proposons des pistes de réflexion pour de futures recherches.

Partie II : Cadre de la recherche

Cette deuxième partie de la thèse présente le cadre de notre recherche. Elle repose sur trois chapitres en particulier. Tout d'abord, le chapitre 1 a trait à l'état des connaissances. Le lecteur peut entre autres constater que ce chapitre est divisé en deux principales sections concernant la gouverne en contextes pluralistes et le changement en contextes pluralistes. Ensuite, le chapitre 2 présente le cadre théorique qui s'appuie sur des éléments provenant de l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) et l'approche de l'instrumentation de l'action publique de Lascoumes et Le Galès (2004). Enfin, le chapitre 3 porte sur les méthodes et les procédures analytiques mobilisées dans le cadre de notre étude. En plus de comprendre des informations sur l'approche générale et la stratégie de recherche, il en inclut d'autres sur le contexte de l'étude, la collecte et l'analyse de données, les critères de qualité et limites de l'étude, et enfin, les considérations éthiques.

Chapitre 1 - État des connaissances

L'état des connaissances est composé de deux sections : la gouverne en contextes pluralistes et le changement en contextes pluralistes. Dans la première section, nous discutons des particularités des contextes pluralistes, nous montrons par exemple que les interactions entre acteurs peuvent être réfléchies en termes d'organisation « réseau ». Nous nous penchons également sur les instruments que l'État peut mobiliser afin de modifier les rapports entre les acteurs ou influencer l'action collective. Dans cet ordre d'idées, la deuxième section traite du changement, de sa nature et des manières avec lesquelles il peut être défini. Nous montrons que le changement peut être perçu comme un processus d'apprentissage, dans lequel il est à la fois émergent et continu et qu'il échappe en partie aux acteurs en position de contrôle et d'autorité.

1.1 La gouverne en contextes pluralistes

Les caractéristiques des contextes pluralistes

Les contextes pluralistes sont généralement caractérisés par la présence d'acteurs hétérogènes, aux buts variés et multiples, qui interagissent sur une base non hiérarchique. Dans de tels contextes, les sources de pouvoir et de décision sont diffuses et le leadership est partagé (D. Contandriopoulos & Denis, 2012; Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; FitzGerald, Ferlie, McGivern, & Buchanan, 2013; Gilbert, Brault, Breton, & Denis, 2007; Habib & Vandangeon-Derumez, 2015; Rhodes, 1996; Salamon, 2002; Stoker, 1998). De nombreux processus de négociation et d'interprétation entre acteurs et organisations font en sorte que les capacités de leadership ainsi que la trajectoire d'un changement d'envergure comme une réforme d'un système de santé sont imprévues (D. Contandriopoulos & Denis, 2012). Puisque les acteurs des contextes pluralistes défendent souvent leurs propres valeurs et intérêts, les difficultés de communication et de coordination peuvent avoir des conséquences tant sur l'élaboration d'une stratégie que sur la direction de celle adoptée (Cuccurullo & Lega, 2013; Denis et al., 2007).

Les organisations de santé, tels les hôpitaux, sont considérées comme des organisations pluralistes. Au sein de ce type d'organisations, le pluralisme est représenté par des acteurs aux logiques d'action distinctes, comme les gestionnaires, les professionnels ou les administrateurs (A.-P. Contandriopoulos, 2005; Glouberman & Mintzberg, 2002). Pour Mintzberg (1982), la partie clé, ou le noyau de ces organisations, est leur centre opérationnel dans lequel les professionnels offrent des services directement aux clients ou aux patients. Les compétences des professionnels leur confèrent une autonomie qui fait en sorte qu'ils n'adhèrent pas aux formes traditionnelles de contrôle (Huq, Reay, & Chreim, 2016; Mintzberg, 1982). La coordination et le contrôle s'exercent davantage par des mécanismes d'ajustements mutuels et de standardisation des qualifications ainsi que par le maintien d'une culture professionnelle plutôt que par la supervision directe (Brock, 2006; Mintzberg, 1982). La régulation est davantage réalisée collectivement qu'imposée d'en haut ou par l'externe (Reynaud, 1988).

Les contextes pluralistes ne permettent à aucune autorité souveraine d'imposer sa vision unilatéralement (D. Contandriopoulos & Denis, 2012; Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997; Rhodes, 1996; Salamon, 2002). Les objectifs parfois divergents des acteurs et l'ambiguïté des relations d'autorité, font en sorte qu'il s'avère difficile d'imposer des décisions « top-down », ce qui rend les organisations pluralistes particulièrement difficiles à gérer et peut diluer les initiatives de changement (Denis, Langley, & Rouleau, 2006; Habib & Vandangeon-Derumez, 2015; Mintzberg, 1997). Dans de tels contextes, l'action collective y est « incertaine, versatile, cyclique et amnésique » (p.34) (Hatchuel, 2000). Les possibilités d'actions ou de conduite d'un changement à partir d'une position d'autorité prennent forme dans les interactions avec d'autres acteurs clés. La notion de contexte pluraliste permet donc de concevoir les rapports entre les divers acteurs interdépendants en termes de réseaux (D. Contandriopoulos & Denis, 2012; Gilbert et al., 2007; Kickert et al., 1997; Kickert & Koppenjan, 1997; Salamon, 2002).

Les particularités de l'organisation « réseau »

La compréhension de l'organisation « réseau » dépasse l'analyse limitée des caractéristiques des acteurs d'un groupe, car elle doit également inclure leurs interactions (Balkundi & Kilduff, 2006; Klijn, 1997; Klijn, Edelenbos, & Steijn, 2010; Provan & Lemaire, 2012). En d'autres

mots, l'analyse de l'organisation réseau nécessite que les relations d'interdépendance entre une diversité d'acteurs et organisations soient comprises (Benson, 1982; Kickert et al., 1997; Klijn, 1997). Cette analyse doit comprendre l'idée que les relations complexes entre acteurs ne sont pas statiques et que ces derniers les découvrent dans le cadre de leurs interactions (Crozier & Friedberg, 1987). Les perceptions et stratégies parfois divergentes ou conflictuelles des acteurs interdépendants complexifient la trajectoire de leurs interactions dans le réseau (Keast, Mandell, Brown, & Woolcock, 2004; Klijn & Koppenjan, 2016).

Plusieurs auteurs rappellent que les interrelations entre les acteurs d'un réseau s'inscrivent dans des contextes institutionnalisés (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Kickert & Koppenjan, 1997; Klijn, 1997; Sørensen & Torfing, 2016). Dans de tels contextes, la compréhension des règles informelles, des perceptions et des imaginaires sociaux est autant importante que celle des canaux formels de participation (Lecy, Mergel, & Schmitz, 2014; Sørensen & Torfing, 2016). De plus, au sein des réseaux, les interactions entre les acteurs font émerger des « patterns » relativement stables constituant des formes spécifiques de régulation ou des modes de coordination (Mayntz, 1993; Sørensen & Torfing, 2016). La conformité à l'égard des décisions prises provient de la régulation collective qui repose notamment sur une solide confiance mutuelle.

Dans ce type d'organisation complexe, les acteurs sont à la fois interdépendants, relativement à l'échange des ressources et à leurs capacités d'actions, et à la fois autonomes, puisque les structures dans lesquelles ils opèrent rendent le contrôle hiérarchique impossible (Agranoff & McGuire, 2001; De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Keast et al., 2004; Klijn & Koppenjan, 2016; Marin & Mayntz, 1991; Provan, Fish, & Sydow, 2007; Sørensen & Torfing, 2016). Le cours de l'action collective ne peut donc être pleinement contrôlé par l'État, mais il est plutôt influencé par les négociations entre une diversité d'acteurs (Kickert et al., 1997; Koppenjan & Klijn, 2004; Rhodes, 1996; Sørensen & Torfing, 2016). Cette vision de la gouverne en réseau dans laquelle les organisations peuvent s'auto-organiser et l'État est « un acteur parmi plusieurs autres » (traduction libre, Kickert, 1993, p.275), nous pousse à repenser les rapports entre les acteurs et la forme de l'action collective :

« The notion of a network of several nearly autonomous actors with different and often conflicting interests, in which no single actor has enough power to dominate the others and in which decision-making is a bargaining process and decisions are compromises, is fundamentally different from the mono-rational model of governance by a single controller which adjusts the subsystem in order to reach a collective objective [...] Government is only one of many actors that influence the course of events in a societal system. Government does not have enough power to exert its will on the other actors. Other social institutions are, to a great extent, autonomous. They are not controlled by any single superordinated actor, not even the government. They largely control themselves. [...] » (Kickert, 1993, p. 275).

Au sein de ce type d'organisation complexe, les problèmes des acteurs hétérogènes ne peuvent généralement être résolus de manière individuelle (Agranoff & McGuire, 2004; Koppenjan & Klijn, 2004). La notion de « jeux », plus particulièrement la compétition entre acteurs visant l'acquisition de ressources, est également une composante singulière de la gouverne en réseau. Les acteurs de ce type de gouverne interagissent par l'entremise de négociations et celles-ci impliquent du marchandage, de la délibération et des luttes de pouvoir (Klijn, Koppenjan, & Termeer, 1995; Rhodes & Marsh, 1992; Sørensen & Torfing, 2005). La dépendance entre les acteurs d'un réseau provient du fait que chacun possède des ressources (par exemple, de l'information, de l'expertise, ou du financement) indispensables à l'autre et à l'action collective (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Klijn, 1997; Klijn & Koppenjan, 2016; Koppenjan & Klijn, 2004; Provan & Kenis, 2008; Rhodes, 1996; Sheaff & Schofield, 2016). Alors que les acteurs interagissent dans l'optique de se procurer des ressources, un des défis de l'organisation réseau consiste à créer et à organiser des savoirs et savoir-faire afin de rendre celles-ci plus productives (Béjean & Gadreau, 1997). Les réseaux sont donc le résultat d'une dynamique organisationnelle capable de créer des ressources spécifiques visant à répondre à une diversité de besoins (Béjean & Gadreau, 1997; Sheaff & Schofield, 2016).

La volonté de réduire l'incertitude lors de la prise de décision est considérée comme un des fondements majeurs de l'émergence de réseaux (Béjean & Gadreau, 1997; Koppenjan & Klijn, 2004). Par exemple, la coordination des patients souffrant de multiples maladies chroniques force le système de santé à faire tomber les frontières professionnelles et organisationnelles (Sheaff & Schofield, 2016). L'effondrement de ces barrières conduit les acteurs à se centrer sur leurs interdépendances et à développer des relations plus serrées, même si, paradoxalement, le

système dans son ensemble devient plus lâche (Lamothe & Denis, 2006; Orton & Weick, 1990; Schilling & Steensma, 2001). La fragmentation des opérations, qui découle notamment de la spécialisation et de la professionnalisation, est à l'origine de la résolution de problèmes complexes dans des contextes horizontaux de dépendance mutuelle qui favorisent l'apprentissage (Child & McGrath, 2001; Koppenjan & Klijn, 2004)

Au sein de l'organisation réseau, les processus de coopération entre les acteurs contribuent à la diffusion des connaissances et des apprentissages (Béjean & Gadreau, 1997; Koppenjan & Klijn, 2004). À son tour, le partage des connaissances et des ressources entre organisations fait intervenir la création et favorise l'apparition de solutions innovantes (Agronoff & McGuire, 2004; Edelenbos & Klijn, 2007). Tout compte fait, les processus d'interaction et les relations de coopération permettent de mettre en commun des savoirs qui réduisent l'incertitude dans les prises de décisions :

« Interaction processes are considered to be searches wherein [...] levels of government and networks jointly learn about the nature of the problem, look at the possibility of doing something about it, and identify the characteristics of the strategic and institutional context within which the problem solving develops. Hence, cooperation presupposes learning between actors, crossing the boundaries of organizations, networks and coalitions. This is referred to in the literature as "cross-frame reflection" and learning between "advocacy coalitions" and can be viewed as the sustainable development of shared insights and methods of working [...] » (Koppenjan & Klijn, 2004, p. 10).

En somme, un des enjeux de l'organisation réseau est de rendre ses structures plus flexibles que les bureaucraties traditionnelles, et ceci, dans l'optique de mieux répondre collectivement aux besoins des clients (ou des patients) et de s'adapter rapidement aux changements (Béjean & Gadreau, 1997; Child & McGrath, 2001; Lamothe & Denis, 2006; O'Toole Jr, 1997; Provan & Lemaire, 2012; Sørensen & Torfing, 2005). L'adaptation aux changements est possible en raison de l'espace laissé à l'émergence des « patterns » d'interaction (Lamothe & Denis, 2006). De plus, un besoin d'intégration doit surgir de cette forme organisationnelle afin d'assurer le maintien de l'intégrité et de la cohérence organisationnelle (Lamothe & Denis, 2006). Dans un système intégré, la fonction de production ne se limite pas aux frontières d'une unique organisation, mais elle est plutôt animée par la rencontre de multiples partenaires (Schilling &

Steensma, 2001). Alors que l'organisation réseau permettrait de faire face à de nombreux défis de gestion auxquels les décideurs publics sont confrontés (O'Toole Jr, 1997; Provan & Lemaire, 2012; Provan & Milward, 2001; Turrini, Cristofoli, Frosini, & Nasi, 2010), cette forme organisationnelle complexe demeure difficile à rendre tangible (Lamothe & Denis, 2006).

La notion de « gouverne » en contextes pluralistes

Comme il a été exposé, les interactions entre les acteurs, dont l'État, au sein de structures non hiérarchiques et horizontales, constituent une dimension importante de l'organisation réseau. Dans ce cas-ci, la gouverne peut être définie comme étant « la conception et la conduite d'une action collective à partir d'une position d'autorité » (Hatchuel, 2000, p.31), ceci, en rappelant que les périmètres dans lesquels s'inscrivent les relations de pouvoir entre les acteurs sont flous. Pour Hatchuel (2000), les notions « d'autorité » et de « conception » renvoient à l'idée que l'autorité est réfléchie et qu'elle est loin d'être banale. Aussi, au sein des organisations pluralistes, les frontières des pouvoirs (ou des relations d'autorité) sont fluides et la convergence des acteurs qui interagissent vers la résolution d'un problème commun est un enjeu significatif pour la gouverne (Denis et al., 2007; Stoker, 1998).

La définition de la gouverne de Hatchuel (2000) s'appuie essentiellement sur la notion d'autorité qui constitue un « opérateur de relations ». Ainsi, la gouverne articule des positions diverses et variables de légitimité qui résultent de relations de différenciations ou d'interdépendance (Hatchuel, 2000). Puisqu'aucun acteur n'est en mesure de contrôler unilatéralement les autres acteurs, la gouverne en réseau est une activité visant essentiellement à gérer, plus particulièrement à faciliter ou à modifier, des interactions complexes (Kickert et al., 1997; Klijn, 1996; Lynn Jr, Heinrich, & Hill, 2001). Donc, l'influence d'un acteur sur l'action collective dépend de sa capacité à coordonner d'autres acteurs interdépendants qui ne partagent pas toujours les mêmes buts et préférences : « It is aimed at coordinating strategies of actors with different goals and preferences with regard to a certain problem or policy measure within an existing network of interorganizational relations. » (Kickert et al., 1997, p. 10).

Hatchuel (2000) rappelle que la relation d'autorité ne peut être conçue indépendamment des connaissances des divers acteurs, puisqu'ils agissent en interdépendance, apprennent les uns des autres, découvrent leurs accords et leurs conflits et révisent leurs croyances. Dans cet ordre d'idées, l'exercice de la gouverne inclut également une fonction d'orientation, ou un travail de prospective, qui renvoie essentiellement à un « opérateur de connaissances ou d'apprentissage » devant permettre de créer des conditions favorisant la collaboration des acteurs et une vision commune du devenir collectif (A.-P. Contandriopoulos, 2008; Hatchuel, 2000). La prospective n'est pas seulement un exercice de prédiction, mais plutôt un exercice « de développement d'une pratique et d'une réflexion collective autour de nouveaux objets de gouvernement » (A.-P. Contandriopoulos, 2008, p. 196). En d'autres mots, afin d'infléchir l'action collective, il est primordial qu'un imaginaire collectif soit créé dans l'optique de faire coopérer les acteurs et d'agir sur leur compréhension des conditions de légitimité de l'organisation (A.-P. Contandriopoulos, 2002; Denis, 2004; Hatchuel, 2000; Paquette, 2012).

La gouverne suppose donc l'adoption de règles et de structures, mais aussi de représentations communes (A.-P. Contandriopoulos, 2008; Paquette, 2012; Stoker, 1998; Touati et al., 2007). L'ampleur de l'influence d'un acteur sur la réalisation de l'action collective, y compris l'État, repose sur le développement de capacités, c'est-à-dire la légitimité et le pouvoir, permettant de rassembler et coordonner des acteurs interdépendants autour d'un objectif partagé (Kickert et al., 1997; Kickert & Koppenjan, 1997; Lascoumes & Le Galès, 2004; Rhodes, 1996). D'ailleurs, un des éléments clés du succès de l'organisation réseau repose sur la légitimité de l'État (Hatchuel, 2000; Kickert & Koppenjan, 1997). En contexte pluraliste, puisque la capacité d'un acteur à penser, induire et piloter l'action collective ne dépend pas uniquement de son pouvoir de commandement, différentes stratégies permettent de l'outiller et d'être plus légitime dans l'exercice de la gouverne (Denis, 2004; Paquette, 2012; Salamon, 2002; Stoker, 1998).

1.2 Les instruments de gouverne : définitions et perspectives

Il existe plusieurs typologies d'instruments qui ont été élaborées en fonction de critères les distinguant, et autant de définitions d'instruments que d'auteurs qui se sont penchés sur ceux-ci (Perret, 2010). Dans le cadre de notre étude, nous retenons cette vision de l'instrument de gouverne : un dispositif de régulation, à la fois technique et social, porteur d'une conception concrète du rapport gouvernant/gouverné (Lascoumes & Simard, 2011)³. En particulier, l'instrumentation de la gouverne implique un choix et un usage d'outils c'est-à-dire des techniques, moyens d'opérer, dispositifs ou mécanismes qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action collective (Desrosières, 2000; Howlett & Rayner, 2007)⁴. Dans ce cas-ci, les instruments dont l'État dispose servent à influencer (ou à modifier) les comportements des acteurs et leurs rapports dans l'optique d'atteindre des buts ou des objectifs particuliers (Bressers & Klok, 1988; De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Elmore, 1987; Howlett, 1991; Lascoumes & Le Galès, 2004; Linder & Peters, 1989; Salamon, 2002; Salamon & Lund, 1989; Varone, 2001; Vedung, 1998).

Les particularités de la gouverne pluraliste, comme les objectifs parfois contradictoires des acteurs interdépendants, influencent la sélection des instruments de gouverne par l'État (Bressers & O'Toole Jr, 1998). À leur tour, les instruments de gouverne structurent les réseaux et les interactions des acteurs, par exemple, en identifiant ceux qui sont impliqués dans les programmes ainsi que leurs rôles (Salamon, 2002). Dans les contextes pluralistes, les instruments adoptés afin de piloter le changement sont variés et ne reposent pas uniquement sur les capacités de contrôle ou d'autorité (Stoker, 1998) : « Instead of command and control, it must emphasize negotiation and persuasion » (Salamon, 2002, p. 18). Autrement dit, l'État doit mobiliser des instruments qui dépassent le pouvoir de contrainte, car ils ne peuvent à eux seuls

³ Dans leur livre phare, Lascoumes et Le Galès (2004) se réfèrent aux « instruments d'action publique ». En deux mots, pour les auteurs, l'action publique est un espace sociopolitique construit par des instruments et des projets d'acteurs. Alors que cette vision de l'instrument nous semble très pertinente, dans le cadre de notre étude, afin de faire preuve de cohérence entre nos concepts et notions théoriques, nous utilisons les termes « instruments de gouverne » ou « instruments ».

⁴ Lascoumes et Le Galès (2004) distinguent l'instrument de la technique et de l'outil. L'instrument est une institution sociale (recensement, par exemple), la technique est un dispositif qui sert à opérationnaliser l'instrument (nomenclature statistique, par exemple), et enfin, l'outil est un micro dispositif au sein d'une technique (catégorie statistique, par exemple). Dans le cadre de notre étude, notre utilisation des termes « instruments de gouverne » ou « instruments » se fait sans distinguer ces trois niveaux d'observation.

conduire au développement d'une vision commune et à l'acquisition de la légitimité nécessaire pour assurer la convergence entre les acteurs (Salamon, 2002). Au sein de cette nouvelle perspective de la gouverne (« new governance »), la mobilisation d'instruments doit prendre en compte un réseau complexe d'acteurs hétérogènes, avec lesquels l'État partage son autorité (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Lascoumes & Simard, 2011; Perret, 2010; Salamon, 2002). Les instruments de gouverne peuvent ainsi être envisagés selon diverses perspectives, notamment comme des institutions (au sens sociologique du terme).

L'approche sociologique des instruments

Selon Hood (2007), en plus de la nature typologique des instruments de gouverne, approche qui s'intéresse à la diversification des instruments et des problèmes de coordination qui en découlent, il existe deux autres manières de les présenter (Lascoumes & Simard, 2011). La première tradition est fonctionnaliste et le choix des instruments est technique et peu problématique, c'est-à-dire qu'il est secondaire à d'autres variables comme les intérêts des acteurs, les projets politiques ou les croyances (Lascoumes, 2004). Autrement dit, dans cette perspective, les instruments sont neutres et le débat s'arrête aux objectifs retenus et aux moyens de les atteindre. Les instruments s'inscrivent surtout dans des logiques de rationalité technique et d'efficacité économique. Le choix des techniques d'intervention de l'État, ainsi que ses modes d'opérer, sont en général traités comme une notion d'évidence, puisque gouverner signifie principalement taxer, réglementer et contracter (Lascoumes, 2004). L'action publique est conçue pragmatiquement, comme une démarche politico-technique de résolution de problèmes par l'entremise d'instruments (Lascoumes & Le Galès, 2004). Cette manière d'envisager les instruments en termes d'efficacité est la perspective la plus présente dans la littérature scientifique (Kassim & Le Galès, 2010).

Une autre tradition, qui provient plutôt des écrits en français, envisage les instruments comme des « institutions sociologiques » (Hood, 2007; Lascoumes & Simard, 2011). Dans ce courant, l'action publique est un espace sociopolitique construit par les instruments et les techniques de régulation, et aussi, par les stratégies et les croyances des acteurs (Lascoumes & Simard, 2011). Tandis que l'approche fonctionnaliste des instruments se résume à l'adéquation entre les

objectifs et les moyens de les atteindre (composante technique), l'approche sociologique s'intéresse également aux dimensions informelles, symboliques et cognitives (composante sociale). Cette approche prend en compte les effets propres des instruments, en tant que type particulier d'institution, qui s'éloignent parfois des attentes initiales (Hood, 2007; Lascoumes, 2004; Lascoumes & Le Galès, 2004). Les conventions, sur lesquelles reposent les instruments, sont continuellement élaborées et renégociées (Lascoumes & Simard, 2011).

Donc, les instruments de gouverne sont « porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et des conceptions précises du mode de régulation envisagé » (Lascoumes & Le Galès, 2004, p. 13). À titre d'institution, les instruments permettent de stabiliser l'action collective et de rendre plus prévisible le comportement des acteurs par leurs effets de contrôle de nature cognitive et comportementale (Lascoumes & Le Galès, 2004). De plus, ils permettent de saisir la transformation du rapport « gouvernant/gouverné », en ce sens qu'ils sont une forme condensée du savoir sur l'exercice du pouvoir social (Lascoumes, 2004). Dans cette perspective des instruments envisagés comme des institutions, leur appropriation par les acteurs est déterminante (Lascoumes & Simard, 2011). Cette approche, qui peut être considérée comme une alternative à celle fonctionnaliste, met l'accent sur les dimensions de pouvoir qui influencent la conception et l'adoption des instruments, qui à leur tour, organisent les interactions et les comportements (Belley & Saint-Pierre, 2017; Kassim & Le Galès, 2010; Lascoumes & Le Galès, 2004). En somme, comme il en est question un peu plus loin, l'approche sociologique des instruments rompt avec l'illusion de la neutralité des instruments et elle montre comment ils valident diverses formes de légitimité. En guise d'exemple, un exercice de consultations publiques lancé par l'État est porteur de valeurs et s'inscrit dans une interprétation particulière du social, pouvant donc indiquer qu'il est « ouvert » ou prêt à communiquer avec les citoyens.

Les instruments de gouverne et les « jeux politiques »

Certains auteurs soulignent que les instruments ne peuvent être dissociés des jeux politiques, puisque leur choix ainsi que leurs effets sont liés aux interactions entre les acteurs (Bressers & O'Toole Jr, 2005; Howlett, 2005; Kassim & Le Galès, 2010; Menon & Sedelmeier, 2010;

Perret, 2010; Vedung, 1998). De plus, la modification des comportements visée par les instruments bouleverse la distribution du pouvoir. L'instrumentation modifie aussi les rapports entre l'État et les acteurs de la société, permettant entre autres de caractériser les « styles » d'exercice de contrôle social (Kassim & Le Galès, 2010). Un instrument de gouverne est alors un moyen utilisé par l'État afin d'influencer les jeux politiques dans l'optique d'atteindre certaines visées (Dente, 1995). C'est dans ce sens que Lascoumes et Le Galès (2004) affirment que l'approche fonctionnaliste des instruments dissimule les enjeux politiques. Selon ces deux auteurs, l'instrumentation ne peut être dissociée du pouvoir :

« L'instrumentation est une question politique car le choix de la voie d'action, qui peut d'ailleurs faire l'objet de conflits politiques, va structurer en partie le processus et les résultats. S'intéresser aux instruments ne doit en aucun cas justifier l'effacement du politique. Au contraire, plus l'action publique se définit par les instruments, plus les enjeux de l'instrumentation risquent de soulever des conflits entre différents acteurs, intérêts et organisations. » (Lascoumes & Le Galès, 2004, p. 28).

Puisque les instruments sont liés aux acteurs concernés, ils doivent conséquemment être réfléchis comme faisant partie d'un réseau d'interactions (Bressers & O'Toole Jr, 2005). En d'autres mots, les instruments ont des répercussions sur les relations entre acteurs et ils ne peuvent pas être envisagés indépendamment du réseau. Comme il en a été question, l'implication des instruments dans les interactions sociales et politiques a des effets indépendants de ceux que les décideurs leur attribuent ou leur supposent (Kassim & Le Galès, 2010). Les acteurs les plus puissants peuvent soutenir l'adoption de certains instruments plutôt que d'autres (Lascoumes & Le Galès, 2004). Il importe donc de prendre en compte la coordination entre divers acteurs d'une structure horizontale ainsi que leur interdépendance :

« Instruments are more than the final element in a policy process. A more realistic view of policy processes is to consider actors, goals and means as interacting with each other. Instruments, for their part, facilitate the formulation of goals. The accessibility of instruments can itself provide reason enough for actors to become involved with a problem and to become active in a network. [...] A far more realistic image is that of the horizontal structure. In this structure, the relations between actors are substantially different from those found in a vertical structure. In a horizontal structure, all of the actors are considered to have justified interests and goals and all of them utilize governance interventions. » (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997, pp. 121-122).

Instruments de gouverne : différents types

Il existe diverses typologies des instruments de gouverne qui servent naturellement à différencier leur forme et mettent en lumière les défis de leur coordination. Dans le cadre de cette étude, nous retenons celle de Lascoumes et Le Galès (2004) qui, elle-même, s'appuie en partie sur celle de Christopher Hood (1986). Cette typologie nous semble des plus pertinentes, puisqu'elle prend en compte les types de rapport politique organisés par les instruments et les types de légitimité qu'ils supposent (Lascoumes & Le Galès, 2004).

Comme il est présenté dans le Tableau I, certains instruments de gouverne sont axés sur l'efficacité et la résolution de problèmes (Lascoumes & Le Galès, 2004). Ceux-ci incluent généralement les instruments législatifs et règlementaires ainsi que les instruments économiques et fiscaux (Lascoumes & Le Galès, 2004). D'autres dispositifs dépassent la recherche d'efficience et d'efficacité et prennent en compte la coordination d'acteurs hétérogènes, questionnant la conception de l'État (Lascoumes & Simard, 2011). La transformation des rôles de l'État pousse à l'adoption d'outils de régulation plus sophistiqués, dont la mise en œuvre nécessite souvent une mobilisation et un engagement continu des acteurs (Lascoumes & Simard, 2011). Ces autres types d'instruments sont souvent qualifiés de « nouveaux » instruments de l'action publique, et pour Lascoumes et Le Galès (2004), ils sont les instruments conventionnels et incitatifs, les instruments informatifs et communicationnels, ainsi que les normes et standards.

Tableau I : Les types d'instruments de gouverne selon Lascoumes et Le Galès (2004)⁵

Type d'instrument	Type de rapport politique	Type de légitimité
Législatif et réglementaire	État gardien du bien commun	Imposition d'un intérêt général par des représentants mandatés
Économique et fiscal	État producteur de richesse et redistributeur	Recherche d'une utilité collective
Conventionnel et incitatif	État mobilisateur	Recherche d'engagements directs
Informatif et Communicationnel	Démocratie du public	Explicitation des décisions et responsabilisation des acteurs
Normes et Standarts	Ajustements compétitifs au sein de la société civile	Mixtes Scientifique et technique Règle démocratiquement négociée Mécanismes de marché

Dans une première perspective, les instruments règlementaires et législatifs sont des « formes légales routinisées qui constituent l'archétype de l'interventionnisme de l'État » (Lascoumes & Le Galès, 2005, p. 361). La principale caractéristique de ces types d'instruments est de contraindre ou de déterminer l'action par l'entremise de la législation (Howlett, 1991; Perret, 2010). Toutefois, Lascoumes et Le Galès (2004) suggèrent que ces instruments de régulation ont d'autres fonctions, dont une axiologique, celle de partager des valeurs et intérêts de l'autorité publique. En ce qui concerne maintenant les instruments économiques et fiscaux, ceux-ci sont relatifs à l'efficacité sociale et économique. Ils sont liés aux techniques et outils financiers, comme les taxes, et visent entre autres à influencer les comportements ou l'action (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Kaufmann-Hayoz et al., 2001; Lascoumes, 2004; Salamon & Lund, 1989). Ces deux types d'instruments, c'est-à-dire règlementaires et législatifs ainsi qu'économiques et fiscaux, partagent certaines similarités, puisqu'ils empruntent le même parcours d'élaboration légale d'où ils tirent leur légitimité (Lascoumes & Le Galès, 2004). De plus, les instruments économiques et les réglementations sont parfois employés de manière complémentaire (Barde, 1994; De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997).

⁵ Ce tableau a été emprunté à l'article de Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, (13-14).

Dans une seconde perspective, d'autres instruments sont qualifiés de « nouveaux instruments » et prennent en compte les critiques adressées à ceux plus axés sur le « command and control » (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Lascoumes & Simard, 2011; Peters & Pierre, 1998; Salamon, 2002). Ces instruments alternatifs divergent essentiellement de ceux traditionnels dans la nature de leur lien à la loi et à la contrainte (Ravinet, 2011). Les études qui se développent dans le cadre de cette perspective distinguent la gouverne en termes d'enjeu d'action collective et de constitution ou construction de la société (Callon, Barthe, & Lascoumes, 2014; Gilbert, 2010; Hatchuel, 2000; Mayntz, 2002). Ce besoin pour un autre modèle dépassant celui bureaucratique a favorisé le développement d'instruments moins dirigistes qui se proposent « d'organiser des rapports politiques différents, basés sur la communication et la concertation, et renouvèlent aussi les fondements de la légitimité » (Lascoumes & Le Galès, 2004, p. 362). Les transformations récentes du secteur public ont d'ailleurs élargi les discussions sur les instruments de gouverne, qui portent dorénavant sur la communication, les réseaux, les partenariats, les contrats et la privatisation (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Margetts & Hood, 2016). Ainsi, de la littérature abondante a été développée quant à cette deuxième génération d'instruments, celle-ci étant axée sur les réseaux d'acteurs hétérogènes et le choix des instruments (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Peters & Pierre, 2015; Salamon, 2002; Torfing, Peters, Pierre, & Sorensen, 2012).

Les chercheurs qui s'intéressent à ce type d'instruments étudient notamment les instruments conventionnels et incitatifs, qui supposent que l'État est en retrait par rapport à ses fonctions traditionnelles (Le Galès, 2011). Le cadre conventionnel et les formes incitatives liés à ces instruments participatifs présupposent que l'État renonce à son pouvoir de contrainte au profit d'un rôle de coordinateur ou d'animateur (Lascoumes & Valluy, 1996). L'utilisation de ce type d'instruments fait suite aux nombreuses critiques de la bureaucratie et de ses mécanismes et de celles liées à la rigidité des règles et de la législation (Lascoumes & Le Galès, 2004). Le rôle moins interventionniste de l'État le mène à d'autres, qui sont ceux de mobilisation, intégration et cohérence (Lascoumes & Simard, 2011). Ces instruments participatifs, comme les contrats ou les ententes, sont censés être des modes de régulation adéquats des structures horizontales (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997).

Au sein de cette même famille d'instruments, ceux de la communication et de l'information s'inscrivent dans le développement de ce que l'on nomme la « démocratie du public » ou « de l'opinion » (Lascoumes & Le Galès, 2004, p. 363). Ils visent à changer les perceptions et les croyances des acteurs d'un réseau par rapport à un problème ainsi qu'à modifier leurs relations (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). De plus, leur développement concorde aux obligations de l'autorité publique, depuis les dernières décennies, d'informer les citoyens (Lascoumes & Le Galès, 2004). Selon Vedung and Van der Doelen (1998), les deux principales caractéristiques de ce type d'instruments sont qu'ils visent, d'une part, à influencer les comportements des acteurs, et d'autre part, à recueillir et à contrôler les informations qui servent à l'État pour atteindre ses objectifs. Les instruments d'information sont particuliers, puisque la modification des pratiques envisagée par l'État n'est pas propulsée par un changement de législation ou de réglementation, mais plutôt, par un encadrement ou par de la persuasion (Majone, 1997; Vedung, 1998).

Ces types instruments, qui sont souvent axés sur la consultation ou le dialogue, ont mené au développement de pratiques de communication qui font la promotion de « l'empowerment » des citoyens et de la mesure de la performance des services publics par l'État (Howlett, 2009). Pour Christopher Hood, qui fondait sa typologie sur les ressources mobilisées par l'État afin d'atteindre ses objectifs, les informations et moyens de communication découlant par exemple des commissions d'enquête, sont utilisées par l'État pour monitorer les comportements des acteurs de la société et les transformer (Hood, 1983, 1986). L'offre politique est de plus en plus liée aux demandes du public, et l'information devient ainsi un enjeu significatif qui permet d'orienter celles-ci ainsi que les « termes du choix » (Lascoumes, 2007). L'usage de Twitter par Donald Trump qui lui sert à communiquer directement avec un grand nombre de citoyens américains nous semble être un exemple concret permettant d'illustrer les modalités d'action (la « non-information », par exemple, le secret ou la désinformation, et l'information, c'est-à-dire la propagande) de ce type d'instruments comme décrit par Hood (1983, 1986).

Enfin, les « normes et standards » organisent des rapports de pouvoir différents au sein de la société civile entre acteurs non publics, ou encore, entre acteurs économiques (marché ou concurrence) et ONG (consommateurs ou environnementalistes, par exemple) (Lascoumes &

Le Galès, 2004). La mobilisation de ce type d'instruments repose donc sur une « légitimité mixte » combinant une rationalité scientifico-technique et une rationalité démocratique s'appuyant sur une élaboration négociée (Ficet, 2016, p. 58). Les normes et standards sont donc élaborés hors des circuits administratifs par des acteurs associatifs ou du marché, et ils comprennent entre autres les guides « best practices » (Ficet, 2016). De manière générale, ils permettent l'imposition d'objectifs ou de mécanismes de concurrence et ils peuvent exercer une forte coercition (Lascoumes & Le Galès, 2004).

Le choix des instruments

Selon Christopher Hood (2007), le choix et l'adéquation entre les objectifs et les moyens susceptibles de les atteindre peuvent être considérés comme étant une des perspectives fondées sur les instruments⁶. Ainsi, les travaux classiques sur les instruments de gouverne endossent leur dimension normative et ils convergent pour faire de leur choix et combinaison une question centrale de l'action collective. Ces travaux de recherche ont puisé dans diverses disciplines afin de développer des modèles visant à expliquer le choix des instruments de gouverne (par exemple, les travaux des économistes, les théories institutionnelles et les sciences politiques) (Lascoumes & Simard, 2011; Paquette, 2012).

Certains auteurs connus pour leurs études de l'instrumentation de l'action publique affirment que Linder et Peters (1989, 1998) dans une perspective de recherche de type « policy design », sont des chercheurs phares de cette tradition concernant le choix d'instruments (Hood, 2007; Howlett & Ramesh, 1993; Lascoumes & Simard, 2011)⁷. À l'instar d'autres chercheurs, comme Salamon (1981, 2002), Linder et Peters (1989, 1998) qui sont issus du domaine des

⁶ En effet, Christopher Hood (2007) estime qu'il existe trois approches fondées sur les instruments : une première de nature typologique (qui est liée à la diversification des instruments et des défis de coordination qui en découlent), une seconde qui les envisage comme des institutions sociologiques (les travaux de Lascoumes et Le Galès sont situés dans cette approche), et enfin, une troisième axée sur le choix et les critères de choix (qui s'inscrit dans la tradition fonctionnaliste du « policy analysis », du « public choice » et du « policy design »). Au sujet de ces trois approches, le lecteur peut également se référer à l'article éclairant de Lascoumes et Simard (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments ». *Revue française de science politique* **61** (1): 5-22.

⁷ Linder, S. H. and B. G. Peters (1989). "Instruments of government: Perceptions and contexts." *Journal of public policy* **9**(01): 35-58 ; (1992), "The study of Policy Instruments" *Policy currents* **2** : 1-7.

Le « policy design » place au cœur de ses questionnements les critères et processus de choix des instruments qui définissent le style d'une politique publique (Lascoumes & Simard, 2011).

sciences politiques, concentrent leur analyse sur les caractéristiques fondamentales ou les attributs des instruments. Ces attributs, qui visent à rendre compte des enjeux autant techniques qu'idéologiques des instruments, constituent un facteur significatif dans leur sélection (Howlett & Ramesh, 1993; Varone, 2001). Linder et Peters (1989) regroupent ces attributs en quatre catégories considérées par l'État lorsqu'il fait un choix : l'intensité des ressources qu'ils requièrent (« ressources intensiveness »), leur capacité à cibler avec précision les groupes que l'État désire mobiliser (« targeting »), le risque politique qu'ils impliquent (« political risk ») et le degré de contrainte, ou la connotation idéologique, qu'ils comportent (« constraint ») (Howlett, 1991; Howlett & Ramesh, 1993; Linder & Peters, 1989, 1998; Varone, 2001).

Les deux chercheurs dirigent aussi leur analyse vers les perceptions subjectives des décideurs publics dans le choix des instruments ainsi que le processus politique l'entourant (Linder & Peters, 1989). Autrement dit, l'adoption d'un instrument au détriment d'un autre découle de facteurs cognitifs et subjectifs imbriqués dans des considérations sociopolitiques et idéologiques ou des facteurs institutionnels (Hood, 2007; Lascoumes & Simard, 2011; Linder & Peters, 1989). D'ailleurs, selon Landry et Varone (2005), la majorité des travaux de recherche s'accordent pour considérer la sélection d'un instrument selon une rationalité limitée, c'est-à-dire que les décideurs cherchent davantage une cohérence minimale ou la démonstration d'un changement qu'une optimalité. Bressers et O'Toole Jr. (1998) suggèrent dans cette même veine que le choix d'un instrument serait rarement adopté en fonction de son efficacité et de son adaptabilité, mais plutôt par l'histoire et la sédimentation des pratiques :

« Policy instruments are rarely selected on the basis of their implementability and effectiveness. Different policy fields tend to show preferences for their own "favourite" types of policy instruments and use these repeatedly regardless of their actual contribution to problem solving. » (Bressers & O'Toole Jr, 1998, p. 214) cités dans (Lascoumes & Simard, 2011).

L'adoption d'un instrument est donc dépendante d'un certain nombre de variables et elle est le fruit d'un processus et de raisons s'insérant à un niveau plus large d'une politique publique déjà institutionnalisée (Lascoumes & Simard, 2011; Varone, 2001). Elle peut être influencée, notamment, par des choix précédents, l'adéquation au contexte et les acteurs impliqués dans le

processus (Howlett, 2005; Landry & Varone, 2005). Le choix d'un instrument de gouverne par l'État nécessiterait d'avancer « à tâtons » :

« It is rather a typical case of muddling through in which the choice is shaped by the characteristics of the instruments, the nature of the problem at hand, past experiences of governments in dealing with the same or similar problems, the subjective preference of the decision-makers and the likely reaction to the choice by affected social groups. » (Howlett & Ramesh, 1993, p. 13).

En somme, la mobilisation d'un instrument de gouverne particulier vise ultimement à structurer l'action collective ou, en d'autres mots, à influencer la trajectoire d'un changement. L'analyse des instruments adoptés par l'État peut enrichir celle de la production de transformations. Selon Lascoumes (2004), suivre la trace des instruments est une manière originale d'analyser les processus de changement. L'étude des instruments mobilisés par l'État permet d'envisager le changement dans toutes les « combinaisons » possibles, même lorsqu'il n'y a pas d'accords sur les buts ou les principes des réformes (Lascoumes & Le Galès, 2004). La prochaine section traite ainsi du changement en contextes pluralistes.

1.3 Le changement en contextes pluralistes

Les processus permettant de réaliser des transformations dans les systèmes de santé, ainsi que la nature des changements réalisés, ne sont pas complètement élucidés (Champagne, 2002; Denis, 2004; Denis & van Gestel, 2015). Les projets de réformes de nature bureaucratique ou politique qui visent à implanter rapidement des transformations engendrent des bouleversements sérieux sans nécessairement changer en profondeur les façons de faire et les pratiques (Ferlie & FitzGerald, 2002; Touati et al., 2005). Dans les contextes pluralistes, le changement planifié et intentionnel pose souvent des difficultés. Il importe donc de reconsidérer les processus de changement en mettant plutôt l'accent sur l'apprentissage et les interactions ainsi que sur les acteurs qui les réinterprètent et développent de nouveaux construits collectifs (Crozier & Friedberg, 1987; Demers, 1999; Denis, 2004).

Ci-dessous, nous discutons de conceptualisations particulières du changement, nous expliquons que le changement peut être envisagé comme un événement épisodique et singulier ou comme un processus continu et émergent. Ensuite, nous montrons que de nombreux chercheurs se sont intéressés à comprendre les raisons pour lesquelles les organisations changent et de quelles manières ces changements émergent. Nous discutons donc du changement en tant que processus.

La conceptualisation du changement : épisodique ou continu

Le thème du changement organisationnel a été l'objet de nombreuses recherches qui ont permis de préciser la façon de le concevoir (Burnes, 2004; Champagne & Romanow, 2002; Foudriat, 2011; Greenwood & Hinings, 1996; Lundy & Morin, 2013; Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001; Poole & Van de Ven, 2004; Weick & Quinn, 1999). Il existe ainsi plusieurs manières de l'envisager, en se fondant sur : les caractéristiques pouvant être changées (comme la structure ou la culture), les variables qui entourent le changement (processus ou contexte, par exemple), ou les styles de changement adoptés (collaboratif, coercitif, etc.) (Langley & Denis, 2008). Le changement peut également être qualifié comme étant épisodique, discontinu et intermittent ou plutôt comme étant continu, incrémental et évolutif (Weick & Quinn, 1999). Alors que la première approche considère le changement comme un événement singulier et isolé, la deuxième l'imagine comme un processus qui n'est pas totalement prévisible.

Une première façon de conceptualiser le changement est de l'imaginer linéaire et intentionnel, accompagné d'un début et d'une fin qui sont habituellement précisés. Les chercheurs qui se sont penchés sur cette définition du changement le perçoivent aussi comme un processus discontinu et révolutionnaire (Allaire & Firsirotu, 1985; Hedberg & Jönsson, 1977). Toujours selon cette perspective, les initiatives de changement sont planifiées dans un but principal, soit d'améliorer le fonctionnement de l'organisation de façon considérable (Burnes, 2004; Langley & Denis, 2008). Elles s'organisent suivant un plan formel et clair ainsi que par des activités cohérentes susceptibles de mener à la situation souhaitée (Dufour & Lamothe, 1999). Ce processus radical de mutation qui vise à transformer de manière notable l'organisation est mené par un dirigeant héroïque qui agit par exemple sur la vision, la structure et la direction

(Demers, 1999; Nadler & Tushman, 1990). Cette transformation permet à l'organisation de s'adapter à son environnement turbulent ou de retrouver son équilibre. D'ailleurs, une des approches caractérisant cette conceptualisation du changement suggère que les capacités des organisations à s'adapter aux pressions émanant de leur contexte déterminent leur survie (Greenwood & Hinings, 1996).

Une seconde manière de concevoir le changement est de l'imaginer cyclique et processuel, comme étant également évolutif ou sans fin. Autrement dit, cette perspective du changement permet de l'envisager comme continu et émergent (Burnes, 2004; Langlely & Denis, 2008; Lundy & Morin, 2013; Weick & Quinn, 1999). Les chercheurs qui s'intéressent à cette perspective de changement « continu », rejettent les modèles considérant les organisations comme étant généralement stables (Burnes, 2004; Langlely & Denis, 2008; Tsoukas & Chia, 2002). Cette approche met également en évidence les interactions entre acteurs ainsi que les adaptations quotidiennes qui peuvent avoir des répercussions sur les activités de l'organisation. Dans le cadre d'une recherche empirique, Orlikowski (1996) a montré comment des acteurs organisationnels ont graduellement inventé des usages différents à une nouvelle technologie en improvisant et en l'adaptant à leurs besoins. Ainsi, de telles modifications ou improvisations, au fil du temps, peuvent mener à de plus grandes transformations qui sont toutefois subtiles et progressives :

« Each variation of a given form is not an abrupt or discrete event, neither is it, by itself, discontinuous. Rather, through a series of ongoing and situated accommodations, adaptations, and alterations (that draw on previous variations and mediate future ones), sufficient modifications may be enacted over time that fundamental changes are achieved. There is no deliberate orchestration of change here, no technological inevitability, no dramatic discontinuity, just recurrent and reciprocal variations in practice over time. Each shift in practice creates the conditions for further breakdowns, unanticipated outcomes, and innovations, which in their turn are responded to with more variations. And such variations are ongoing; there is no beginning or end point in this change process. » (Orlikowski, 1996, p. 66) cité dans (Weick & Quinn, 1999)

Le point de vue du changement émergent ou continu ne met donc pas l'accent sur le caractère stable des organisations. Au sein de celles-ci, les interactions des acteurs sont dynamiques, flexibles et en constante évolution (Tsoukas & Chia, 2002). Par ailleurs, certains types

d'organisations, comme celles provenant du secteur privé, doivent improviser et continuellement s'engager dans des changements rapides afin de survivre (Brown & Eisenhardt, 1997). Dans une étude, Feldman (2000) a démontré que les acteurs organisationnels ne reproduisaient jamais exactement les mêmes routines, mais que celles-ci représentaient plutôt des changements continus ou des « emergent accomplishments » (que l'auteure décrit comme étant des « flows of connected ideas, actions and outcomes ») (p.613). Autrement dit, l'auteure explique que ces routines ne doivent pas être étudiées indépendamment des humains qui les exécutent, car tant et aussi longtemps que ceux-ci continueront à les accomplir, elles seront une source potentielle de changement continu (Feldman, 2000). Par conséquent, le processus de changement émergent est composé d'une suite continue d'initiatives locales et autonomes qui apparaissent dans l'organisation (Weick, 2000).

Une particularité du changement continu est donc que les acteurs qui le vivent représentent un élément central de sa compréhension. En d'autres mots, puisque le changement émergent est une réalité quotidienne, tous les acteurs organisationnels doivent être concernés par le processus (Demers, 1999). Dans cette perspective, le rôle joué par le gestionnaire, qui agit comme un agent du changement, est en quelque sorte de faire apparaître de nouveaux comportements ou tendances (Kickert, 2010). Celui-ci joue ainsi le rôle de « donneur de sens », en réorientant ce qui est déjà en cours : « sense maker who redirects change » (Weick & Quinn, 1999, p. 366). En plus de réinterpréter et de renommer le changement, ainsi que de réordonner les étapes, l'agent du changement doit également gérer le dialogue, la langue et l'identité (Kickert, 2010). Gérer le changement émergent signifie qu'il faut interpréter et offrir une direction :

« Thus, a "new code of change" could be the recognition that organizational change is not management induced. Instead, organizational change is emergent change laid down by choices made on the front line. The job of management is to author interpretations and labels that capture the patterns in those adaptive choices. Within the framework of sensemaking, management sees what the front line says and tells the world what it means. In a newer code, management doesn't create change. It certifies change. » (Weick, 2000, p. 238).

Le changement en tant que processus

“ *A way of seeing is a way of not seeing* ” (Poggie, 1965) dans Van de Ven et Poole (1995).

Expliquer « comment » et « pourquoi » les organisations changent est une question centrale chez les chercheurs en gestion et plusieurs autres disciplines (Ford & Ford, 1994; Van de Ven & Poole, 1995). Dans l’optique de mieux comprendre les façons avec lesquelles les organisations changent, ces chercheurs empruntent des concepts et des métaphores chers à leurs collègues, notamment l’approche évolutionniste, la théorie de l’équilibre ponctué ou l’écologie des populations (Van de Ven & Poole, 1995). L’explication des processus de changement organisationnel requiert que diverses perspectives théoriques soient juxtaposées, et que les relations entre les multiples acteurs soient prises en compte dans l’analyse (Pettigrew, 1992; Poole & Van de Ven, 2004). Le changement peut donc être envisagé dans une perspective multidimensionnelle et en intégrant différents niveaux d’analyse (Pettigrew, 1985a; Pettigrew et al., 2001).

Selon Van de Ven et Poole (1995), le changement organisationnel peut être défini comme une observation empirique d’une différence de forme, qualité et état d’une entité organisationnelle dans le temps. Par conséquent, la notion d’évolution d’un phénomène ou de progression dans le temps d’activités cohérentes est un élément central de l’analyse du changement (Langley, Smallman, Tsoukas, & Van de Ven, 2013). Autrement dit, le changement est envisagé comme une séquence d’actions et d’évènements interdépendants qui évolue dans un espace temporel (Pettigrew, 1985a). Les processus de changement adoptent des rythmes distinctifs et suivent des trajectoires diverses, et ceci, en n’étant pas distinct du contexte organisationnel et social dans lequel ils prennent forme (Denis, 2004; Pettigrew, 1992). Le changement fait partie de la réalité quotidienne des organisations et il est fréquemment considéré dans sa longue durée, dans le contexte de l’évolution organisationnelle (Demers, 1999).

Dans l’optique de comprendre la façon avec laquelle une organisation évolue dans le temps, il importe d’étudier les évènements et les activités qui se déroulent, ainsi que les décisions qui sont prises, dans une période donnée (Langley, 1999). Les évènements peuvent être

caractérisés de diverses manières, mais ils prennent souvent la forme de « phases », qui se présentent de manière séquentielle et qui produisent un certain résultat (Langley, 1999). L'analyse doit aller au-delà de la description de la séquence des événements, puisqu'elle doit permettre l'identification de « patterns » qui caractérisent celle-ci (Pettigrew, 1992). Aussi, les jeux de pouvoir, la culture organisationnelle et l'histoire sont des éléments qui doivent tous être considérés, puisqu'ils ont des répercussions sur l'évolution du changement (Pettigrew et al., 2001).

Comme il a été dit déjà, l'étude du changement ne peut être séparée du contexte dans lequel il se déploie. Le contexte peut être défini comme une dynamique singulière à chaque organisation, vécu à l'intérieur et non imposé d'en haut (Demers, 1999). Le contexte interne est lié à la structure, à la culture et au contexte politique de l'organisation tandis que le contexte externe se rapporte à l'environnement politique, social et économique dans lequel elle évolue (Pettigrew, 1987). Dans cet ordre d'idées, l'influence et les représentations mentales du contexte par les acteurs font partie de la conception du changement (Autissier, Vandangeon, & Vas, 2014). Ces acteurs forgent leurs connaissances d'une manière particulière, et ceci façonne les réalités sociales sur lesquelles ils fondent leurs actions.

Le changement comme processus politique

Au sein des systèmes de santé, des acteurs aux logiques d'action diverses sont en interaction régulière dans une structure qui exige un très haut niveau d'interdépendance fonctionnelle (Dufour & Lamothe, 1999). De plus, les acteurs individuels, autant que les organisations, disposent de capacités politiques pouvant influencer les processus de changement. L'approche politique du changement est basée sur une perspective critique dialectique de l'organisation qui repose sur une vision pluraliste (Champagne, 2002; Dufour & Lamothe, 1999). L'organisation est imaginée comme un système social d'activités politiques, et dès lors, les jeux de pouvoir et les conflits font partie intégrante du processus de changement (Demers, 2007). Le cadre de référence prescrit est représenté par une arène politique dans laquelle les acteurs individuels, ou encore différentes coalitions, rivalisent entre eux pour gagner (Dufour & Lamothe, 1999). Les courants de recherche qui se sont intéressés à l'approche politique du changement le

perçoivent comme un processus politique dynamique pouvant produire un changement à la fois émergent ou délibéré ainsi qu'incrémental ou radical, ou encore, comme un processus élaboré de manière intentionnelle par un dirigeant (Demers, 2007).

Le changement est donc marqué par de la négociation continue entre acteurs concernés. En d'autres mots, le processus du changement est le résultat de la concurrence, c'est-à-dire d'une série de victoires et de défaites, entre acteurs ou coalitions (Dufour & Lamothe, 1999). Il est marqué par des manœuvres de pouvoir dans lesquelles les acteurs utilisent à divers degrés les ressources dont ils disposent. Ainsi, la notion de pouvoir est au centre du changement organisationnel, et celui-ci est souvent exploité dans l'optique d'atteindre les résultats escomptés (Crozier & Friedberg, 1987; Hatch & Cunliffe, 2009; Pettigrew, 1985b). Alors que tous les acteurs peuvent faire usage du pouvoir, les particularités des contextes pluralistes font en sorte qu'il est dispersé au sein de l'organisation (Demers, 2007; Olsen, 1970).

Les difficultés liées aux initiatives de changement ne dépendent donc pas d'une inefficacité du système de contrôle ou du processus de planification, mais bien de la poursuite d'intérêts particuliers d'acteurs influents (Champagne, 2002). Les processus de changement sont donc influencés par les pressions stratégiques des acteurs concernés et par la diversité de leurs intérêts (Denis & Champagne, 1989; Pettigrew, 1985b; Quinn, 1980). La question du changement est également liée à la question d'incertitude dans les pratiques et les comportements des acteurs (Denis, 2004; Hatch & Cunliffe, 2009). Peu importe la nature du changement implanté, les jeux de pouvoir entre les acteurs interdépendants sont ébranlés. Chaque décision représente une occasion unique de négociation et de renégociation dans un flux perpétuel de manœuvres politiques (Hatch & Cunliffe, 2009). La dynamique d'interaction des stratégies des acteurs et leur source respective d'influence sont des facteurs déterminants du succès du changement (Champagne, 2002). Dans ce processus politique, la principale préoccupation des gestionnaires est de mobiliser les supporteurs et, en pratiquant une gestion symbolique, ils doivent tenter de rendre le changement légitime (Pettigrew, 1985b).

Le changement et l'apprentissage organisationnel

L'évolution de la conception du changement, en tant que processus, a mené à des manières alternatives et de plus en plus approfondies de le comprendre, dont une qui mise sur l'apprentissage organisationnel. Des auteurs comme Demers (1999) et Soparnot (2004) suggèrent que deux visions fragmentent les écrits sur le changement organisationnel : la capacité de gestion du changement et la gestion de la capacité à changer. Selon cette dernière perspective, les capacités à changer concernent surtout l'apprentissage organisationnel, plus particulièrement, le développement d'un cadre qui « absorbe » les changements et qui devient un puissant ferment des mutations futures (Soparnot, 2004). Selon la perspective de l'apprentissage organisationnel, le changement est réalisé par le biais du dialogue permanent, ou d'une socialisation, entre les acteurs interdépendants (Gherardi, Nicolini, & Odella, 1998). Donc, l'apprentissage organisationnel nécessite la mise en place de nouveaux réseaux d'échanges et de communication entre les acteurs (Dufour & Lamothe, 1999). Par ailleurs, puisque les enjeux et les intérêts des acteurs ainsi que l'imprévisibilité de l'environnement rendent la programmation du changement très difficile, des chercheurs suggèrent que l'apprentissage collectif s'avère être une perspective prometteuse quant à la réalisation de transformations (Champagne, 2002; Denis, 2004; Soparnot, 2004). Puisque l'État ne dispose pas de l'ensemble des ressources et de l'expertise lui permettant à lui seul de contrôler le changement, la dimension d'apprentissage est cruciale afin d'assurer le développement durable du système de santé et de demeurer légitime. En apprenant à régénérer ses réponses et son répertoire de solutions, le système de santé peut également améliorer ses capacités d'adaptation (Soparnot, 2004).

Dans les organisations pluralistes ou complexes, comme celles de santé, le déploiement du changement peut ainsi entraîner des effets inattendus, voire contradictoires à ceux espérés au départ par ses promoteurs. Il peut faire émerger des possibilités nouvelles et la prise en compte de cette incertitude implique de reconsidérer les mécanismes de pilotage du changement (Thiétart, 2001). Conséquemment, le changement ne doit pas être perçu comme une rupture à gérer ou encore comme une étape à surmonter, mais plutôt comme un apprentissage devant être institué dans les pratiques de l'organisation (Demers, 1999; Soparnot, 2004). Avec cette

manière de le concevoir, le changement ne se programme plus, car il est permanent, voire ancré dans l'organisation. L'organisation se modifie par elle-même et le changement n'est plus inscrit en rupture par rapport à la continuité, car il devient la continuité (Soparnot, 2004).

Selon cette perspective, le changement organisationnel peut être perçu comme un processus continu d'apprentissage permettant l'innovation et il implique des allers retours entre individuel et collectif et entre connaissances tacites et explicites (Nonaka, 1994). En d'autres mots, le changement est produit par le biais d'un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur (Champagne, 2002). La théorie de Nonaka (1994) est en ce sens très révélatrice, car elle aide à comprendre de quelle façon est construite la connaissance organisationnelle. Selon cet auteur, celle-ci se crée à partir d'un dialogue continu entre les savoirs tacites (les connaissances qui se révèlent dans la pratique) et explicites (les connaissances codées, transmises de manière formelle). Différents modes (quatre) permettent la conversion du savoir, c'est-à-dire le développement de capacités organisationnelles pour acquérir, créer, accumuler et exploiter les connaissances (Mintzberg, Ahlstrand, & Lampel, 1999). Les quatre modes de conversion du savoir, qui constituent la « spirale du savoir », sont : la socialisation (de connaissances tacites à connaissances tacites), la combinaison (de connaissances explicites à connaissances explicites), l'externalisation (de connaissances tacites à connaissances explicites) et l'internalisation (de connaissances explicites à connaissances tacites)⁸. En guise d'exemple, en ce qui concerne l'externalisation, le modèle fait ressortir le rôle clé joué par les cadres intermédiaires de l'organisation dans la conversion des modes de création de connaissances. En effet, ce groupe d'acteurs « synthétisent le savoir tacite des travailleurs de la base et des cadres anciens, le rendent explicite et l'incorporent dans les techniques et les produits nouveaux » (Nonaka et Takeuchi, 1995) dans (Mintzberg et al., 1999, p. 218).

Dans cet ordre d'idées, le changement n'est pas planifié par un dirigeant rationnel au sommet, mais il est l'affaire de tous les acteurs au sein de l'organisation (Demers, 1999). Autrement dit, il ne se retrouve pas entre les mains des dirigeants, mais il fait partie de l'organisation, un peu

⁸ Les quatre modes de conversion du savoir sont expliqués avec plus de détails aux pages 18 et 19 de l'article de Nonaka (1994). « A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation ». *Organization Science*, 5 (1): 14-37.

comme des forces en constante tension (Demers, 1999). Le dirigeant est un acteur parmi les autres et ses principaux rôles sont d'encourager l'expérimentation et l'exploration et de nourrir les idées (Denis, Langley, & Pineault, 1996). Alors que sa mise en œuvre échappe au contrôle des acteurs en position d'autorité, ceux-ci jouent plutôt les rôles de lui donner un sens et de le rediriger (Weick & Quinn, 1999). Les capacités de changement organisationnel dépendent donc de la construction d'un contexte favorable aux occasions d'apprentissage et à l'émergence de liens de confiance entre les acteurs organisationnels (Argyris, 1993; Soparnot, 2004).

Le processus de traduction nécessaire pour changer, autrement dit pour créer des connaissances, exige la participation de divers acteurs qui le modifient en lui donnant des significations particulières en fonction de leur contexte d'action (Demers, 1999; Foudriat, 2011). Selon Crozier et Friedberg (1977), les interactions entre les acteurs interdépendants d'une organisation reposent sur des jeux de négociation et de pouvoir qui visent à contrôler l'incertitude. Un changement bouleverse l'équilibre de la structure des stratégies et engendre de nouvelles règles de jeu entre les acteurs concernés (Foudriat, 2011). Afin de comprendre de quelles manières un changement affecte la nature des zones d'incertitude d'un contexte d'action, il faut étudier comment les acteurs peuvent se croire gagnants ou perdants dans les jeux émergents de ce changement (Foudriat, 2011). Dans la prochaine section, nous présentons donc l'approche organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) qui s'avère utile pour étudier les dynamiques et les relations entre les acteurs interdépendants qui ont des conséquences sur la mise en œuvre et le pilotage d'une réforme d'un système public de santé.

Chapitre 2 – Cadre théorique

Ce projet de recherche vise à comprendre et à analyser les capacités de gouverner de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé. Ainsi, nous analysons l'implantation d'un changement d'envergure, qui bouleverse les représentations des acteurs de la gouvernance ainsi que leurs interactions. Comme nous l'avons expliqué ci-haut, les systèmes publics de santé sont considérés comme des contextes pluralistes, au sein desquels les relations entre l'État et les autres acteurs de la gouvernance peuvent influencer la trajectoire de l'action collective. Afin d'arriver à ses fins, l'État peut en revanche conditionner le mouvement du changement en usant d'outils ou d'instruments de gouvernance particuliers, qui s'inscrivent dans l'évolution de ses interactions avec les autres acteurs concernés.

Nous croyons que l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) est utile pour conceptualiser l'action collective, ceci en interprétant les interactions entre acteurs dans un contexte particulier. Cette approche peut répondre à des questions touchant la modification des rapports entre acteurs lors de la mise en œuvre d'une action collective, les stratégies des acteurs face à l'atteinte des objectifs poursuivis par une intervention ou les échecs des changements volontaires et leurs « résistances » (Brousselle & Champagne, 2005; Foudriat, 2011). Dans ce chapitre, nous offrons tout d'abord une vue d'ensemble de cette perspective conceptuelle. Ensuite, nous présentons les diverses dimensions du cadre théorique que nous avons développé pour notre étude.

2.1 Analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg

C'est vers la fin des années 1970 et le début des années 1980 que des chercheurs commencent à s'intéresser à l'acteur et la structure ainsi qu'aux mécanismes de régulation entre ces deux éléments (Rouleau, 2007). L'approche organisationnelle de l'action collective a été proposée par Michel Crozier et Enhard Friedberg dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, publié une première fois en 1977. En plus de s'intéresser aux individus ou aux groupes d'individus et à leurs ressources, servant à bâtir leurs stratégies, ces auteurs posent un regard particulier sur

l'organisation. Celle-ci est conçue comme un lieu où les murs institutionnels sont inexistants et dans lequel de nombreux acteurs possèdent des agendas et des cadres de référence différents, à la limite opposés (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999; Friedberg, 1993). Selon Friedberg (1993), l'organisation est une microsociété dont l'ordre se caractérise par une construction sociale liée aux interactions et aux processus d'échanges de ses membres :

« un ensemble dans lequel s'oppose une multiplicité de rationalités dont la convergence n'a rien de spontané, mais est le résultat de la construction d'un ordre. L'organisation, dans cette perspective, n'est devenue rien d'autre qu'une arène politique ou un marché sur lequel s'échangent des comportements et se poursuivent des stratégies de pouvoir particulières, et dont les caractéristiques (buts, structures, règles du jeu, "culture") sont, à leur tour, le simple produit de ces échanges et de ces confrontations. » (Friedberg, 1993, p. 56).

Afin de comprendre les articulations entre les jeux d'acteurs et le système, Crozier et Friedberg (1987) proposent deux modes de raisonnement qui doivent se compléter, soit le raisonnement stratégique et le raisonnement systémique (Amblard, Bernoux, Herreros, & Livian, 1996; Foudriat, 2011; Rouleau, 2007). Ces deux modes de raisonnement constituent un cadre de lecture et de compréhension des fonctionnements réels de l'organisation (Foudriat, 2011). Le raisonnement stratégique vise à recueillir des informations permettant de repérer les stratégies mises de l'avant par les acteurs pour déterminer leurs intérêts dans la négociation. Afin de comprendre les stratégies des acteurs, il faut observer leurs comportements. La manière dont les acteurs parlent de leur pratique et de l'expérience des interactions permet de saisir comment sont concrètement et subjectivement vécues les contraintes et les interdépendances (Foudriat, 2011). Ce repère repose sur l'induction, à partir des opinions et sentiments des acteurs, mais surtout de leurs comportements, buts et objectifs qu'ils poursuivent par leurs actions (Rouleau, 2007). Ce raisonnement vise aussi à repérer les ressources et le problème des acteurs, de même que les enjeux entourant leur action. Lorsque ces éléments sont compris, il est possible d'identifier les stratégies des acteurs qui se traduisent par des choix (Rouleau, 2007).

Le raisonnement systémique tente plutôt de retrouver l'ordre construit de manière arbitraire qui structure l'ensemble (Amblard et al., 1996). Les calculs stratégiques des acteurs se trouvent

intégrés dans un modèle structuré de jeux. Ce mode de raisonnement sert à analyser le « système d'action concret » (SAC) qui est le produit provisoire des interactions entre les diverses stratégies des acteurs et les règles formelles qui permettent de le faire fonctionner. Il s'intéresse à la manière dont les acteurs régulent leurs relations, ainsi qu'aux mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner le SAC (Rouleau, 2007). Il s'agit de l'ensemble des régulations du système qui contraignent l'action des acteurs se retrouvant dans une situation particulière ou qui tentent de résoudre un problème spécifique (Rouleau, 2007). En somme, le raisonnement systémique « part du système pour retrouver avec l'acteur la dimension contingente arbitraire et non naturelle de son ordre construit » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 198).

Donc, dans l'optique de reconstituer le jeu global, il importe de connaître les stratégies de chacun des acteurs au sein de l'organisation. Les stratégies des acteurs ne constituent pas un projet conscient, mais elles ne sont jamais absurdes. Elles sont plutôt considérées comme une logique qu'il est possible de repérer après coup, à partir des régularités des comportements observés (Amblard et al., 1996; Foudriat, 2011). Le comportement des acteurs dépend moins des objectifs clairs et conscients qu'ils se donnent ainsi que des contraintes de l'environnement, mais plus des atouts mis à leur disposition et des relations dans lesquelles ils sont insérés (Amblard et al., 1996). Crozier et Friedberg (1987) expliquent que le concept de la stratégie inclut lui-même deux aspects, en l'occurrence, l'aspect offensif et l'aspect défensif. Des comportements dans l'action collective sont « opportunistes » et visent à améliorer la situation de l'acteur (aspect offensif) et à maintenir sa marge de liberté (aspect défensif) (Crozier & Friedberg, 1987). L'acteur est donc relativement libre et il ne cherche pas l'optimisation, mais la satisfaction (Amblard et al., 1996; Foudriat, 2011). Les stratégies des acteurs doivent continuellement être interprétées, car elles représentent leur position dans le jeu. Elles sont : « le fondement inféré ex post des régularités des comportements observés empiriquement » (Crozier & Friedberg, 1987, p. 48).

Grâce au construit du système local d'action particulier qu'est le SAC, les acteurs parviennent à coopérer tout en maintenant une certaine autonomie (Amblard et al., 1996). Tout SAC se constitue comme étant un système de pouvoir (Friedberg, 1993). Les sources du pouvoir des

acteurs sont à la fois relationnelles et organisationnelles (Foudriat, 2011). Le pouvoir est présenté sous son caractère relationnel et interactif, où il est considéré comme une capacité d'action, permettant à un acteur d'orienter la conduite d'un autre ou de l'influencer. Quatre grandes sources de pouvoir permettent aux acteurs de se procurer des ressources : expertise et maîtrise d'une compétence particulière, maîtrise de l'information et de la communication, maîtrise des règles organisationnelles ainsi que maîtrise des relations avec l'environnement (Crozier & Friedberg, 1987). L'étude des relations de pouvoir permet de dégager les stratégies, relativement stables, des acteurs. Selon Friedberg (1993), un acteur s'engage dans une relation de pouvoir afin d'obtenir de la coopération :

« Le mécanisme quotidien et incontournable qui médiatise et régule les échanges de comportement indispensables au maintien, voire à la réussite, d'un ensemble humain marqué par la coexistence d'acteurs relativement autonomes et développant des rationalités d'action limitées, qui, pour cette raison même, sont sinon contradictoires, du moins divergentes, ou, pour l'exprimer de façon plus neutre, non spontanément convergentes » (Friedberg, 1993, p. 257).

Au sein d'un SAC, l'incertitude fait de ce qui est acquis un enjeu autour duquel les capacités offensives et défensives des acteurs sont exprimées (Amblard et al., 1996). Toute situation organisationnelle connaît de l'incertitude, faisant en sorte que les acteurs peuvent faire des choix (Bernoux, 1985). Par contre, pour être considérée comme pertinente, l'incertitude doit bousculer d'une manière importante le jeu des acteurs. La marge de liberté des acteurs par rapport aux autres est une source de pouvoir. La maîtrise d'une zone d'incertitude par un acteur lui permet de rendre son comportement imprévisible dans l'optique de structurer la relation en sa faveur et d'imposer des termes d'échange propices à ses propres intérêts. Ainsi, le pouvoir n'existe pas dans l'abstrait, il apparaît autour des zones d'incertitude (Amblard et al., 1996; Foudriat, 2011).

L'analyse organisationnelle permet donc de comprendre l'action organisée sous l'angle des relations de pouvoir et des interdépendances, en faisant la promotion d'une représentation pluraliste de l'organisation (Foudriat, 2011; Rouleau, 2007). Cette approche vise à comprendre le comportement des acteurs dans un contexte de jeux, comme une résultante de rapports de

pouvoir. En partant des comportements individuels des acteurs et en structurant leurs espaces de négociation, le chercheur peut étudier l'émergence de l'action collective. De plus, en s'intéressant à la fois à l'acteur et au système, l'analyse organisationnelle permet de réconcilier l'action organisée et les variables structurelles : « la formalisation d'une organisation n'est donc jamais que la partie visible de l'iceberg de sa régulation effective » (Friedberg, 1993, p. 151).

2.2 Présentation du cadre théorique

Un cadre théorique devrait permettre de décrire les principales dimensions à étudier, ainsi que leurs relations présumées, d'un problème de recherche singulier (Miles & Huberman, 2003). Dans cet ordre d'idées, l'approche organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) a permis l'analyse de l'action collective dans des domaines variés, comme le secteur de la santé ou celui du politique, autant dans les secteurs publics que privés (Brousselle & Champagne, 2005; D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008; Foro, Denis, & Champagne, 2011; Lazar, 1994).

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant abordé la mobilisation d'instruments de gouverne par l'État, sous l'angle de l'approche organisationnelle. Comme il en a été question précédemment, l'autorité centrale, en l'occurrence l'État, peut avoir recours à divers types d'instruments pour imposer ses objectifs, et donc, structurer l'action collective et la rendre légitime. L'usage de ces instruments par l'État vise notamment à produire un effet symbolique d'autorité et à traduire une recherche d'efficacité (Lascoumes & Le Galès, 2004). En effet, les instruments de gouverne ont des répercussions sur les relations de pouvoir, autrement dit, leur mobilisation vise à les organiser différemment. Selon Lascoumes et Le Galès (2004), l'approche par les instruments « permet d'aborder des dimensions de l'action publique peu visibles autrement » (p.13). Puisque nous désirons analyser les capacités de gouverne de l'État, en ce qui a trait au pilotage d'une réforme d'un système public de santé au regard des projets des acteurs du contexte pluraliste, il nous apparaît crucial d'analyser l'action collective sous l'angle de sa structuration par les instruments de gouverne. Dans les prochaines lignes, nous discutons plus particulièrement des éléments théoriques retenus.

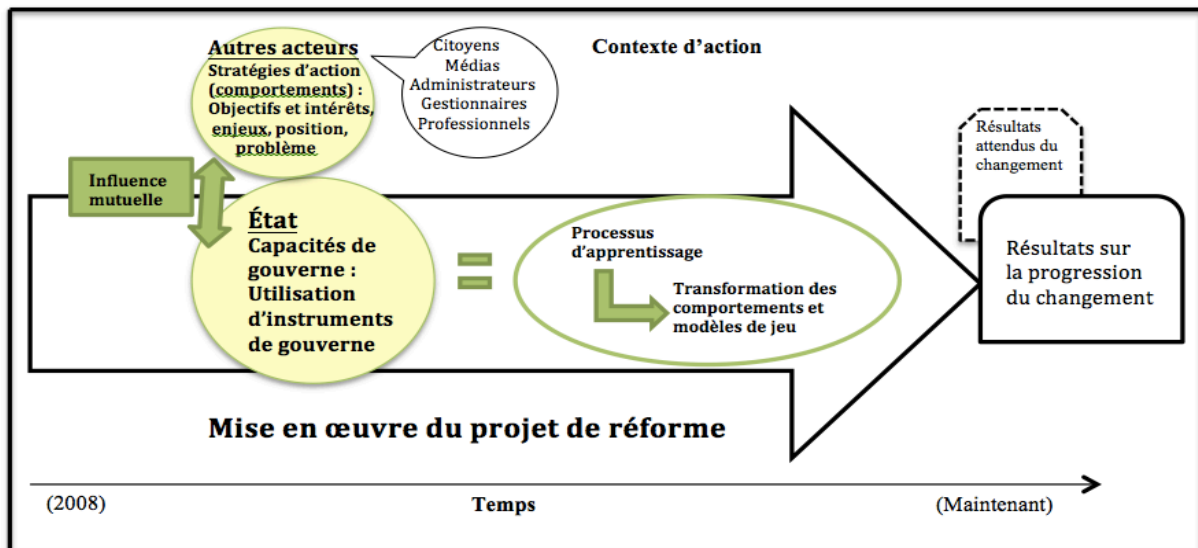
La figure 1 illustre sous une forme schématique la mise en œuvre et le pilotage d'un changement au sein d'un système public de santé et l'influence des dynamiques et des projets des acteurs concernés de la gouverne pluraliste. Il est utile de rappeler qu'afin de procéder à l'analyse de cette problématique, nous nous penchons sur la réforme du système de santé public du NB lancée en 2008. La première composante de notre cadre conceptuel représente l'État qui exerce ses capacités de gouverne dans les interactions qu'il entretient avec les différents acteurs concernés par le changement. De plus, les capacités de gouverne de l'État ayant trait au pilotage de l'action collective renvoient aux instruments qu'il utilise afin d'exercer du pouvoir et d'être plus légitime dans la matérialisation et l'opérationnalisation de l'action collective. Cette composante fait donc référence à l'utilisation d'instruments de gouverne par l'État afin d'obtenir la collaboration des acteurs interdépendants vers l'atteinte de ses objectifs.

Les autres acteurs du contexte pluraliste, par exemple les citoyens, les médias, les administrateurs et les gestionnaires ainsi que les professionnels de la santé, forment la deuxième composante principale de notre cadre théorique. Dans le deuxième cercle, les stratégies d'action des acteurs participants au changement, c'est-à-dire leurs comportements, sont mises en évidence. Ces stratégies d'action sont influencées par les objectifs et intérêts des acteurs, leur position dans le contexte d'action ainsi que leurs enjeux et la manière par laquelle ils définissent le problème. Ces différents acteurs sont interdépendants et entretiennent des relations avec l'État en échangeant notamment des ressources. La rencontre de l'État avec les autres acteurs du contexte d'action crée des dynamiques d'interaction qui sont appuyées sur des relations de pouvoir. Les interactions et le dialogue permanents entre l'État et les autres acteurs participant au changement peuvent influencer autant le pilotage de l'action collective que les comportements de ces derniers. De plus, les activités de pilotage de l'action collective par l'État et ses interrelations avec les acteurs du contexte d'action ont des répercussions sur la mise en œuvre évolutive du changement.

Le changement est représenté par la flèche du milieu afin d'illustrer sa progression évolutive dans le temps. Ainsi, les résultats réels du changement peuvent différer de ceux qui étaient attendus lors de l'implantation de la réforme. L'interprétation du changement par les acteurs du

contexte d'action a des répercussions sur leurs comportements et modèles du jeu, produisant ainsi de nouvelles manières informelles de coopérer. Le processus d'apprentissage induit par le changement a des répercussions tant sur les capacités de gouverne de l'État, qui doit lui donner un sens et s'ajuster, que sur les autres acteurs du contexte d'action, qui transforment leurs réseaux d'échange et de communications, et ainsi, développent de nouveaux construits collectifs.

Figure 1 : Pilotage d'une réforme d'un système public de santé : cadre théorique



Chapitre 3 - Méthodes et procédures analytiques

3.1 Approche générale et stratégie de recherche

Le choix de l'approche générale de la stratégie de recherche découle du cadre conceptuel développé et de notre objectif de recherche. Le devis de recherche est une étude de cas unique avec deux unités d'analyse imbriquées, soit deux réseaux de santé (Yin, 2014). Les établissements faisant partie du Réseau de santé Vitalité couvrent principalement des zones géographiques francophones de la province tandis que ceux du Réseau de santé Horizon sont situés dans des régions géographiques anglophones. Ce contexte singulier était susceptible de faire évoluer les deux réseaux de manières différentes et, ainsi, d'avoir des répercussions sur la globalité de la réforme.

Selon Yin (2014), l'étude de cas est justifiée lorsque : 1) les questions de recherche visent la compréhension du « comment » et du « pourquoi » d'un phénomène, 2) les frontières entre le phénomène étudié et le contexte sont floues, 3) le phénomène étudié se déploie en temps réel à l'opposé d'historiquement et 4) le chercheur n'a pas d'influence sur le cours des événements. Les rapports d'interdépendance entre les acteurs du système de santé du NB, sa complexité et son évolution dans le temps justifient donc le choix d'une approche synthétique dans le cadre de notre étude. De plus, dans cette recherche, le phénomène étudié est contemporain, c'est-à-dire qu'il se déploie dans un milieu et un temps réel, et nous n'avons aucun contrôle sur le déroulement des événements survenus. La pertinence de l'étude de cas comme méthode de recherche peut être expliquée en ces termes : « ... case studies investigate real-life events in their natural settings. The goal is to practice sound research while capturing both a phenomenon (the real-life event) and its context (the natural setting) » (Yin, 2004, p. xii).

3.2 Contexte de l'étude

Une étape primordiale dans la réalisation d'une étude de cas unique est son choix, lequel est intrinsèquement lié à la question générale de recherche que le chercheur se pose sur le

phénomène à étudier (Yin, 2014). Ainsi, notre unité d'analyse était la réforme du système de santé du NB lancée en 2008. Les principaux objectifs explicites de cette réforme étaient, d'une part, de rendre le système de soins de santé plus efficace, en mettant notamment l'accent sur les besoins des patients et en améliorant l'accès aux soins et services, et d'autre part, de le rendre plus efficient, en réduisant la concurrence pour les ressources⁹. Sur le plan des structures, le principal changement apporté est celui ayant touché les huit régions régionales de la santé (RRS) qui ont été fusionnées en deux RRS¹⁰. La mise en place de ces deux RRS, ainsi que la création de FacilicorpNB (FNB) et du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), visaient de manière générale à améliorer l'efficacité et l'efficacités du système de santé¹¹. Les deux RRS, connues sous les noms du Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon, constituaient deux unités d'analyses imbriquées (Yin, 2014). Leur étude était nécessaire à la compréhension de notre objet de recherche.

La réforme du système de santé du NB, lancée en 2008, a été sélectionnée pour trois raisons. Tout d'abord, notre connaissance du phénomène et du contexte nous plaçait dans une position avantageuse en ce qui concerne entre autres l'accès au terrain. Aussi, en plus de nous offrir l'occasion d'effectuer une première collecte et analyse de données, une recherche expérimentale effectuée en 2014 nous avait permis de connaître des informateurs clés du système de santé du NB. Des collaborations avec différents acteurs du système de santé dans le cadre d'activités professionnelles entre 2010 et 2013 ont également permis le développement de connaissances de base de la problématique de recherche. D'ailleurs, il faut souligner l'accessibilité des informateurs-témoins et leurs préoccupations relatives à la problématique de

⁹ Afin de connaître plus précisément les objectifs de la réforme, le lecteur peut se référer au communiqué de presse du Gouvernement du NB acheminé aux journalistes le 11 mars 2008 : « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan ». Il est accessible en cliquant sur le lien suivant : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2008.03.0299.html>.

¹⁰ L'article 16 de la loi sur les régions régionales de la santé (*Loi*) de l'Assemblée législative du NB (abrogé en 2011) stipule que les RRS sont établies pour les régions de la santé comme suit : une RRS pour la région de la santé A (Région régionale de la santé A) et une RRS pour la région de la santé B (Région régionale de la santé B). Ainsi, le nom corporatif de la RRS A est Réseau de santé Vitalité et celui de la RRS B est Réseau de santé Horizon.

Dans le cadre de cette étude, afin d'être concordante avec la *Loi*, nous utilisons les sigles RRS A et RRS B. Par ailleurs, le lecteur peut constater que de manière générale les répondants utilisent les termes « Vitalité » et « Horizon » lorsqu'ils font référence à chacune des RRS.

¹¹ Le communiqué de presse du Gouvernement du NB (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan » donne plus de détails sur les objectifs de la réforme. Il est accessible en cliquant sur le lien suivant : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2008.03.0299.html>.

recherche. Comparativement à d'autres provinces ou territoires du Canada, la province du NB est relativement petite en termes d'habitants et de superficie. Cette réalité a facilité les déplacements qui ont été effectués dans le cadre de nos entretiens ainsi que l'accès à des acteurs qui ont présenté des intérêts et des visions diversifiés. Enfin, une troisième raison résidait dans les particularités du contexte général de cette province qui pouvaient influencer la gouverne du système public de santé. Cette province est la seule au Canada à être officiellement bilingue¹². La population du NB est composée de deux principales communautés, soit celle anglophone et celle acadienne et francophone. Ce contexte particulier en faisait le meilleur cas pour, d'une part, comprendre les dynamiques entre les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la réforme et le pilotage du changement, et d'autre part, approfondir notre compréhension des processus de gouverne. Ci-dessous, le tableau II présente les principales caractéristiques de la réforme du système public de santé du NB lancée en 2008.

¹² La Charte canadienne des droits et libertés précise que le français et l'anglais sont les langues officielles du NB. (Commissariat aux langues officielles du Nouveau-Brunswick (2014), en ligne : <http://www.languesofficielles.nb.ca/faq>, visité le 30 septembre 2014).

Tableau II : Caractéristiques de la réforme en santé du Nouveau-Brunswick (2008)¹³

Caractéristique de la réforme	Description
But de la réforme	Créer un système de santé plus efficace et financièrement viable dans lequel les besoins des patients sont mis au premier plan.
Objectifs de la réforme	Les principaux objectifs explicites de la réforme sont : soins plus « uniformes » et meilleur cheminement des patients dans le système, améliorer l'accès aux soins et services, favoriser la participation des citoyens, améliorer l'efficacité ¹⁴ .
Nouvelles structures organisationnelles	Deux RRS (Elles remplacent les huit anciennes régies) Conseil de la santé du NB (CSNB) Agence commune de services non cliniques (FacilicorpNB)
Description des réseaux de santé (2)	<u>Réseau de santé Vitalité (RSV)</u> : territoire couvre le sud-est et le nord de la province (quatre zones : Acadie-Bathurst ¹⁵ , Beauséjour, nord-ouest, Restigouche); régions majoritairement francophones; compte 7 400 employés. <u>Réseau de santé Horizon (RSH)</u> : territoire couvre régions géographiques du Haut de la Vallée, Miramichi, Saint John, Fredericton et Moncton; régions majoritairement anglophones; compte 12 400 employés.
Acteurs du système de soins	Organisations participant à la prestation de services qui sont financés par l'État et qui relèvent de la compétence du ministre de la Santé : services assurés par les médecins, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux, services offerts par le ministère de la Santé, les réseaux de santé, Ambulance Nouveau-Brunswick et le Plan de médicaments sur ordonnance du NB.
Population du NB	756 800 (2016, Statistique Canada)
Particularité de la province du NB	Le NB est la seule province officiellement bilingue au Canada. En vertu de la Loi sur les langues officielles, les citoyens du NB ont le droit de recevoir des services et des soins de santé dans la langue de leur choix, soit l'anglais ou le français.

3.3 Collecte des données

Les stratégies qualitatives utilisées pour la collecte de données sont cohérentes avec nos objectifs de recherche et notre approche retenue. Ainsi, elles sont les entrevues semi-dirigées ainsi que l'analyse documentaire.

¹³ Les données incluses dans le tableau II proviennent du Nouveau-Brunswick (2008d), des sites Web du RSV (2017), du RSH (2017) et de Statistique Canada (2016).

¹⁴ Il semble pertinent de mentionner à cette étape que les objectifs de la réforme n'étaient pas clairement précisés par le Gouvernement du NB, lors du grand lancement, le 11 mars 2008. Ceux cités dans le tableau II, et peu avant dans cette section, sont le fruit d'une synthèse de notre analyse documentaire. Comme il en sera question dans la section traitant des résultats, il apparaît évident que l'objectif majeur du changement était double : améliorer l'accès aux soins et services de santé ainsi que leur coordination et améliorer la performance du système.

¹⁵ La zone Acadie-Bathurst couvre le territoire desservi par l'ancienne RRS 6. Il faut préciser que le nom de cette ancienne RRS variait d'une source à une autre. Elle était parfois nommée « RRS Acadie-Bathurst » (voir Fradette, Réal. (2002). « La régie 6 change de nom et de politique linguistique », *L'Acadie Nouvelle*, 31 octobre, p.5) ou « RRS Bathurst » (voir Gouvernement du NB. (2017). « Régies régionales de la santé », en ligne : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_render.9435.Régies_régionales_de_la_santé.html, comme consulté le 10 décembre 2017). Dans notre étude, nous utilisons « RRS Acadie-Bathurst » ou « RRS Bathurst » sans distinction, dépendamment de la source qui nous semble la plus appropriée dans le cadre des événements étudiés.

Entrevues semi-dirigées : Les entrevues semi-dirigées ont constitué la principale source de données pour cette étude. Le cadre de l'approche organisationnelle de l'action collective met l'accent sur le vécu des acteurs (Crozier & Friedberg, 1987). Cette stratégie permet aux répondants d'articuler leurs pensées autour de thèmes préétablis tout en demeurant libres d'explorer d'autres sujets non prévus par le chercheur (Boutin, 1997). Les entrevues de type semi-structuré ont été effectuées et les grilles qui présentent les questions ouvertes peuvent être consultées aux Annexes 1 a et 1 b (Savoie-Zajc, 2003). L'identification des acteurs a été effectuée selon une technique d'échantillonnage de type « boule de neige » (Patton, 2002). À l'issue d'une première rencontre avec un acteur clé du système de santé du NB, celui-ci a été invité à nous suggérer les noms d'autres acteurs clés susceptibles de nous fournir de l'information sur le pilotage et la mise en œuvre de la réforme en santé (Miles & Huberman, 2003).

Des entrevues semi-dirigées ont ainsi été effectuées auprès des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre et le pilotage de la réforme du système de santé du NB. Ces individus ont été interrogés par exemple sur les objectifs de la réforme, le choix des priorités d'action en 2008, les défis les plus importants liés à la mise en œuvre de la réforme, les principaux acteurs impliqués ainsi que leur niveau d'influence et leurs rôles, et enfin, sur la place occupée par l'État dans la gouverne. Dans cette optique, deux grilles d'entretiens ont été préparées, dont une qui permettait de cibler la question des instruments de gouverne avec les représentants de l'État (ministres de la Santé, premiers ministres de la province ou sous-ministres de la Santé, par exemple). Il faut souligner que les deux listes de questions ouvertes ont quelque peu évolué au fil des entrevues, puisque celles-ci comportaient trois questions de moins au départ (de 12 et 13 questions ouvertes au départ à un total 15 et 16 vers l'été 2015, respectivement pour les représentants de l'État et les autres acteurs du contexte d'action).

Les entrevues semi-dirigées se sont déroulées à trois périodes. Une première série d'entrevues préliminaires a eu lieu en 2014 dans le cadre d'une recherche exploratoire. À ce moment, trois (3) entrevues ont été effectuées auprès d'acteurs impliqués de près dans la réforme. Ces trois participants ont été interviewés à nouveau au printemps ou à l'été 2015. Des auteurs soulignent qu'il existe de nombreux avantages à entamer une recherche en s'interrogeant sur l'existence et

la disponibilité de données secondaires, ce qui rend cette pratique tout à fait convenable (Baumard, Donada, Ibert, & Xuereb, 2007). En plus de nous donner accès à des informations pertinentes, ce matériel nous a permis d'entamer une réflexion donnant un sens aux enjeux liés à la mise en œuvre de la réforme et aux dynamiques entre les acteurs de la gouverne.

Une seconde période d'entrevues semi-dirigées a eu lieu en mai et août 2015. Durant cette deuxième période, un total de 32 répondants ont participé à nos entrevues¹⁶. La durée moyenne des entretiens était de 65 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants, sauf une, car un répondant a refusé qu'elle le soit. Les enregistrements des entrevues étaient précédés de la signature d'un formulaire de consentement (se référer à l'Annexe 2). Toutes les entrevues ont été retranscrites par deux individus embauchés à cet égard qui devaient respecter certaines consignes : transcription exacte suivant les mots ou expressions employés, indication des moments incompréhensibles, etc.

Lors d'une troisième période d'entrevues semi-dirigées, qui s'est échelonnée entre 2016 et 2017, nous avons interviewé un (1) nouveau répondant et trois (3) répondants qui avaient déjà été rencontrés. Nous avons réalisé nos entrevues à trois différents moments afin d'avoir une meilleure lecture de l'évolution du changement et de son pilotage par l'État dans le temps. Cette troisième et dernière phase s'est focalisée sur des interrogations plus précises (ayant trait par exemple à l'évolution des deux réseaux de santé et aux objectifs de la réforme) qui résultaient de notre première analyse de données. Cette démarche méthodologique en différents temps est propre à la recherche qualitative, car celle-ci se construit graduellement, en lien avec le terrain et à partir de l'interaction des données recueillies et de l'analyse qui en découle (Deslauriers & Kérisit, 1997).

Nous sommes convaincue qu'un nombre suffisant d'entrevues semi-dirigées a été complété afin de permettre une saturation des données (Kuzel, 1999). La collecte des données s'est arrêtée, puisqu'il n'y avait plus d'informations différentes apportées par les répondants (Aubin-Auger et al., 2008). Nous pensons avoir rencontré l'ensemble des acteurs concernés par la

¹⁶ Parmi ces 32 répondants, trois d'entre eux avaient déjà participé à la première série d'entrevues en 2014.

réforme du système de santé lancée en 2008. Par exemple, nous avons vu la majorité des PDG des organisations formant le système de santé du NB, dont ceux en place dans les deux réseaux de santé entre 2008 et 2015¹⁷. Nous avons également rencontré des membres des équipes de la haute direction et du conseil d'administration (CA) de ces deux dernières organisations¹⁸. En ce qui concerne les représentants de l'État, nous avons effectué des entrevues semi-dirigées auprès de différents acteurs clés ayant participé à l'élaboration du changement ainsi qu'à sa mise en œuvre et à son pilotage, notamment, des ministres de la Santé, des sous-ministres de la Santé et un premier ministre de la province. Nous avons aussi rencontré des citoyens, certains membres d'associations professionnelles, et enfin, des experts ou consultants embauchés par l'État entre 2008 et 2015 ou ayant participé à des réformes du secteur public dans le passé. Il est utile de préciser que nous avons discuté avec le PDG du CSNB à plusieurs reprises entre 2014 et 2017 afin de clarifier des éléments ou d'approfondir notre compréhension du phénomène étudiée. En 2017, cinq acteurs clés, comme des PDG d'organisations de santé, des ou des membres de l'État, ont révisé nos descriptions de l'évolution du système public de santé du NB depuis sa création jusqu'en 2015. Le Tableau III offre des détails sur les répondants ainsi que leur fonction dans le système de santé. Les différents répondants rencontrés aux diverses phases, un nombre total de 33, sont en vert dans le tableau III.

¹⁷ Dans le cadre de notre étude, nous considérons que les principales organisations composant le système de la santé de la province sont : la RRS A, la RRS B, le CSNB et FNB. Puisque les services ambulanciers ont été restructurés en 2007, et que, *Ambulance Nouveau-Brunswick* est devenu l'unique fournisseur de ces services, nous avons trouvé pertinent de rencontrer un des PDG de cette organisation. De plus, pendant la période étudiée, cette nouvelle organisation a été au cœur d'une bataille juridique hautement médiatisée concernant les droits linguistiques des francophones du NB.

¹⁸ Comme le lecteur peut le constater dans le tableau III, plus d'acteurs ont été vus en entrevue au sein du RSV comparativement au RSH. D'une part, nous expliquons plus loin dans notre thèse que le RSV a eu à la tête de l'organisation un plus grand nombre de différents dirigeants, cinq au total, entre 2008 et 2015, comparativement à deux du côté du RSH. D'autre part, des acteurs de la haute direction du RSH ont décliné notre offre de participer à notre étude.

Tableau III : Liste détaillée des répondants par groupe d'appartenance et par période

Périodes	Répondants par groupe d'appartenance			
	État	Réseau de santé Vitalité	Réseau de santé Horizon	Autres
Période 1 – Été 2014	Sous-ministre de la santé (1)		VP (1)	PDG d'une organisation de santé ¹⁹ (1)
Période 2 – Printemps et été 2015	Ministres de la Santé (2) Premier ministre (1) Sous-ministres de la Santé (2) Sous-ministres délégués (3) Autre (1)	PDG (4) Administrateur (1) VP (1)	PDG (1) Administrateur (1) VP (1) Professionnel (1)	PDG d'une organisation de santé (3) Administrateur (1) Professionnel (1) Formation des professionnels/université (1) Associations professionnelles (2) Citoyens (3) Experts/consultants (2)
Période 3 – Janvier 2016 à avril 2017		PDG (1) PDG (1)	VP (1)	PDG d'une autre organisation (1)

Analyse documentaire : Une deuxième stratégie de collecte de données, soit les sources documentaires, nous a permis de corroborer les informations obtenues dans le cadre des entrevues individuelles et de confirmer ou de confronter les rôles attribués aux divers acteurs impliqués. Dans le cadre de notre étude, l'analyse documentaire nous a notamment permis de marquer les étapes d'évolution du changement. Cette stratégie complète et enrichit les informations recueillies par les entrevues et favorise l'approfondissement de la compréhension du phénomène étudié (Patton, 2002). Divers types de documents ont été analysés en fonction d'usages différents, parmi ceux-ci : rapports annuels des deux RRS, du CSNB, de FNB et du ministère de la Santé, plans d'action, projets de loi, documents présentant les diverses réformes au fil des époques, etc.

Puisque le contexte général particulier à la province pouvait avoir des répercussions sur l'évolution du projet de changement, nous avons aussi effectué une revue médiatique. Cette

¹⁹ Comme il a déjà été spécifié, ces autres organisations sont le CSNB, FNB et AmbulanceNB.

revue médiatique incluait les articles de presse écrite du NB entre la période de septembre 2006, soit la période où le gouvernement Graham est entré au pouvoir, et décembre 2015. Ainsi, plus de 700 articles de journaux et de médias francophones et anglophones de la province ont été analysés entre septembre et décembre 2015. Les données médiatiques apparaissent comme un moyen de s'ancrer dans « l'histoire immédiate » et permettent de suivre l'évolution d'un processus (Fines, 2010). Autrement dit, la couverture médiatique aide à cerner les changements qui se produisent au fil du temps, par exemple, comment s'organise une action sociale.

3.4 Analyse des données

La démarche d'analyse des données retenue dans le cadre de notre étude est de type hypothético inductif, où une analyse initiale s'est dégagée à partir des propos des répondants. Ainsi, l'approche organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) vise à repérer les comportements stratégiques qui servent à la poursuite des buts personnels des acteurs d'un système. Dans l'optique d'appréhender l'action collective, une démarche de recherche se déroulant par étapes s'impose en quelque sorte d'elle-même dans ces circonstances de recherche :

« Obligée de reconnaître et d'assumer la contingence irréductible du phénomène qu'elle cherche à étudier, l'analyse stratégique ne peut qu'adopter une *démarche hypothético inductive* par laquelle elle constitue et cerne son objet d'études par étapes successives à travers l'observation, la comparaison et l'interprétation des multiples processus d'interaction et d'échange qui composent la toile de fond de la vie à l'intérieur du système d'action qu'elle cherche à analyser. Une démarche en somme qui se sert de l'expérience vécue des participants pour proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble. » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 454)

L'orientation initiale offre des points de repère permettant au raisonnement analytique de se déployer :

« En abordant son terrain d'étude dans cette perspective, et avec cet objectif, un chercheur, bien entendu, ne repart pas entièrement de zéro. Outre sa *problématique* ... et le *mode de raisonnement* qui, autour d'un certain nombre de concepts comme stratégie, capacité, zone d'incertitude, nature et règles du jeu, lui fournissent l'instrument d'analyse

permettant de répondre à l'interrogation qu'elle pose, il a, en effet, entre ses mains un ensemble de données lui permettant de constituer un premier cadre plus ou moins formel pour son étude » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 452)

Cette orientation initiale peut être comparée au recours à des concepts analogiques précis et existants pour générer une catégorie, ou encore, à une forme d'inspiration qui pourrait provenir de recherches précédentes, de lectures ou encore par des exercices mentaux (Langley, 1999). Elle fait en sorte que le chercheur dispose d'un premier cadre pour son analyse, mais qu'à partir de celui-ci, tout reste à faire (Crozier & Friedberg, 1977). En effet, à partir de ce moment, le travail demeure inductif où il sous-tend une certaine construction de la catégorie (Paillé & Mucchielli, 2012).

Le processus d'analyse itératif et continu se compose de trois courants, soit la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des données (Huberman, Miles, De Backer, & Lamongie, 1991). Dans cette optique, une première étape, dans une logique inductive, a cherché à identifier les acteurs du contexte d'action (État et autres acteurs du contexte pluraliste comme les médias) et leurs stratégies d'action ainsi que les instruments utilisés par l'État afin de piloter le changement (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1993). Le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner a été utilisé afin de coder les données selon différents enjeux, par exemple l'enjeu des deux communautés linguistiques, l'enjeu d'efficacité et de performance, l'enjeu de coordination et d'accès aux soins et services ou encore l'enjeu de la participation des citoyens (Crozier & Friedberg, 1987; Huberman et al., 1991). Afin d'organiser les données, nous avons également créé d'autres catégories, dont celle ayant trait aux instruments mobilisés par l'État pour influencer la trajectoire de la réforme. Dans chacune de ces catégories, des sous-codes étaient rajoutés afin d'aider à la classification des données.

La sélection d'information à partir des documents écrits a principalement servi à identifier des repères permettant de décrire le processus de changement de manière chronologique et de l'illustrer sous forme de séquences à travers le temps, soit entre 2006 et 2015. Cette étape correspond à celle de la présentation des données de Huberman et Miles (1991) qui

recommandent de recourir à des tableaux, graphiques, matrices ou autres schémas afin d'assembler les données et tirer des conclusions. En plus d'identifier les acteurs présents à chaque phase (ou séquence) du changement, cette étape nous a permis d'expliquer « ce qui se passe » ou pourquoi les choses se passent ainsi (Huberman et al., 1991). L'étape de l'interprétation des données nous a permis de confirmer les relations entre les données et nous a amenés à leur attribuer une signification. Selon Crozier et Friedberg (1977), le problème de l'interprétation est toujours le même soit « utiliser les données descriptives sur les opinions, les perceptions, les sentiments et les attitudes des acteurs pour reconstruire la structure du pouvoir... » (p.410). Ultimement, cette étape nous a permis de dégager la dynamique des acteurs engagés dans le pilotage et la mise en œuvre de la réforme. Comme il a été noté, une validation du récit, qui inclut donc les grandes étapes du changement entre 2006 et 2015 et les acteurs présents à chacune de celles-ci, a été effectuée auprès d'acteurs clés de la réforme et de notre directrice.

3.5 Critères de qualité et limites de l'étude

D'entrée de jeu, il faut spécifier que les entrevues ont été effectuées par la chercheuse qui s'est assurée que les questions des grilles d'entrevues soient traitées de manière équivalente pour tous les répondants. Aussi, elle s'est assurée que les répondants comprenaient les questions et les a reformulées au besoin ou encore leur a demandé des éclaircissements, lorsque jugé nécessaire. Ci-dessous, nous démontrons que des critères de qualité, soit l'objectivité, la crédibilité, la confirmabilité et le transfert des résultats, ont été pris en compte afin d'accroître la rigueur de notre étude (Lincoln & Guba, 1985).

Premièrement, en termes d'objectivité, les rôles de la chercheuse ont été décrits clairement lors de la cueillette des données. Pendant l'analyse des entretiens, la chercheuse n'a pas jugé de la perspicacité des actions ou des comportements des acteurs clés, mais elle les a comparés et elle a tenté de les comprendre (Crozier & Friedberg, 1977). Deuxièmement, en ce qui concerne la crédibilité, la chercheuse s'est assurée de séparer les résultats et l'interprétation. Aussi, les diverses sources de données ont permis d'accéder à des informations plus riches et variées et non sélectives tandis que la triangulation a permis de valider les résultats issus de la recherche

(Patton, 2002). Troisièmement, en ce qui a trait à la confirmabilité, les procédures d'entrevues ont été respectées afin de recueillir et traiter les données de la manière la plus ouverte, honnête et systématique possible (Crozier & Friedberg, 1987). À l'étape du codage, après avoir établi un lexique de codification et stabilisé le système de codage, des stratégies de contre-codage ont été utilisées. Notre codage ainsi que notre analyse des données ont été discutés à maintes reprises avec notre directrice, ce qui fait en sorte que la crédibilité a été assurée (Lincoln et Guba, 1985). Finalement, à l'égard du transfert des résultats, Crozier et Friedberg (1987) considèrent que les résultats ne sont pas falsifiables et qu'ils ne prouvent rien, car l'analyse n'a jamais épuisé l'éventail des situations qui pourraient ou devraient être étudiées ou comparées. Comme il s'agit d'une étude de cas unique, la transférabilité ne peut être envisagée que pour des cas similaires. C'est pour cette raison que nous exposons en détail les caractéristiques des éléments du cas et de son contexte dans le rapport de recherche.

Relativement aux limites de notre étude, l'une d'entre elles concerne justement ce dernier point entourant la transférabilité des résultats obtenus. Comme le cas analysé s'inscrit dans un contexte particulier, nous nous demandons dans quelles mesures une généralisation à d'autres contextes serait envisageable. Par exemple, nos résultats montrent de quelles façons l'environnement externe ainsi que le contexte social et politique particuliers au système public de santé du NB a eu des répercussions sur la progression et le pilotage du projet de changement. Des informations détaillées sur le contexte permettent au lecteur de s'interroger sur l'application des résultats de notre étude dans un contexte qui l'intéresse. Une autre limite de l'étude réside dans la représentativité des groupes d'acteurs clés ciblés. Le lecteur doit garder à l'esprit que les résultats de notre étude ne représentent pas l'ensemble des comportements et stratégies des groupes d'acteurs étudiés. Ils servent plutôt à « esquisser les quelques seuils d'une séquence génétique de l'émergence d'un SAC » (Friedberg, 1993, p. 161), et ceci, à partir de témoignages de répondants informés et crédibles dans leur milieu. Enfin, la base temporelle sur laquelle nous avons basé nos analyses, soit de mars 2008 à décembre 2015, peut constituer une limite supplémentaire. Dans notre cas, l'étude du changement se fait en fonction d'une durée limitée dans le temps, c'est-à-dire en comprenant un début et une fin. Dans une perspective de changement continu, nous imaginons que des apprentissages et des ajustements se produisent au-delà de cette période.

3.6 Considérations éthiques

La démarche proposée dans le cadre de cette étude est fidèle aux exigences en matière d'éthique de recherche (Doucet, 2002). Cette étude a obtenu une autorisation du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) et des comités d'éthique de la recherche du Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon (se référer à l'Annexe 3). Les personnes qui ont été interrogées ont reçu par courriel les informations liées à leur participation à cette étude. Un formulaire de consentement a été expliqué, à l'oral et à l'écrit, et a été signé par tous les participants à cette recherche lorsqu'ils ont accepté de participer aux entrevues individuelles. Le formulaire de consentement présentait l'objectif du projet ainsi que les risques et les bénéfices associés à une participation à cette recherche (Patton, 2002). L'Annexe 2 présente le formulaire à cet effet. De plus, les personnes interviewées ont eu le choix de participer sans nécessairement être enregistrées. La confidentialité des entretiens a été assurée et la participation était volontaire et éclairée. Les participants ont été informés qu'ils étaient libres de mettre fin à leur participation sans qu'une justification leur soit demandée et sans préjudice aucun à leur endroit. Enfin, les enregistrements ont été détruits après la retranscription des entretiens.

Partie III : Présentation des résultats

Cette partie de la thèse présente les résultats de recherche. Elle est composée de deux chapitres : le chapitre 4 traite de l'évolution du système de santé public du NB (de l'après-Seconde Guerre mondiale jusqu'en 2006) et le chapitre 5 porte particulièrement sur le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la réforme du système de santé du gouvernement Graham (2006-2015).

Le chapitre 4 est divisé en fonction de trois grandes périodes dans l'évolution des soins publics de santé au NB : de l'après-Seconde Guerre mondiale à la fin des années 1950, du début des années 1960 jusqu'au milieu des années 1980, et enfin, du milieu et de la fin des années 1980 jusqu'à 2006. Le chapitre 5 est divisé en trois moments charnières de la réforme du système de santé du gouvernement Graham : la phase d'élaboration de la réforme (2006-2008), la phase du grand lancement de la réforme et de ses suites (2008-2010) et la phase actuelle (2010-2015). À chacune de ces phases, les dynamiques des acteurs concernés sont expliquées en fonction de leurs contextes individuels. De plus, les instruments et les stratégies utilisés par l'État afin de piloter le changement sont exposés.

Chapitre 4 - Évolution du système public de santé du Nouveau-Brunswick

Ce chapitre relate, sous la forme d'un récit historique, l'évolution du système public de santé du NB. La présentation de ce récit est structurée autour de trois périodes dans le temps : (1) de l'après-Seconde Guerre mondiale jusqu'à la fin des années 1950, période pendant laquelle les soins de santé se sont développés localement ; (2) du début des années 1960 jusqu'au milieu des années 1980, période correspondant au moment où les services publics de santé ont continué de se développer et se sont consolidés ; (3) du milieu et de la fin des années 1980 jusqu'en 2006, période au cours de laquelle l'État a mis en œuvre des efforts de planification et de rationalisation. Puisque la réforme en santé de la province en cours constitue notre unité d'analyse, les périodes couvrant son élaboration (2006 à 2008) ainsi que sa mise en œuvre (2008 à 2015) sont expliquées avec plus de détails dans le prochain chapitre.

Dans le cadre du chapitre 4, le lecteur peut constater que le développement et l'évolution des services publics de santé du NB au fil du temps va de pair avec la naissance de solides assises sur lesquelles la réforme du gouvernement Graham est venue s'appuyer. Ces fondements qui influencent le parcours du système de santé sont par exemple le contexte de dualité linguistique particulier au NB ou les vagues de centralisation et de décentralisation des services de santé, des mouvements qui n'échappent pas à la province, ainsi que la tension constante entre le renouvellement ou l'adaptation de l'offre de soins et le contrôle des coûts. Entre 2008 et 2015, la progression de la réforme du système de santé était donc imprégnée par ces éléments qui bien souvent se situaient en dehors de sa portée, faisant partie de ce que nous nommons le contexte systémique.

4.1 Développement de soins au niveau des communautés locales : Après Seconde Guerre mondiale - Fin des années 1950

Au NB, la construction d'hôpitaux a pris une expansion rapide au milieu du XXe siècle (Nouveau-Brunswick, 1984). Ainsi, vers la fin des années 1940, le NB comptait déjà 49

hôpitaux et sanatoriums distribués à la grandeur de la province (Nouveau-Brunswick, 1951). Les services de santé ont vu le jour à partir de besoins particuliers de communautés locales, de médecins en pratique privée ou d'organismes de charité, comme les congrégations religieuses qui construisaient et administraient un nombre significatif d'hôpitaux au sein de la province (Ladouceur & Robichaud, 2011). Les collectivités ne considéraient pas leurs établissements hospitaliers comme étant partie intégrante d'un réseau de soins de santé à l'échelle provinciale et ceux-ci évoluaient donc indépendamment les uns des autres (Nouveau-Brunswick, 1978). Le système de santé du NB en place à cette période était déjà perçu comme inefficace. À cet égard, une enquête soulignait au début des années 1950 qu'une meilleure coopération et coordination des services hospitaliers était nécessaire afin d'accroître la qualité des soins de santé, tandis qu'une autre recommandait même une régionalisation des établissements (LeBlanc, 2010). Dans l'optique d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services, il était proposé que la province soit divisée en cinq régions administratives de soins de santé, où les plus grands hôpitaux serviraient de « grands frères » aux petits, favorisant ainsi la collaboration (Nouveau-Brunswick, 1984, p. 16).

En 1946, le gouvernement du Canada proposait un programme de subventions nationales à la santé dans le cadre de la conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction (Nouveau-Brunswick, 1984). Les subventions fédérales étaient accordées aux provinces et territoires deux ans plus tard afin de soutenir les initiatives en santé, comme l'amélioration des services d'hygiène publique ou la formation professionnelle (Santé Canada, 2011). L'adoption de ce programme fédéral de subventions a accéléré le développement des soins et des services de santé au NB (Nouveau-Brunswick, 1984). Elle a entre autres permis à la province d'offrir un programme de santé mentale et a constitué un des principaux soutiens financiers à la construction d'hôpitaux (Nouveau-Brunswick, 1984). Le NB, à l'instar des autres provinces, devenait partie prenante d'un nouvel interventionnisme étatique en matière sociale et économique, visant à assurer un certain niveau de bien-être à l'ensemble de la population (Belliveau, 2008; LeBlanc, 2010).

4.2 Développement de services publics de santé : Début des années 1960 – Milieu des années 1980

En 1958, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* du gouvernement fédéral entrainait en vigueur. Par l'entremise de cette loi, le gouvernement du Canada s'engageait à assumer 50 % des coûts des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-hospitalisation (Santé Canada, 2011). Les bases d'un système public de soins de santé étaient jetées l'année suivante au NB lorsque la province mettait en place un régime d'assurance-hospitalisation, selon cette formule de partage des coûts (Nouveau-Brunswick, 1984; Santé Canada, 2011). Malgré ce financement conjoint, les coûts élevés de la prestation des services de santé et de bien-être social étaient source de soucis financiers pour le gouvernement du NB tandis que les plans de régionalisation des services hospitaliers, discutés des années plus tôt, demeuraient dans une impasse (Nouveau-Brunswick, 1984). Le développement du système de la santé, incluant la conversion des infrastructures privées, comme les hôpitaux, en infrastructures publiques, s'effectuait sans trop d'égard à la planification. De plus, des disparités régionales importantes en ce qui a trait aux soins de santé et aux services hospitaliers au sein de la province étaient devenues un enjeu (LeBlanc, 2010).

Les réformes sociales et étatiques du gouvernement Robichaud : la centralisation pour améliorer l'accès

Pendant que le système de santé du NB se développait rapidement et que le budget des soins de santé augmentait, le **gouvernement libéral** de **Louis J. Robichaud** entreprenait des réformes sociales et étatiques inscrites dans un mouvement général à l'échelle canadienne²⁰ (Bouchard & Vézina, 2001). Cette série de réformes faisait suite au rapport de la Commission Royale sur les finances et la taxation municipale (*Commission Byrne*) de 1964 qui recommandait entre

²⁰ Louis Joseph Robichaud a été élu chef du Parti libéral du NB en 1958. Il est devenu premier ministre de la province en 1960 et son gouvernement a remporté les élections générales tenues en 1963 et 1967. Après une décennie au pouvoir, il a été défait aux élections de 1970 par le gouvernement conservateur de Richard Hatfield (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick (2015), en ligne : <http://www.gnb.ca/legis/publications/tradition/premiers/robichaudl-f.asp>, comme visité le 7 juillet 2015).

autres que tous les citoyens de la province aient accès aux mêmes services de base (Belliveau & Boily, 2005; Byrne, 1963; LeBlanc, 2010; Young, 2001). Le *Programme Chances égales pour tous* (PCE) était lancé en 1967 dans l'optique notamment de garantir la prestation équitable de services publics de base à tous les citoyens du NB (Nouveau-Brunswick, 1984). Le gouvernement provincial, en centralisant son pouvoir décisionnel, devenait dorénavant l'unique responsable des services publics de santé, ainsi que de la construction et du fonctionnement de tous les hôpitaux, faisant en sorte que les municipalités n'avaient plus aucun rôle à jouer dans ce domaine²¹ (Young, 2001). À cet égard, il est utile de rappeler que jusqu'au début des années 1960, les responsabilités financières les plus importantes des municipalités concernaient les services hospitaliers (Cyr, 2001). À la suite du transfert des responsabilités vers le ministère de la Santé, les conseils de la santé locaux étaient regroupés en cinq régions administratives de la santé, chacune concentrée autour d'un grand centre urbain du NB, et ceci, dans l'optique d'offrir un système coordonné de soins plus efficaces permettant l'égalité d'accès aux services à tous les citoyens (Nouveau-Brunswick, 1984).

À cette même époque, la *Loi sur les soins médicaux* était adoptée par le gouvernement fédéral et élargissait la gamme de services de santé assurés, au-delà des soins offerts dans les hôpitaux (Santé Canada, 2011). Cette autre étape au programme fédéral-provincial du partage des coûts des régimes d'assurance-maladie, faisait en sorte que divers services de santé entre autres ceux offerts par les médecins allaient être inclus dans la couverture. La mise en œuvre de la *Loi sur les soins médicaux* ainsi que celle du PCE du gouvernement Robichaud rendait le gouvernement du NB dorénavant responsable de l'organisation et de la gestion des services et des soins de santé de la province (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b).

Au début des années 1970, la préoccupation de l'État était de s'assurer que les organisations locales de santé, comme les hôpitaux et les bureaux de médecin, soient dotées des outils nécessaires pour répondre à leur mandat principal qui était de mettre en place des services de santé financés publiquement et disponibles à tous les citoyens (Conseil de la santé du

²¹ Même si les ententes fédérales-provinciales sur l'assurance-hospitalisation avaient eu pour effet de diminuer les responsabilités financières des municipalités en ce qui concerne les coûts d'administration des hôpitaux, celles-ci continuaient à participer aux coûts de construction des édifices. Le gouvernement du NB est devenu propriétaire de tous les hôpitaux à la suite de « l'ère Robichaud », c'est-à-dire en 1972 (Cyr, 2001).

Nouveau-Brunswick, 2011b). Durant cette période, la programmation et la planification des services de santé à l'échelle provinciale étaient toujours absentes. Une étude du gouvernement du NB en 1970 soulignait d'ailleurs le manque de développement régional (Llewelyn-Davies, 1970) :

« De l'absence par le passé d'une planification générale et coordonnée il a résulté que la plupart des localités ont leur propre hôpital. Bien que cela puisse sembler concorder avec la politique de « l'égalité sociale de tous les habitants », il ne faut pas oublier que la parité de l'accès aux hôpitaux n'implique pas automatiquement une parité d'accès à des services de haute qualité. Bien au contraire, le caractère de la médecine actuelle est tel que la mise sur pied de nombreux petits hôpitaux peut exercer un effet de dilution considérable sur la qualité des soins » (Nouveau-Brunswick, 1984, p. 17).

Les résultats de cette étude signalaient que les hôpitaux de la province étaient « trop clairsemés », trop petits pour offrir des services de santé efficaces et avaient des normes de qualité variées (Nouveau-Brunswick, 1984, p. 17). Dans l'optique d'améliorer la qualité des services et d'effectuer des économies à l'échelle provinciale, il était recommandé que les services hospitaliers deviennent coordonnés dans le cadre d'un programme régional et que les services spécialisés deviennent regroupés à un même endroit (Nouveau-Brunswick, 1984). Autrement dit, les conclusions de l'étude de 1970 souhaitaient une plus grande intégration des services par l'entremise d'un développement régional dans les cinq régions administratives en place, avec des hôpitaux aux paliers des régions, districts et collectivités (Llewelyn-Davies, 1970).

Le gouvernement Hatfield face à la croissance du budget des soins de santé

C'est en 1971 que le NB mettait sur pied son régime d'assurance-maladie selon la formule du partage des coûts avec le gouvernement fédéral (Nouveau-Brunswick, 1984; Santé Canada, 2011). À ce moment, le gouvernement du Canada offrait des subventions égales à toute augmentation des dépenses de la province en ce qui concernait les soins médicaux et hospitaliers, pouvant assumer parfois jusqu'à 75 % des frais des services de santé (Nouveau-Brunswick, 1984). Peu de temps après son arrivée au pouvoir, le **gouvernement progressiste-**

conservateur de Richard Hatfield jouait un rôle déterminant en implantant ce régime d'assurance-maladie²² (Marchildon & O'Byrne, 2013). L'adoption et la mise en œuvre de l'assurance-maladie créaient une demande accrue pour des services publics de santé et amélioraient l'accès au système de soins de santé (Nouveau-Brunswick, 1984).

Jusqu'au début des années 1970, l'accroissement du rôle de l'État et la croissance économique allaient de pair (Belliveau, 2008)²³. Par contre, le milieu des années 1970 marquait un retour à l'instabilité économique et les coûts élevés des systèmes publics de santé commencèrent à être problématiques, et ce tant pour le gouvernement fédéral que celui du NB (Belliveau, 2008; Nouveau-Brunswick, 1984). Des négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires aboutissaient en 1977 à la mise en œuvre du Financement des programmes établis (FPE), par lequel le partage des coûts était remplacé par un mécanisme de financement global, le « financement en bloc » (Imbeau, Chenard, & Dudas, 2002). Ce changement signifiait que dorénavant les transferts fédéraux ne seraient plus basés sur les coûts des programmes de santé, mais sur un transfert « en bloc », calculé à partir des coûts établis à cette époque (Imbeau et al., 2002).

En 1981, l'hôpital extra-mural (HEM) était fondé afin de fournir des services hospitaliers à domicile aux citoyens de la province. L'HEM apparaissait comme une solution de rechange appréciable à la prestation de services en milieu hospitalier²⁴ (Bouchard & Vézina, 1994). Cette forme de maintien à domicile permettait d'éviter des admissions dans les hôpitaux ou d'écourter les séjours en établissement (Bouchard & Vézina, 1994). Certaines études ont conclu que l'HEM avait des effets positifs potentiels sur l'utilisation des services hospitaliers

²² Richard Bennett Hatfield a été élu Premier ministre de la province en 1970. Il sera réélu aux élections générales de 1974, 1978 et 1982. À la suite de quatre mandats qui se sont étendus sur 17 ans, il a perdu les élections de 1987 face aux Libéraux de Frank McKenna (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick (2015), en ligne : <http://www.gnb.ca/legis/publications/tradition/premiers/robichaudl-f.asp>, comme visité le 11 juillet 2015).

²³ Les années entre 1945 et 1973 constituent la période des « Trentes glorieuses », pendant laquelle l'ensemble de l'Occident, à divers degrés, connaît une croissance économique ininterrompue. Cette période marque également l'arrivée d'une nouvelle vision du rôle de l'État dans la société et de changements culturels et démographiques importants comme l'arrivée des « baby boomers » (Belliveau, 2008).

²⁴ À l'époque, il n'y a qu'un seul hôpital extra-mural à la grandeur de la province et sa gestion est centralisée au sein d'un unique conseil d'administration.

et sur les dépenses pour les médecins, améliorait la qualité de vie des patients, et qu'enfin, les patients admis à l'HEM coûtaient jusqu'à dix fois moins cher que ceux séjournant à l'hôpital (Bouchard & Vézina, 1994; Reamy, 1995). L'HEM était le premier programme véritablement planifié à l'échelle provinciale et il est toujours considéré aujourd'hui comme une expérience réussie (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b). Comme nous le verrons plus loin, l'HEM allait plus tard être intégré à la structure hospitalière.

En 1984, la *Loi canadienne sur la santé* était sanctionnée (Santé Canada, 2011). Par l'entremise de cette loi, le gouvernement fédéral fondait le système de santé sur cinq principes : intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité et gestion publique. Le respect de ces principes était exigé des provinces et territoires (Santé Canada, 2011). Chaque province ou territoire pouvait par ailleurs adapter l'offre des services selon des caractéristiques, qui lui étaient propres, à la fois politiques et démographiques (Reamy, 1995).

Dans les années 1980, des études et rapports soulignaient que l'évolution des coûts liés aux services et soins de santé au NB représentait un enjeu réel pour le gouvernement (Robichaud, 1985). Dans un ouvrage, Robichaud (1985) notait que le gouvernement provincial consacrait à la santé 25 % de chaque dollar dépensé et que cette portion du budget accaparait 9,3 % du produit intérieur brut de la province. Durant ce temps, le gouvernement Hatfield tentait d'apporter des changements aux services hospitaliers afin de planifier sur une base provinciale (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b). Selon le CSNB (2011b), c'est d'ailleurs à cette époque que les principales composantes d'un plan directeur des services hospitaliers étaient identifiées pour une première fois. Par contre, ce plan représentait « la somme » de projets de développement individuel de plus d'une cinquantaine d'hôpitaux locaux et il n'indiquait pas de quelles manières l'organisation et la prestation des services hospitaliers pouvaient être rationalisées et intégrées (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b).

Le gouvernement Hatfield et la dualité linguistique

Dans le secteur de l'éducation, le gouvernement progressiste-conservateur de Hatfield confirmait une logique de dualité culturelle au milieu des années 1970 en séparant le ministère

sur des bases linguistiques, où chaque communauté pouvait posséder ses propres écoles maternelles, primaires, intermédiaires et secondaires et les gérer comme bon lui semblait (Belliveau, 2008)²⁵. Durant les pourparlers qui avaient mené à ce renouvellement du régime linguistique en éducation, il avait été question de deux volets : « dualitaire » et territorialiste (Belliveau, 2008). Ce deuxième volet se serait traduit par la reconnaissance de régions administratives francophones, anglophones et bilingues. Le premier volet a finalement été retenu, plus compatible avec les intérêts de l'État provincial (Belliveau, 2008). La *Loi sur l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick* (la *Loi 88*) qui était adoptée quelques années après cette scission partielle du ministère de l'Éducation venait renforcer cet acquis et l'érigeait en quelque sorte comme un modèle potentiel à suivre pour d'autres ministères. Il est utile de préciser que ni le concept d'institution distincte, ni les secteurs de responsabilité gouvernementale, où ce concept était censé s'appliquer, n'étaient clairement définis dans cette loi. En d'autres mots, les soins de santé n'étaient pas explicitement mentionnés dans les dispositions légales concernant les institutions distinctes et les responsabilités du gouvernement; leurs applications n'étaient pas non plus précisées.

En 1985, Jean-Bernard Robichaud publiait un ouvrage sur la santé des francophones et le système de soins de santé du NB: *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*. Son étude s'inscrivait dans « une démarche positive de développement des services de santé à la population francophone du Nouveau-Brunswick » et se voulait une contribution à l'amélioration de l'état de santé des francophones et du système de santé (Robichaud, 1985, p. 11). Les conclusions de l'étude démontraient entre autres des variations importantes en ce qui concerne l'accès aux soins et services de santé entre les régions francophones et anglophones de la province (Robichaud, 1985). Elles soulignaient également des écarts défavorables au réseau hospitalier francophone quant à la disponibilité et à l'accessibilité des services de santé, principalement secondaires et tertiaires (LeBlanc, 2010)²⁶.

²⁵ Les deux sous-ministres autonomes sont sous la responsabilité organisationnelle d'un seul ministre de l'Éducation.

²⁶ Au début des années 2000, Léandre Desjardins réutilisait certains résultats de l'étude de Robichaud (1985) dans le cadre d'une analyse sur la santé des francophones : « La santé des francophones du Nouveau-Brunswick », étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick, Moncton, Éditions de la Francophonie. La Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick (SAANB) s'appelle aujourd'hui la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick (SANB).

4.3 Le double impératif de planification et de rationalisation : Milieu et fin des années 1980 – 2006

L'arrivée au pouvoir, en 1987, du **gouvernement libéral** de **Frank McKenna** était marquée par des enjeux affectant l'efficacité et l'efficience du système de santé, notamment un contexte économique défavorable, une augmentation constante des coûts en soins de santé et une compétition entre les hôpitaux de la province qui résultaient en une duplication des services (Nouveau-Brunswick, 1992; Reamy, 1995)²⁷. Le gouvernement consacrait alors 29 % du budget total de la province aux services communautaires et aux services de santé tandis que le taux de croissance des recettes provinciales était à la baisse (Nouveau-Brunswick, 1992). En plus de ces réalités financières, le gouvernement McKenna notait qu'il devait composer avec des réalités sociales particulières comme l'augmentation marquée du nombre de femmes sur le marché du travail et le vieillissement de la population ainsi que d'autres enjeux liés à « une croissance technologique impressionnante en matière de soins de santé » (Nouveau-Brunswick, 1992, p. 4).

En 1989, la Commission sur certains programmes de soins de santé (*Commission McKelvey-Lévesque*) faisait de nombreuses recommandations pour améliorer le système de santé du NB. Deux constats principaux émanaient de leur rapport : la concurrence régionale faussait la planification et la politique l'influçait (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989). Selon Bouchard et Vézina (1994), le mandat confié à la Commission relevait de considérations économiques, c'est-à-dire qu'il n'était pas question de faire « plus et mieux », mais bien de faire « mieux et moins cher » (p.125). Le mandat précis de cette commission était le suivant :

« 1. Examiner les coûts et le financement des hôpitaux, de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance du NB ;

²⁷ Francis Joseph McKenna, a été choisi chef du Parti libéral en 1985. Son gouvernement a été élu aux élections générales de 1987, 1991 et 1995. En 1997, 10 ans après la victoire électorale de son parti, il a démissionné de son poste de premier ministre du NB (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Assemblée législative du Nouveau-Brunswick (2015), en ligne : <http://www.gnb.ca/legis/publications/tradition/premiers/robichaudl-f.asp>, comme visité le 11 juillet 2015).

2. Trouver des solutions de rechange susceptibles de permettre une meilleure utilisation des ressources disponibles et
3. Formuler des recommandations sur la façon d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes sans compromettre la qualité » (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989, p.2).

Dans leur rapport, les auteurs mettaient quelques enjeux en lumière, notamment, que les citoyens de la province étaient de grands utilisateurs des services hospitaliers, lesquels parfois pouvaient être développés hors établissement; qu'il n'y avait pas de « limite » au programme d'assurance-maladie et au plan de médicaments sur ordonnance, ce qui avait un impact sur le contrôle des dépenses ; et enfin, que le nombre de médecins facturant l'assurance-maladie augmentait à un rythme plus rapide que la population (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989; Nouveau-Brunswick, 1992). Parmi la soixantaine de recommandations des auteurs, on y retrouvait : la création d'un plan de la main d'œuvre médicale pour le NB, qui allait déterminer notamment le nombre maximum de médecins permis par spécialité et par endroit (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989; Reamy, 1995) ; un plan directeur des services hospitaliers qui ferait état des services que chaque hôpital devrait offrir et non de ceux offerts à l'époque (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989) ; la mise en œuvre de comités locaux de planification chargés de coordonner et de rationaliser les services de santé de leur région (Bouchard & Vézina, 1994; Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989) ainsi que la création d'un Conseil du premier ministre pour la stratégie en matière de santé afin de faire de la planification le « principal outil de rationalisation du réseau de santé » (Bouchard & Vézina, 1994, p. 125).

La réforme en santé du gouvernement McKenna : régionalisation des services de santé afin de réduire les coûts et améliorer les services de santé

Peu après la publication du rapport de la Commission McKelvey-Lévesque, le gouvernement McKenna décidait de réformer le système de santé de la province. Selon Reamy (1995), peu de consultations publiques ont précédé l'annonce de la réforme, même si l'auteur rappelle que plusieurs rencontres avaient eu lieu dans le cadre de la Commission McKelvey-Lévesque. À l'époque, l'inquiétude liée à l'augmentation des dépenses et le désir d'offrir des soins de santé

d'une manière plus efficiente motivaient les gouvernements des provinces canadiennes à répartir les ressources de manière plus efficace et à introduire des changements structurels majeurs comme la décentralisation, la régionalisation des services et un virage vers les soins continus (Angus, 1997; A.-P. Contandriopoulos & Trottier, 1998; Reamy, 1995).

La régionalisation de la gestion des hôpitaux du NB s'inscrivait ainsi dans une tendance canadienne plus large où « restructurer, rationaliser, régionaliser et décentraliser » étaient les mots d'ordre (Angus, 1997, p. 210; Reamy, 1995). De plus, à l'instar des autres provinces au pays, le gouvernement du NB devait faire face à des coupures dans le programme FPE, celui communément appelé le « financement en bloc » (Angus, 1997; Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b). Ces réductions de paiements de transferts fédéraux en matière de santé étaient perçues par certains « comme un changement de cap définitif des dépenses fédérales » (Angus, 1997, p. 208). Alors que dans les années 1980, la plupart des provinces avaient entrepris d'examiner les coûts de la santé en créant des commissions royales d'enquêtes ou en commandant des études, les grandes mesures de contrôle des coûts ne voyaient le jour que dans les années 1990 (Angus, 1997).

La réforme annoncée en **mars 1992** visait « à réorienter et revitaliser notre système de soins de santé et de soins communautaires » afin de garder le système de santé viable dans un environnement changeant (Nouveau-Brunswick, 1992, p. 7). Selon Bouchard et Vézina (1994), cette réforme avait comme objectifs principaux la réduction des dépenses et l'amélioration des services de santé. La planification et la gestion régionale qui allaient découler du changement structurel permettraient de réduire les coûts de santé en évitant les querelles politiques issues de la concurrence entre groupes ou localités (Bouchard & Vézina, 1994). Quelques jours après l'annonce du changement, le ministre de la Santé et des Services communautaires, Russell King, prononçait un discours à l'Assemblée législative qui résumait l'essentiel des intentions déclarées par le gouvernement McKenna dans son plan (Bouchard & Vézina, 1994) :

« Fournir à toute la population du Nouveau-Brunswick les meilleurs services de santé et services sociaux communautaires qui soient, d'une façon équitable, souple et abordable en période de difficultés économiques »²⁸ (King, 1992, p.1700).

Un instrument de gouverne de type législatif mobilisé par le gouvernement McKenna pour atteindre ses objectifs

En 1992, les 51 conseils d'hôpital ou comités de gestion dans les hôpitaux et centres de santé de la province étaient dissous et remplacés par huit conseils régionaux, chacun régi par un CA (Nouveau-Brunswick, 1992)²⁹. L'objectif de ce changement structurel était de « rationaliser l'administration du système de santé et de services communautaires en créant des corporations hospitalières chargées d'assurer le fonctionnement du réseau hospitalier dans les sept régions sanitaires du Nouveau-Brunswick » (Ministère de la Santé et des Services communautaires, 1995a, p. 3). Alors que six corporations hospitalières de région (CHR) étaient établies pour gérer les établissements de santé dans leur région respective, une septième, c'est-à-dire celle de la région 1 (Moncton), incluait deux CHR (Sud-Est et Beauséjour). Ces deux CHR allaient respectivement gérer des établissements de langue anglophone ou francophone³⁰. Le nombre d'établissements de santé de chacune des corporations hospitalières de région variait en fonction de la zone géographique couverte et du nombre d'individus sur chacun de ces territoires. Par exemple, la région 4 (Nord-ouest) avait à gérer quelques établissements hospitaliers tandis que la région 3 (Centre) devait en gérer un nombre considérablement plus élevé (Reamy, 1995).

²⁸ Russel H.T. King, ministre de la Santé et des Services communautaires, « Discours prononcé à l'Assemblée législative le 14 avril 1992 », Journal des débats de l'Assemblée législative de la province du Nouveau-Brunswick, vol. 4, p. 1700).

²⁹ *Loi hospitalière*, chapitre H6.1 des Lois du Nouveau-Brunswick de 1992, sanctionnée le 20 mai 1992 et ses règlements d'application dont le règlement du Nouveau-Brunswick 92-84 établi en vertu de cette loi (D.C. 92-508).

³⁰ Les huit CHR sont : Corporation hospitalière de la région 1 (Anglais) (Sud-est), Corporation hospitalière de la région 1 (Français) (Beauséjour), Corporation hospitalière de la région 2 (Fundy), Corporation hospitalière de la région 3 (Centre), Corporation hospitalière de la région 4 (Nord-Ouest), Corporation hospitalière de la région 5 (Restigouche), Corporation hospitalière de la région 6 (Chaleur et péninsule Acadienne) et Corporation hospitalière de la région 7 (Miramichi).

La nouvelle structure, qui nécessitait donc que chaque CHR gère une variété d'établissements de santé, exigeait également que des postes séniors soient créés dans des domaines comme les finances, les services de support, les services diagnostiques ou encore les ressources humaines (Reamy, 1995). L'organisation de ces nouveaux modèles pouvait varier selon la complexité des opérations des régions. Les gestionnaires pouvaient parfois être responsables des opérations de plus d'un établissement de santé et devaient se rapporter au PDG de la CHR (Reamy, 1995).

Les huit conseils d'administration régionaux (CAR) étaient responsables de la planification régionale et de l'organisation des ressources ainsi que de l'ensemble des activités quotidiennes de gestion financière, de supervision, d'élaboration et d'application de directives régissant le fonctionnement des établissements de santé de leur région (Bouchard & Vézina, 1994). Chaque CAR comptait entre un minimum de 12 membres et un maximum de 16 membres, non rémunérés pour leurs services, qui pouvaient varier en fonction des particularités de la région : trois ou quatre membres nommés par le ministre de la Santé, deux ou trois membres nommés par le CAR et le reste des membres nommés conformément aux règlements administratifs approuvés par le ministre de la Santé et des Services communautaires³¹ (Bouchard & Vézina, 1994; Nouveau-Brunswick, 1992; Reamy, 1995). Dans chacun des CAR, le directeur général de la corporation hospitalière et le président du conseil des médecins étaient des membres sans droit de vote³² (Nouveau-Brunswick, 1992). Les CAR ne pouvaient « augmenter les fonds qui leur étaient alloués, sauf au moyen de levées de fonds bénévoles (surtout pour l'achat d'équipement) » (Ministère de la Santé et des Services communautaires, 1995a, p. 4). Ils nommaient leur président ainsi que le PDG de la CHR³³ (Reamy, 1995). Quelque temps après la mise en place des nouveaux CAR, le gouvernement entreprenait une consultation publique et mettait à la disposition des citoyens un document qui décrivait les

³¹ Article 5 du Règlement du Nouveau-Brunswick 92-84.

³² *Ibid.*

³³ *Loi hospitalière*, chapitre H6.1 des Lois du Nouveau-Brunswick de 1992, sanctionnée le 20 mai 1992 et ses règlements d'application dont le règlement du Nouveau-Brunswick 92-84 établi en vertu de cette loi (D.C. 92-508). Il est utile de souligner que le ministre a nommé les premiers PDG des corporations hospitalières, et ce, sur une période s'étalant sur deux ans.

diverses options relatives à la gouvernance et à l'obligation de rendre des comptes³⁴. Autrement dit, il étudiait la possibilité de mettre sur pied d'autres mécanismes visant à améliorer l'imputabilité des CAR, y compris l'élection des membres (Ministère de la Santé et des Services communautaires, 1995a).

Suivant la réforme, des programmes et services provinciaux étaient révisés afin de privilégier une planification régionale, comme le plan provincial portant sur la gestion des ressources médicales (Bouchard & Vézina, 1994; Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b; Reamy, 1995). Ce plan servait à déterminer le nombre, la combinaison et la répartition des médecins selon des critères préétablis (Nouveau-Brunswick, 1992; Reamy, 1995). Certains autres changements mis en œuvre par le gouvernement McKenna visaient les services ambulanciers dans l'optique de mieux intégrer à la nouvelle structure régionale (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011a; Nouveau-Brunswick, 1992). L'HEM, dont la structure demeurait indépendante des CHR et qui allait fonctionner à la grandeur de la province en 1993, allait servir à « contrebalancer » la suppression de lits d'hôpitaux durant la première année de la réforme³⁵ (Bouchard & Vézina, 1994; Nouveau-Brunswick, 1992; Reamy, 1995). Le gouvernement McKenna promettait aussi qu'une portion préétablie de son budget annuel allait être affecté aux services de santé publique, qui demeureraient également sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux (Nouveau-Brunswick, 1992; Reamy, 1995). Comparativement à d'autres provinces du Canada, le gouvernement choisissait donc de développer certains de ses services ou programmes en santé sans toutefois nécessairement les régionaliser (Reamy, 1995).

Les enjeux de la mise en œuvre de la réforme McKenna : entre préservation des acquis des communautés et gestion régionale des établissements

En ce qui concerne l'implantation de la réforme, un des enjeux a généré d'importantes négociations auprès de sept hôpitaux catholiques présents dans chacune des régions qui

³⁴ Nouveau-Brunswick, Santé et Services communautaires (1995). Obligation pour les corporations hospitalières de rendre des comptes.

³⁵ Un total de 290 lits ont été supprimés suite à la réforme, rapprochant la province de son but de cinq lits d'hôpitaux par mille habitants (Reamy, 1995).

désiraient conserver leur mission à caractère religieux. La *Loi hospitalière* faisait en sorte que les hôpitaux du NB, incluant ceux financés par les ordres religieux, n'avaient dorénavant plus l'autorité d'opérer (Reamy, 1995). La *Loi hospitalière* maintenait les conseils d'administration (CA) de chacun des hôpitaux indépendants de la province, mais leur enlevait le droit d'offrir des services et des soins de santé de manière indépendante. À la suite d'une année de négociation, une lettre d'entente était signée en avril 1993 laquelle on conférait aux institutions à caractère religieux le droit de conserver les valeurs qui leurs étaient propres (Reamy, 1995).

Dans un article, Reamy (1995) souligne que les collectivités, en apportant un soutien financier aux hôpitaux (pour l'achat d'équipement médical, par exemple) par l'entremise de leur fondation, pouvaient jouer un rôle dans la réussite de la réforme du gouvernement McKenna (Reamy, 1995). Par ailleurs, il est utile de rappeler qu'un des éléments de base de la réforme était de faire en sorte que les représentants régionaux allaient dorénavant être chargés d'établir un plan régional de distribution des ressources (lits et personnel médical, par exemple) (Bouchard & Vézina, 1994). L'administration centrale allait se charger de l'arbitrage entre les CHR par l'entremise de la planification et l'établissement de règles provinciales (Bouchard & Vézina, 1994). Reamy (1995) souligne par ailleurs que le succès de la réforme reposait sur des enjeux liés à la régionalisation des services de santé :

« ... A key ingredient for success rests with the government giving the region hospital corporations the authority to effectively implement the regionalization initiative. Balancing this authority must be accountability of the region hospital corporations to the province and to the communities they serve. Since region hospital corporations do not have the ability to generate funds, much authority remains at the provincial level. The provincial government is accountable, especially from a political standpoint, for the ultimate success of the regionalization program » (Reamy, 1995, p.279).

Dans les années qui ont suivi, le ministère de la Santé et des Services communautaires a présenté divers plans stratégiques qui visaient à poursuivre l'application de la réforme. En plus de promettre d'accorder plus d'importance à la planification et à l'obligation de rendre des comptes et de mesurer les résultats, ces plans soulignaient la nécessité d'accorder une plus grande place à la prévention et à la promotion de la santé, tout en s'assurant de la viabilité du

système de santé et en améliorant la qualité et l'accès aux services de santé (Ministère de la Santé et des Services communautaires, 1995b, 1996).

Pendant cette même période, certains services de santé étaient améliorés ou instaurés, comme l'expansion des services de santé mentale communautaires et les créations d'un programme d'initiatives pour la petite enfance, d'une unité d'oncologie à l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont à Moncton (HDGLD) et d'un centre provincial de cardiologie à l'Hôpital régional de Saint-Jean (HRSJ). En 1996, l'HEM subissait une restructuration importante visant à améliorer la continuité des services de santé, puisqu'au fil des années, son développement s'était déroulé de manière isolée des autres programmes de santé financés publiquement par la province (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b)³⁶. En effet, un changement législatif modifiait cette organisation et déléguait la gestion des diverses unités de prestation de ce nouveau Programme extra-mural (PEM) aux huit CHR³⁷. En dépit du fait que la gestion de la prestation des services devenait décentralisée, la direction globale, y compris le développement, l'établissement de normes, la surveillance et le financement du PEM continuait à relever du ministère de la Santé et des Services communautaires³⁸. En 1999, un rapport du vérificateur général du NB soulignait que cette décision de fusionner l'HEM aux CHR n'avait pas été évaluée afin de déterminer si les économies prévues avaient été réalisées ou si d'autres avantages en avaient découlé (Nouveau-Brunswick, 1999).

En 1999, un peu avant l'arrivée d'un nouveau gouvernement à la tête de l'Assemblée législative du NB, un comité d'étude indépendant proposait au premier ministre un rapport intitulé *Étude sur les services de santé* dans lequel étaient émises 122 recommandations³⁹ (Comité d'étude sur les services de santé, 1999). Parmi celles-ci, un nouveau modèle d'offre

³⁶ Il est utile de rappeler au lecteur que l'HEM, programme qui était offert à l'échelle de la province en 1993, avait son bureau central à Fredericton. Autrement dit, jusqu'en 1996, l'HEM était une organisation indépendante des CHR.

³⁷ En ce qui concerne cette intégration du PEM aux CHR, le lecteur peut se référer au document suivant : Gouvernement du Nouveau-Brunswick (1999). « Rapport du vérificateur général du Nouveau-Brunswick - 1999. Chapitre 4, Ministère de la Santé et des Services communautaires, Hôpital extra-mural ». Le document est disponible en ligne : <https://www.gnb.ca/OAG-BVG/1999v1/chap4f.pdf>.

³⁸ Gouvernement du Canada (Parlement du Canada), La santé des canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral (Rapport final), en ligne : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoc02vol6part3-f.htm>, comme visité le 15 juillet 2015.

³⁹ Le premier ministre du gouvernement Libéral de l'époque était Camille Thériault.

des soins et services de santé était suggéré, dans lequel on souhaitait que des régies régionales de la santé (RRS) remplacent chacune des CHR. La création de CA pour chaque RRS était également suggérée. Ceux-ci allaient être imputables par rapport à la promotion, la protection et la prévention de la santé et de la maladie; à l'évaluation des besoins sanitaires des individus vivant dans la région; à la surveillance et à l'évaluation de l'efficacité et l'efficience des services de santé dans la région, etc. (Comité d'étude sur les services de santé, 1999). Les auteurs du comité d'étude suggéraient également la mise en place d'un Conseil de la recherche sur la santé du NB dont le mandat serait de fournir au ministre « l'information pertinente sur les tendances et enjeux liés au système de soins de santé dans une perspective d'établissement des buts » (Comité d'étude sur les services de santé, 1999, p. v).

Réorganisation des structures d'administration régionale sous le gouvernement Lord

L'arrivée du gouvernement **progressiste-conservateur** de **Bernard Lord** en 1999 était marquée par un mouvement de restructuration de l'appareil administratif provincial qui encourageait la création ou la réorganisation des structures d'administration régionale ou locale : autrement dit, la décentralisation (Bouchard & Vézina, 2005). En effet, presque partout au pays, les provinces mettaient ou avaient mis en place des, CAR, qui étaient responsables de l'offre de services et de programmes de santé à des populations définies par des zones géographiques (Fooks & Lewis, 2002). La plateforme gouvernementale de Lord de 1999 promettait d'ailleurs, dans le domaine de la santé, un nouveau modèle d'offre de soins qui inclurait la mise en place de RRS et de leur CA⁴⁰.

Avant de donner plus de détails quant à la création des huit RRS, il importe de souligner qu'en avril 2001, un comité spécial des soins de santé présentait au ministre de la Santé et du Mieux-être, le Dr Dennis Furlong, une stratégie sur le mieux-être de la population du NB afin de

⁴⁰ Bernard Lord a été premier ministre du NB de 1999 à 2006 sous la bannière du Parti progressiste-conservateur. Il a perdu les élections générales de septembre 2006 face au candidat du Parti Libéral, Shawn Graham. La plateforme de Bernard Lord en vue des élections générales de 2006 est accessible en ligne : https://www.poltext.org/sites/poltext.org/files/plateformes/nb1999pc_plt_en_12062009_141150.pdf.

l'aider à demeurer en santé plus longtemps⁴¹. Dans le document *Ensemble pour le mieux-être : Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*, il était question de traiter des défis entourant la promotion du mieux-être et la prévention des maladies ainsi que les facteurs influençant le mieux-être des citoyens de la province (Comité spécial des soins de santé, 2001). Le comité recommandait notamment la mise sur pied d'un secrétariat au mieux-être qui agirait comme centre de liaison avec d'autres ministères et intervenants (Comité spécial des soins de santé, 2001). Il rappelait également que la Commission Romanow envisageait le mieux-être comme un élément clé d'un système de soins de santé viable (Comité spécial des soins de santé, 2001). Il faut préciser que durant cette même période, un conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé était créé afin d'élaborer des recommandations sur le « **renouvellement** » du système de santé de la province⁴². Le mandat de deux ans du comité, qui se rapportait directement au premier ministre, tournait principalement autour du développement d'un nouveau modèle de gouvernance en santé, de la production annuelle de fiches sur les soins de santé (*health-care report card*) et de la création d'une charte sur les droits et responsabilités du patient⁴³. Il était surtout question de présenter un plan d'action qui donnerait des détails sur la mise en place de nouvelles RRS et sur leur gouvernance⁴⁴.

Mobilisation d'un instrument de gouverne de type législatif pour influencer l'offre de soins

⁴¹ En mars 2000, soit quelques mois après son entrée au pouvoir, le gouvernement Lord réformait l'appareil gouvernemental. Il créait ainsi un nouveau ministère, le ministère des Services familiaux et communautaires, qui prenait sous son aile certaines responsabilités du ministère de la Santé et des Services communautaires. Dès lors, le Dr Dennis Furlong devenait le ministre de la Santé et du Mieux-être. Selon le premier ministre Lord, les nouveaux ministères allaient refléter « les choix et priorités qui importent le plus pour la population du NB » et ils renforceraient l'économie de la province. En somme, il était question de se « concentrer davantage sur le mieux-être par rapport à la maladie », Assemblée législative du Nouveau-Brunswick (2000), en ligne : <https://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-f/report-f.asp>, comme consulté le 23 avril 2017. Le lecteur peut se référer aux articles de presse suivants pour plus de détails : Gagnon, Charles-Antoine. 2000 « Réforme des ministères ». *L'Acadie nouvelle*, 23 mars, p.3 ou Gagnon, Charles-Antoine. 2000 « La réorganisation sera annoncée aujourd'hui ». *L'Acadie nouvelle*, 22 mars, p.3.

⁴² Le lecteur peut se référer au Communiqué de presse du gouvernement du NB (2001). « Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé / fin des séances », en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/news/misc/2001f0601mi.htm>, comme consulté le 16 octobre 2017.

⁴³ Gouvernement du NB. (2002). « Report of the Premier's Health Quality Council released ». Le communiqué de presse est accessible en ligne en cliquant sur le lien suivant : <http://www.gnb.ca/cnb/news/pre/2002e0052pr.htm>.

⁴⁴ Gouvernement du NB. (2000). « Establishment of Premier's Health Quality Council ». Le communiqué de presse est accessible en ligne en cliquant sur le lien suivant : <http://www.gnb.ca/cnb/news/pre/2000e0008pr.htm>.

C'est donc au début de l'année 2002 que l'Assemblée législative adoptait une loi qui transformait huit CHR existantes en huit régions RRS (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004). Cette nouvelle direction visait une meilleure intégration des services et des soins de santé (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2001). En effet, le gouvernement s'était engagé « à créer un réseau de soins de santé intégré et axé sur les patients, pour l'ensemble de la population néo-brunswickoise » (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2001). Par ailleurs, l'obligation pour ces nouvelles instances régionales de rendre des comptes était accrue et le mandat en matière de prestation des services de santé et d'amélioration de la santé de la population était élargi (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004).

Ainsi, en janvier 2002, la nouvelle *Loi sur les régions régionales de la santé (Loi)* précisait les rôles et les responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être ainsi que ceux des RRS⁴⁵. La *Loi* précisait que le ministre devait élaborer, en collaboration avec les RRS, un plan provincial de la santé qui devait établir l'orientation générale de la province en matière de santé. Ce plan devait entre autres comprendre les services de santé que les RRS devaient fournir ou rendre disponibles dans leur région respective, un cadre d'imputabilité incluant des objectifs de rendement et un plan financier global indiquant de quelles manières les ressources humaines et matérielles devaient être assignées (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2001, 2004). Les rôles et les responsabilités des RRS étaient les suivants : déterminer les besoins en matière de santé de la population qu'elles desservent, déterminer les services de santé requis pour répondre à ces besoins et allouer les ressources nécessaires pour satisfaire ces besoins, conformément au plan régional de la santé et d'affaires⁴⁶ (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2001).

Les nouvelles RRS, mises en place le **1^{er} avril 2002**, étaient dotées d'un CA dont le mandat était de contrôler et gérer les affaires des RRS⁴⁷. Les CA étaient constitués des 18 membres suivants : sept membres nommés par le ministre avec droit de vote, huit membres élus avec droit de vote et trois autres membres sans droit de vote, soit le directeur général, le président du

⁴⁵ Se référer à la *Loi sur les régions régionales de la santé LN-B, 2002, c R-5*.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

comité professionnel consultatif (CPC) et le président du comité médical consultatif (CMC)⁴⁸. La *Loi* stipulait que le sous-ministre du ministère de la Santé et du Mieux-Être allait nommer et révoquer la nomination des PDG des RRS et déterminer leurs modalités et conditions d'emploi⁴⁹. Autrement dit, les PDG des RRS devaient rendre compte au sous-ministre du ministère de la Santé et du Mieux-Être. Par ailleurs, la réforme Lord faisait en sorte que chaque RRS devait former un CPC, en ajout au CMC qui était déjà en place au sein des CHR. Le rôle de ce comité était d'aviser le CA sur des questions touchant par exemple la qualité et la gestion du risque ou les critères d'admissions ou de congés (Nouveau-Brunswick, 2011b).

Un aspect non négligeable de la réforme en santé du gouvernement Lord est que, dans un effort d'élargir la gamme de services de santé offerts par les RRS au-delà des services de soins aigus en milieu hospitalier et de favoriser leur intégration, celles-ci allaient dorénavant administrer les services de santé mentale et de santé publique. En effet, en 2003, le Projet de loi 13 allait modifier la *Loi* où les « services de santé » désignerait maintenant « des services hospitaliers, des services de toxicomanie, des services à la santé mentale, des services de santé publique, des services extra-muraux et des services de santé communautaires »⁵⁰. Cette nouvelle structure du système de santé avait pour objectif d'améliorer la planification, la coordination et l'intégration des divers secteurs de soins (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b).

Au printemps 2004, un premier plan provincial de la santé quadriennal *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*, requis dans la récente *Loi*, était présenté au public par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Dans ce plan, qui faisait référence à quelques reprises au *Rapport de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada*, il était souligné que les dépenses du gouvernement provincial en santé augmentaient et représentaient 36 % du budget provincial (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004). Ainsi, il était nécessaire d'apporter des changements à la façon de fournir des services de santé

⁴⁸ L'élection des huit membres élus des CA des RRS se déroulerait de la même manière que l'élection des membres des conseils d'éducation de district et des représentants municipaux, en vertu, donc, de *Loi sur les élections municipales* (Nouveau-Brunswick, 2001b).

⁴⁹ Ce changement mérite d'être mentionné, puisque sous l'ère du gouvernement précédent, le président directeur général d'une CHR était nommé par le CA de celle-ci.

⁵⁰ Article 1 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, LN-B 2002, chapitre R5-0.05, des lois du Nouveau-Brunswick de 1997. Le Projet de loi 13, intitulé « Loi concernant les services à la santé mentale et les services de santé publique » (2003) est disponible en ligne : <http://www.gnb.ca/legis/bill/pdf/55/1/Bill-13.pdf>.

afin d'assurer la stabilité et la viabilité du système de soins de santé provincial (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004). L'objectif premier du plan « Un avenir en santé » était le suivant : « améliorer de façon globale la santé et le mieux-être de la population en créant un système de santé viable qui offre les services nécessaires de la façon appropriée et au moment opportun, à un coût abordable pour les contribuables » (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004, p. 6). Il était aussi question de changer l'orientation du système de soins de santé en mettant l'accent sur les patients et les services plutôt que sur les établissements (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004). Dans l'optique de mettre en œuvre les initiatives découlant du plan, quatre comités ont été formés : un comité de collaboration sur la sécurité des patients et les soins cliniques, un comité directeur des programmes provinciaux, un comité de collaboration sur les soins de santé primaires et un comité sur les services de soutien non cliniques.

Ceci termine le chapitre traitant de l'évolution historique du système public de santé du NB de l'après-Seconde Guerre mondiale jusqu'en 2006. Dans le prochain chapitre, nous présentons notre analyse de la réforme du système de santé lancée en 2008 sous le gouvernement libéral de Shawn Graham. Nous commençons donc notre récit en 2006, c'est-à-dire à l'arrivée de ce nouveau gouvernement à l'Assemblée législative du NB, et nous le terminons en 2015, fin de la période étudiée. Le chapitre 5 comporte trois principales parties et, en plus de mettre en évidence les dynamiques des acteurs concernés par le changement, il expose les instruments de gouverne mobilisés par l'État pour le piloter.

Chapitre 5 – L’élaboration et la mise en œuvre de la réforme du système public de santé du gouvernement Graham : 2006 à 2015

Le chapitre 5 traite de l’élaboration et de la mise en œuvre de la réforme du système public de santé du NB du gouvernement Graham, lancée en 2008. Ce chapitre se divise en trois phases : la phase d’élaboration de la réforme (2006 à 2008), la phase du grand lancement de la réforme et de ses suites (2008 à 2010) et la phase actuelle, ultérieure à l’adoption du projet de loi 58 (2010 à 2015). Au fil de ces trois étapes majeures, nous présentons le récit d’un changement, en mettant en évidence les instruments de gouverne mobilisés par l’État pour coopter les acteurs concernés. Nous démontrons que ces instruments constituent un dispositif de régulation, mais que la réforme est réalisée collectivement. Autrement dit, en plus d’identifier les instruments de gouverne, nous mettons en lumière dans ce récit les processus de négociation entre les acteurs interdépendants, qui constituent un mode de coordination et qui façonnent l’action collective.

Dans cette perspective, tout en identifiant les instruments mobilisés par l’État pour piloter le changement, nous nous intéressons particulièrement aux enjeux des principaux acteurs identifiés ainsi qu’aux stratégies adoptées qui leur sont propres. Les enjeux des acteurs influencent la progression du changement, puisqu’ils constituent le phénomène faisant en sorte qu’ils se sentent concernés. Les acteurs s’activent autour de ces enjeux et leurs actions concrètes, ou leur conduite dans le système, peuvent être envisagées comme étant leur stratégie. Afin de demeurer en contrôle et de rediriger la réforme du système public de santé, l’État doit baliser les comportements des acteurs autour de ces enjeux. L’État mobilise ainsi des instruments de gouverne, qui bien évidemment s’inscrivent dans cette dynamique évolutive du changement. Tout compte fait, dans le cadre du chapitre 5, nous illustrons comment l’État réagit dans ses interactions avec les autres acteurs clés du contexte d’action dans l’optique d’influencer leurs comportements. Nous discutons également des résultats atteints du projet de réforme à la fin de la période étudiée.

5.1 Élaboration de la réforme (2006-2008) : une gestation en vase clos

Cette première partie du chapitre traite de la phase d'élaboration de la réforme, s'étalant entre 2006 et 2008. Les commentaires des répondants permettent de préciser les caractéristiques du principal groupe d'acteurs à cette étape, soit l'État. Donc, les titres en libellés reflètent tout d'abord les enjeux de l'État et ensuite les stratégies d'élaboration qu'il a adoptées en vue du grand lancement de la réforme en mars 2008. Ensuite, nous décrivons comment pendant cette étape de la réforme, ce groupe d'acteurs particulier a mobilisé un instrument principal de gouverne adapté au contexte pluraliste. Les trois enjeux de l'État qui le poussent à agir à cette étape du changement sont : 1) la performance, 2) l'accès et la coordination des soins et services, et 3) les besoins en santé de la communauté francophone et acadienne. Par ailleurs, il nous semble pertinent de spécifier que cette phase d'élaboration du changement se déroulait plutôt en vase clos. Pour cette raison, ce sont principalement les commentaires des répondants ainsi que la façon dont les médias couvraient l'éventuelle réforme qui ont servi à l'analyse.

Dans le cadre de cette première section du chapitre, nous désirons entre autres faire valoir des particularités du contexte systémique qui auraient plus tard des répercussions sur l'évolution de la réforme. Celles-ci provenaient surtout du contexte sociopolitique particulier du NB. En effet, depuis quelques décennies, il existait une certaine confusion entourant les droits linguistiques de la communauté francophone et acadienne de la province dans le secteur de la santé. Alors qu'en éducation, la dualité linguistique était respectée, en santé, les textes législatifs et règlementaires n'étaient pas clairs quant au concept d'institution distincte et aux responsabilités du gouvernement. Ce flou, qui avait animé certaines dynamiques au sein du système de santé dans le passé, laisserait place à diverses interprétations dans la prochaine étape de la réforme et ceci pousserait certains acteurs à adopter des stratégies offensives. Cet exemple particulier sert à démontrer que des facteurs systémiques présents à l'étape d'élaboration auraient une influence sur le parcours de ce changement d'envergure.

5.1.1 Le contexte de l'État

L'enjeu de performance, précisément celui de l'amélioration de l'état des finances publiques est, à l'instar des décennies précédentes, un enjeu qui motive l'État

Lorsqu'il est arrivé au pouvoir en 2006, le **gouvernement libéral** de **Shawn Graham** faisait face à des déficits récurrents dans le secteur de la santé; les dépenses en soins et services de santé accaparaient près de 40 % du budget provincial et augmentaient à un taux de 6 à 8 % par année, tandis que les revenus provinciaux augmentaient à moins de 4 % par année⁵¹ (Ministère de la Santé, 2008d; Ministère des Finances, 2007a). Selon le gouvernement de l'époque, la gestion de la structure qui était en place, c'est-à-dire celle des huit RRS, était lourde en considération de la taille de la province (Ministère de la Santé, 2008a). De plus, les huit RRS fonctionnaient de manière indépendante et elles faisaient concurrence en ce qui concerne les services et les ressources en santé (Ministère de la Santé, 2008a). En d'autres mots, cette structure, non efficiente et non efficace, contribuait au chevauchement de services de santé.

En septembre 2006, l'enjeu majeur du gouvernement Graham était donc d'améliorer les finances publiques, c'est-à-dire de rendre la province autosuffisante d'ici les prochains vingt ans⁵². La plateforme électorale de ce gouvernement mettait l'accent sur la venue d'un gouvernement qui allait rendre des comptes d'un point de vue financier, c'est-à-dire qui serait en quelque sorte « un gardien compétent des deniers publics » (p. 31) (Parti Libéral du Nouveau-Brunswick, 2006)⁵³. L'ensemble des répondants est d'ailleurs unanime sur les raisons fondamentales qui justifiaient la réforme : il était question de mieux contrôler pour réduire les

⁵¹ Shawn Graham, du Parti Libéral du Nouveau-Brunswick, a gagné les élections générales du 18 septembre 2006 face au gouvernement progressiste-conservateur de Bernard Lord. Il est demeuré premier ministre de la province jusqu'en 2010, puis il a perdu les élections face à David Alward, chef du Parti progressiste-conservateur du Nouveau-Brunswick. *Historica Canada*, (2015), Shawn Graham, en ligne : <http://encyclopediecanadienne.ca/fr/article/shawn-graham/?sessionid=>, comme visité le 22 juillet 2015.

⁵² Il est utile de rappeler au lecteur que le gouvernement libéral de Shawn Graham avait remporté une majorité confortable de sièges (29 des 55 sièges) aux élections du 18 septembre 2006. En effet, la vision de Graham dans le *Pacte pour le changement* (2006) était énoncée clairement : une province rejoignant les rangs des provinces riches, et ceci, dans les vingt prochaines années.

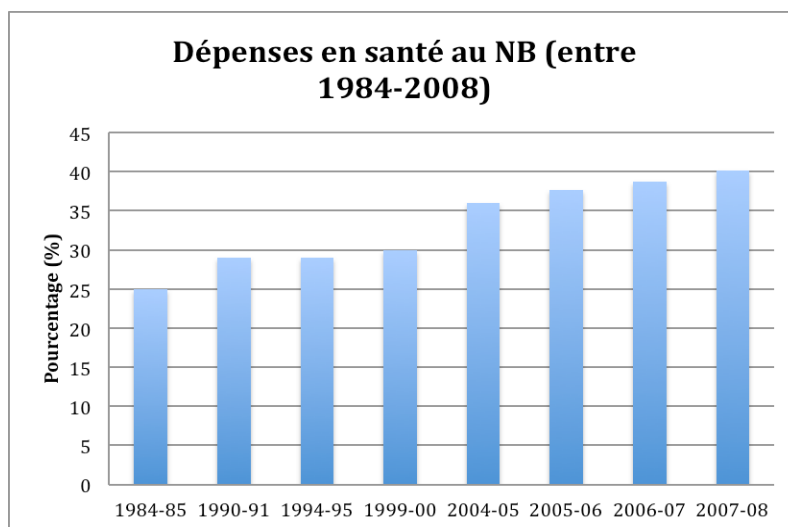
⁵³ Le gouvernement Graham souhaite également améliorer l'imputabilité au sein du système de santé. Pour y parvenir, le *Pacte pour le changement* (2006) soulignait qu'il allait notamment créer un poste de sous-ministre de la Santé associé qui aurait comme fonction de gérer la distribution des soins de santé dans les communautés francophones et apporter des changements à la gouverne des RRS afin que leur PDG rendent compte au CA.

coûts astronomiques, gérer les déficits et assurer la viabilité du système de santé. Ci-dessous, les propos de deux répondants vont dans cette même direction. Un peu plus loin, le graphique 1 montre quelle portion du budget total de la province était consacrée aux dépenses en santé depuis le milieu des années 1980 jusqu'en 2008, tandis que le graphique 2 illustre l'augmentation des dépenses en santé relativement à celle des recettes provinciales depuis 1999.

« Évidemment, il y a ce désir des gens qui sont "responsables", il y a aussi toutes les tendances depuis les années 1970 d'une augmentation vertigineuse dans les coûts de soins de santé, dans les coûts pour opérer des hôpitaux, la rémunération médicale, etc. Alors, l'augmentation vertigineuse qui nettement dépassait l'augmentation des revenus annuels pour chacune des provinces, alors, évidemment, il fallait faire quelque chose. »
DIRIGEANT-23

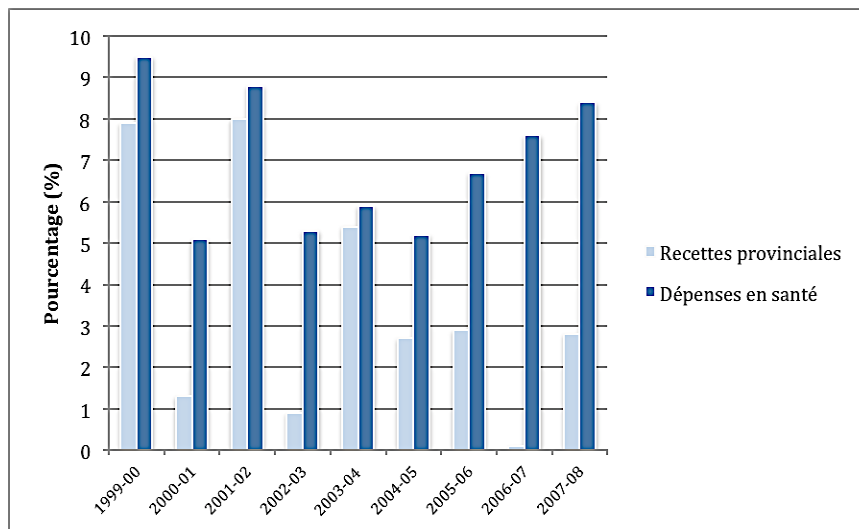
« C'est 40 % du budget, la santé. Quand tu regardes la tarte de "qu'est-ce qu'on fait". Chaque gouvernement arrive et dit "Ok... Le Nouveau-Brunswick ce n'est pas Terre-Neuve ou l'Alberta, on n'a pas une croissance des revenus. Alors, il faut améliorer". »
EXPERT-CONSULTANT-1

Graphique 1 : Dépenses totales en santé au NB entre 1984 et 2008 (pourcentage des dépenses budgétaires)⁵⁴



⁵⁴ Le Graphique 1 sert à illustrer l'augmentation des dépenses en santé au Nouveau-Brunswick entre 1984 et 2008. Les informations peuvent varier dépendamment des sources et il est donc utile de préciser où celles-ci ont été trouvées pour chaque année : 1984-1985 (Robichaud, 1985), 1990-1991 (Nouveau-Brunswick, 1992), 1994-1995 (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004), 1999-2000 (Ministère des Finances, 2000), 2004-2005 (Ministère de la Santé et du Mieux-être, 2004), 2005-2006 (Ministère des Finances, 2005), 2006-2007 (Ministère des Finances, 2006) et 2007-2008 (Ministère des Finances, 2007a).

Graphique 2 : Augmentation des dépenses totales en santé au NB relativement à l'augmentation des recettes provinciales entre 1999 et 2008⁵⁵



L'État appuyait son désir urgent de régler la situation par une source de légitimité externe, c'est-à-dire qu'un examen des finances de la province, effectué par Raymond Chabot Grant Thorton (RCGT), confirmait que la province se dirigeait vers des déficits récurrents et croissants (Ministère des Finances, 2007b). Selon ce rapport, la hausse continue des coûts associés aux soins de santé et à d'autres programmes allait entraîner une augmentation des dépenses du gouvernement, tandis que l'absence de croissance démographique et les réductions d'impôt limiteraient les recettes (Ministère des Finances, 2007b).

Avant de s'attarder à un autre enjeu de l'État, il est pertinent de discuter brièvement du discours qu'il utilisait pour convaincre les autres acteurs du contexte pluraliste de l'urgence d'agir. Sur le plan symbolique, le vocabulaire mobilisé par l'État était axé sur la diminution ou le contrôle des dépenses en santé. Durant cette période, les médias anglophones et francophones de la province reprenaient les mots de l'État, et en particulier ceux du ministre de la Santé dont le visage était associé à cette réforme, et il était alors question de « déficits des

⁵⁵ Les informations présentées dans ce graphique proviennent des documents suivants : Ministère de la Santé (2015a); Ministère de la Santé et du Bien-être (2004); Ministère des Finances (2005).

régies régionales », de « contrôle dans le processus budgétaire », de « système plus responsable » et de « rationaliser les dépenses »⁵⁶.

Ce groupe d'acteurs liés à la réforme était graduellement en train d'ancrer certaines croyances et images dans une compréhension collective : pour que le NB demeure autosuffisant, il était primordial que l'État contrôle mieux les activités. L'État donnait donc un sens à son projet de changement et ceci permettait aux acteurs du système de santé de s'interroger sur les manières avec lesquelles ils devaient agir collectivement. Ce processus social de construction et de reconstruction de sens nourrissait l'action sociale et permettait aux acteurs concernés de réfléchir sur les priorités et préférences à implanter (Helms-Mills, 2003; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). D'ailleurs, un des arguments utilisés par l'État afin de renforcer le discours de rationalisation touchait la « compétition malsaine » entre les huit RRS. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la concurrence entre les RRS afin d'obtenir des services et soins de santé ainsi que des ressources financières faisait l'objet de discussions entre les acteurs du système de santé de la province depuis déjà de nombreuses années⁵⁷.

L'accès et la coordination des soins de santé : un second enjeu pour l'État, en tension continue avec celui de performance

Au-delà de la saine gestion des finances publiques, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de la coordination des services représentait un second enjeu central pour l'État. La plateforme électorale, le *Pacte pour le changement*, ne promettait pas explicitement une réforme du système de santé, mais contenait les intentions du gouvernement libéral : « Nous devons veiller à ce que des soins de santé de qualité soient accessibles aux quatre coins de la

⁵⁶ Le lecteur peut se référer aux articles de journaux suivants : Gagnon, C.-A. (2007). « Michael Murphy agacé par les déficits des régies de la santé », *L'Acadie Nouvelle*, 10 décembre, p.2; Gravel, François. (2007). « Le temps de passer à l'action », *L'Acadie Nouvelle*, 8 février, p.12; Ricard, P. (2007). « Prises entre l'arbre et l'écorce », *L'Acadie Nouvelle*, 23 janvier, p.5 et Casey, Quentin. (2006). « Health reform on the way. Vision. New minister plans changes to the system, but observers hope there will be plenty of consultation beforehand », *Telegraph-Journal*, 13 novembre, p. A1.

⁵⁷ Par exemple, déjà en 1989, le rapport soumis au premier ministre McKenna dans le cadre de la Commission McKelvey-Lévesque soulignait : « il existe souvent une approche compétitive et agressive avec d'autres établissements (et le gouvernement provincial), plutôt qu'une attitude de collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs » (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 1989, p. 11).

province. » (p.19) (Parti Libéral du Nouveau-Brunswick, 2006). Dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins de santé, le gouvernement Graham allait entre autres développer un système provincial unique de transport en ambulance (Parti Libéral du Nouveau-Brunswick, 2006)⁵⁸. Aussi, un *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* « englobant » les huit RRS serait créé afin, notamment, de favoriser la coopération entre les régions, de promouvoir les meilleures pratiques et de gérer les listes d'attentes⁵⁹. Un répondant discute de l'enjeu d'accès et de coordination des soins et services de santé durant cette phase de la réforme :

« Back in 2007, there was a trauma case from the Acadian Peninsula that the poor doctor, poor patient, were trying to get access to one of the larger centers and they couldn't get access which indicated kind of the poor communication in a small province. Now that lead to the creation of the New Brunswick trauma program, but it also lead to the creation of saying, we got to get to make health regions bigger and work cohesive, working together instead of having eight different little corporate regions. Which in a province our size makes sense. » CADRE-26

À l'instar du passé, l'État rappelait que l'enjeu d'accessibilité et de coordination des soins et des services de santé était en tension incessante avec celui du contrôle des coûts, et par ricochet, de la concurrence qui se produisait entre les huit RRS. Il est utile de rappeler que la réforme structurelle du système de santé du gouvernement McKenna lancée au début des années 1990 visait, d'une part, à réduire les dépenses en santé, mais d'autre part, à éviter les querelles politiques liées à la concurrence entre localités ou régions (Bouchard & Vézina, 1994)⁶⁰. Aussi, le gouvernement Lord souhaitait un système de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur les patients, plutôt qu'un système de santé répondant aux besoins des établissements⁶¹. Selon une majorité de répondants, la concurrence entre les RRS avait des

⁵⁸ Concernant le dernier élément, la province du Nouveau-Brunswick, dans le cadre de son budget 2007-2008, annonçait un investissement de 13,7 millions de dollars pour les services ambulanciers (Ministère des Finances, 2007a). Cette somme additionnelle allait servir à la *Stratégie d'amélioration des services ambulanciers* afin de mettre en place un service d'ambulance intégré au niveau provincial et d'étendre l'utilisation des technologies de communication entre les ambulances (Ministère des Finances, 2007a). La même année, c'est-à-dire en 2007, Ambulance Nouveau-Brunswick devenait l'unique fournisseur de services ambulanciers de la province.

⁵⁹ Cette promesse du Parti Libéral du Nouveau-Brunswick de créer un *Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick* provenait de sa plateforme électorale (2006) « Pacte pour le changement, Stratégie Libérale pour un meilleur Nouveau-Brunswick ».

⁶⁰ Le lecteur peut se référer au chapitre 4 pour plus de détails sur la réforme en santé du gouvernement McKenna lancée en 1992.

⁶¹ Le Plan provincial de la santé 2004-2008, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick*, soulignait entre autres qu'une collaboration accrue des régions sanitaires, relativement aux

répercussions sur la coordination des soins et services de santé. En plus de se solder en des soins et services de santé fragmentés et inégaux et en un accès compromis, ces tensions et contradictions entre les huit RRS contribuaient à leurs déficits annuels récurrents. Dans l'ensemble, les huit RRS représentaient une structure lourde à gérer pour l'État qui souhaitait mieux la contrôler. Relativement au langage mobilisé par l'État, celui-ci soulignait que les dépenses totales en soins hospitaliers des RRS en 2006 s'élevaient à près de 1,5 milliard de dollars sur un budget total au ministère de la Santé d'environ 2,1 milliards de dollars (Ministère de la Santé, 2008c). Ces dépenses globales des RRS contribuaient aux dépenses supérieures des prévisions du budget global de la province (Ministère des Finances, 2007a).

« On veut s'attaquer à la compétition, non plus cette fois-ci entre institutions, mais entre régions. Parce que là on est passé par étapes, d'abord c'était une compétition entre collectivités locales et institutions locales, ensuite ça a été une compétition entre régies hospitalières et après ça une compétition entre régies de santé. À ce moment, on a dit "chacun travail de son côté, on va essayer de voir s'il n'y a pas moyen de rationaliser davantage et d'intégrer davantage"... » CONSULTANT-EXPERT-16

« We also frequently heard of competition among health authorities that produced inefficiencies in the system where they would compete for resources or infrastructure funding. We were acquainted to the lack of coordination that persisted across the health authorities, building empires, I guess, within the various health authorities without a clear, concise, plan for the entire province. So I think the aim at the time was to enhance coordination and bring about better value for New-Brunswickers in terms of the cost in the system. » REGROUPEMENT PROFESSIONNEL-2

« On voyait une administration à l'époque lourde, c'est-à-dire, huit systèmes qu'on voyait qui fonctionnaient de façon assez indépendante. Indépendante d'une façon problématique, dans le sens que si on voulait un système qui était centré sur le citoyen par exemple, on ne voyait pas une coordination des efforts. Surtout si on voulait avoir un système où la continuité des soins aux patients d'institution par institution, on voyait ça comme problématique d'avoir huit régies qui ne communiquaient pas beaucoup entre elles et c'était lourd pour ça. Les soins aux patients n'étaient pas uniformisés, il y avait une concurrence pour les services et les ressources. Ça fait que du point de vue du ministre par exemple, c'était... en très peu de temps, ce qu'on a c'est la somme de plein de demandes qui sont en compétition les unes avec les autres. » DIRIGEANT-13

programmes cliniques et au regroupement de services administratifs, était nécessaire afin de mener à des économies financières provinciales. Aussi, le plan indiquait qu'il était impératif de réfléchir la méthode de prestation des services de santé des régions. Ceci, afin de s'assurer que les services spécialisés soient offerts avec suffisamment de médecins formés pour garantir l'accessibilité, et aussi, de faire en sorte que le nombre de cas soit suffisant pour que les professionnels maintiennent leurs compétences en vue de dispenser des soins sécuritaires.

Les besoins en santé de la communauté francophone et acadienne comme un autre enjeu de l'État à cette phase de formulation

Aux yeux de l'État, le flou entourant les droits linguistiques au NB était envisagé comme un des facteurs systémiques pouvant avoir des répercussions sur les dynamiques de la réforme. Depuis les dernières décennies, la naissance de mouvements populaires concernant la dualité linguistique dans les domaines de la santé et de l'éducation était récurrente. Il faut préciser que dans le secteur de la santé, le gouvernement Lord (1999-2006) avait invité les huit RRS, en s'appuyant de la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*, à se définir selon leur caractère linguistique, soit comme anglophone, francophone ou bilingue (Bouchard & Vézina, 2005)⁶². La RRS Beauséjour avait été désignée officiellement francophone en 2002 par son CA ce qui faisait d'elle la seule régie de santé francophone de la province (Bouchard & Vézina, 2005)⁶³. D'ailleurs, en matière de démarcation territoriale, depuis 1992, cette RRS, qui comprenait l'HDGLD, partageait le même territoire que la RRS du Sud-Est, qui comprenait le Moncton Hospital⁶⁴. Selon un répondant, cet arrangement territorial mettait en évidence l'existence d'une « sorte » de dualité linguistique qui devenait périodiquement pour certains acteurs clés un levier pour passer à l'action. Ces particularités de la RRS Beauséjour auraient effectivement des répercussions sur le pilotage de la réforme du système de santé par l'État lancée en 2008⁶⁵.

« C'est un hôpital effectivement francophone et un hôpital anglophone, c'est le seul endroit d'ailleurs dans la réforme de 1992 où la carte géographique se dédouble. Ailleurs, c'est tous des territoires et à Moncton on reconnaît encore une fois sans le dire implicitement qu'on reconnaît une réalité d'une dualité linguistique, Moncton City va être

⁶² Le gouvernement Lord en 2002, a modernisé la *Loi 88* en adoptant la *Loi sur les langues officielles*, où il est spécifié que « la communauté linguistique » s'entend de l'une ou l'autre communauté linguistique française et anglaise du NB.

⁶³ Les particularités de cette RRS sont mises de l'avant lorsqu'il est question de l'étape de mise en œuvre de la réforme. Dans l'optique de se conformer aux exigences de cette loi, les huit RRS se voyaient dans l'obligation de fournir des services de santé dans les deux langues officielles de la province (LeBlanc, 2010).

⁶⁴ Ces deux centres hospitaliers offrent des soins de santé spécialisés et tertiaires. Durant cette phase de la réforme, ils faisaient partie de la région 1 (région de Moncton / Sud-Est). Dans le langage populaire de la communauté francophone de la région de Moncton, l'Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont est appelé « l'hôpital français », tandis que le Moncton Hospital est nommé « l'hôpital anglais ».

⁶⁵ En effet, comme il en est question dans la prochaine phase de la réforme (2008-2010), l'abolition de la seule RRS francophone du NB allait causer des remous et serait contestée par un groupe de médecins étant liés à celle-ci.

le centre d'une régie anglophone dans le sud-est et la régie Beauséjour qui elle, était francophone... » ÉTAT-4

Dans l'optique d'éclaircir ce flou qui planait quant à la définition d'une « institution culturelle », l'État mobilisait une source de légitimité externe, c'est-à-dire qu'il sollicitait des avis juridiques. Il se questionnait notamment sur la fusion des RRS, dans le but ultime, nous le rappelons, d'être mieux en mesure de les contrôler. Selon les propos des répondants, ces expertises suggéraient à l'État qu'il était impossible pour des raisons constitutionnelles de ne mettre en œuvre qu'une seule RRS. Comme un répondant le souligne, l'application de la *Loi reconnaissant les deux communautés linguistiques officielles au NB (Loi 88)* dans le secteur de la santé était délicate. Celle-ci compliquait la réflexion de l'État et pouvait influencer l'étape d'implantation de la réforme.

« Et tout ça évidemment se dédouble de considérations supplémentaires d'ordre linguistique par rapport à ce qui entre en jeu. Lorsque l'on va créer les régies, on en aurait un certain nombre qui fonctionnerait en français et un certain nombre en anglais... Est-ce que la Loi sur les langues officielles s'applique dans le secteur de la santé? Est-ce que le secteur de la santé a été enchâssé dans la constitution canadienne en 1993? C'est la Loi provinciale sur l'égalité des communautés linguistiques qui donne le droit à chaque communauté d'avoir ses propres institutions, sauf que la santé n'est pas expressément mentionnée dans la loi en question. On parle d'éducation, on parle d'institutions culturelles, mais expressément la santé n'est pas là. » EXPERT-CONSULTANT-16

Il est intéressant de se pencher sur les discussions qui se déroulaient à ce moment chez les membres de l'État quant aux éventuelles répercussions de l'enjeu linguistique sur le projet de changement. Un acteur de ce groupe affirme qu'il était notamment question des hôpitaux de la province et du concept d'« institutions culturelles ». Comme nous l'avons vu plus tôt, un des enjeux de pilotage de la réforme McKenna provenait du fait que des hôpitaux catholiques avaient vu, du jour au lendemain, leur mission à caractère religieux s'envoler. Une série de négociations avaient suivi l'annonce de cette réforme et il avait été convenu que les institutions à caractère religieux avaient le droit de conserver leurs caractères propres. À la suite de discussions découlant des avis d'experts, l'État décidait qu'il allait fusionner les huit RRS en deux et qu'il n'allait pas confirmer dans la *Loi* la langue de fonctionnement de chacune. Cette décision serait décisive par rapport à la mise en œuvre de la réforme.

« J'ai eu plusieurs avis juridiques du ministère du procureur général. La question c'était, "est-ce qu'on aurait pu diminuer les régies de huit à un ?" Mais selon l'article 16.(1) de la Charte des droits et libertés, une minorité a le droit de gérer ses institutions culturelles. Le Telegraph Journal avec son approche de langue de 1950 disait "un hôpital ce n'est pas une institution culturelle". Ce n'est pas vrai. Dans le cas de Caraquet, dans le cas de Georges Dumont, Stella Maris, tous les hôpitaux ont été commencés par des ordres religieux. Par après, le gouvernement est devenu impliqué et a commencé à payer ces choses. Mais si tu regardes l'acte de titres, qui est le propriétaire du terrain si tu recherches ça, c'est plutôt un ordre religieux du Nouveau-Brunswick qui est le propriétaire. » ÉTAT-3

« There was discussion... you know. Obviously, everything was on the table. Do we do one? Do we do 4? Do we do 2? And... the decision was made based on the Charter of Rights. That we would go with 2. There was a precedent in Ottawa. Did you look at that case? Yes, so that was... they used that case to sort of move forward. That's how the decision was... came to go with 2. » ÉTAT-14

« Fait qu'il y a cette démarche qui est dans le portrait, et le ministre, donc, arrive et dit qu'ils vont faire une réforme et qu'ils ne peuvent pas en faire une seule [*une seule RRS*]. On ne peut pas la faire avec une seule régie en raison des réalités linguistiques et constitutionnelles. Et là, le ministère de la Justice confirme ça à quelque part dans le système. Et là, il y a une espèce d'ambiguïté dans la démarche du gouvernement. D'une part le gouvernement reconnaît qu'il y a cette réalité constitutionnelle, linguistique, mais d'autre part, il ne veut pas se rendre à dire qu'il va faire une régie en français et une en anglais. Ils ont peur qu'il y a du "backlash", etc. » ÉTAT-4

Relativement aux leviers structurels de la réforme, il faut souligner que l'État comptait créer une agence qui allait gérer l'ensemble des services non cliniques des RRS. Le lieu du siège social de la nouvelle organisation, soit dans la ville « anglophone » de Saint-Jean, était considéré comme une éventuelle source de conflits. En d'autres mots, l'État percevait que cette localisation allait peut-être activer des acteurs concernés par les droits linguistiques lors de l'étape de mise en œuvre du changement. Selon des répondants, cet élément suscitait des discussions chez les membres de ce groupe⁶⁶. D'autres avis juridiques étaient requis et concernaient les obligations légales de cette nouvelle entité envers les langues officielles. Les experts confirmaient à l'État que l'organisme qui serait mis sur pied en vue de rendre le système de santé plus efficient n'aurait pas d'obligations légales à remplir, puisqu'il n'offrirait pas directement des soins et des services de santé aux patients. Autrement dit, celui-ci n'aurait

⁶⁶ Les fondements de cette agence de services non cliniques partagés sont expliqués plus en détail dans la phase suivante de la réforme (2008-2010).

pas à s'acquitter de ses obligations constitutionnelles envers la minorité francophone de la province. Selon un répondant, cette « réalité linguistique » avait eu un impact sur le choix du lieu où allait être situé le siège social :

« Et l'idée de mettre Facilicorp là [à Saint-Jean], c'était justement de pouvoir avoir une équipe dans laquelle la question linguistique n'était pas là, donc tous les services que légalement on ne considérerait pas comme constitutionnels, comme les lavages de draps puis les bébelles de même. » ÉTAT-4

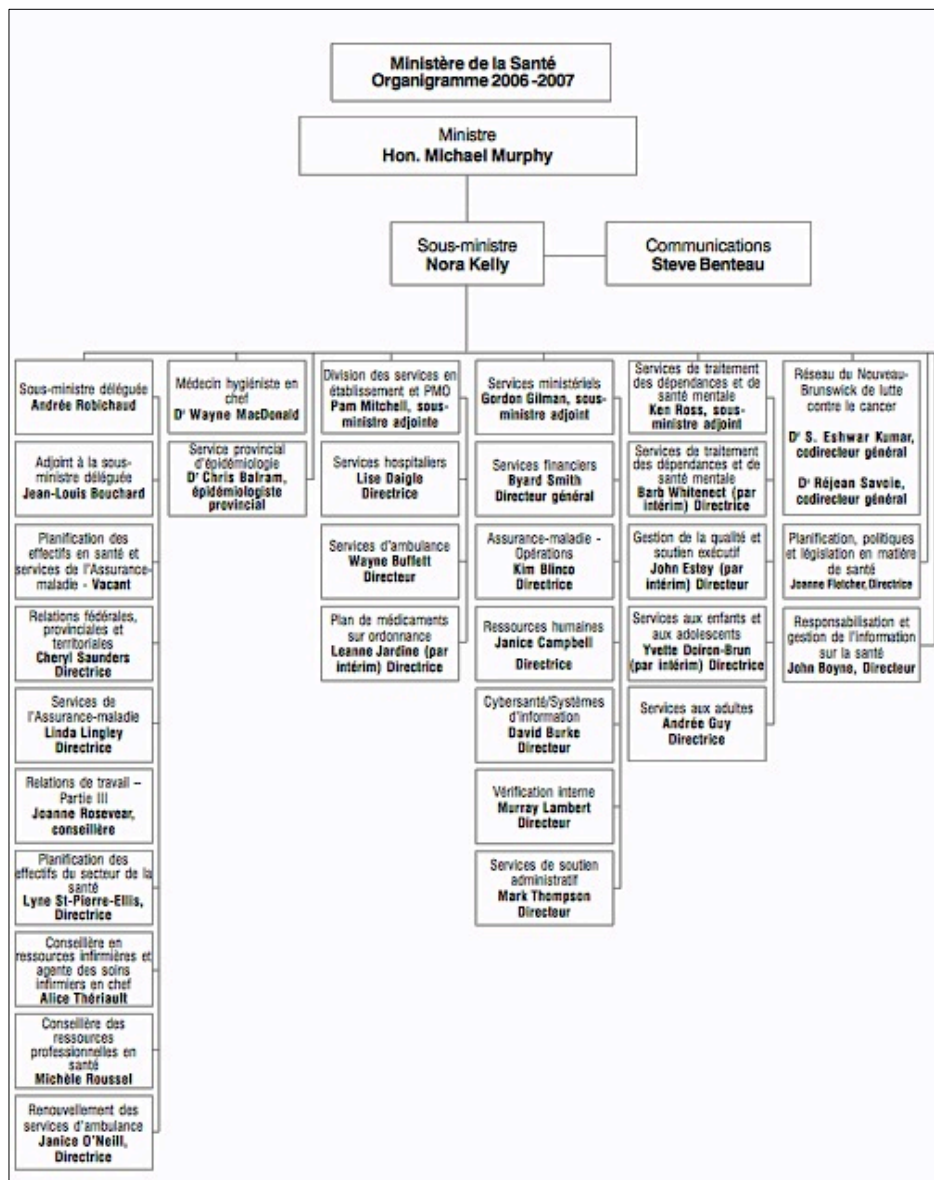
Stratégie de l'État face aux besoins de la communauté francophone et acadienne : nouveau poste de sous-ministre délégué aux services de santé en français

Afin de démontrer symboliquement que le gouvernement Graham prenait à cœur les besoins en santé de la communauté francophone et acadienne de la province, il créait peu de temps après son arrivée au pouvoir un poste de sous-ministre délégué aux services de santé en français. L'établissement de ce poste était une promesse de ce gouvernement qui figurait dans sa plateforme électorale. Cet engagement faisait suite à un rapport déposé par la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick (SANB) en 2006 qui avait présenté un plan de réorganisation des services de santé en français au NB⁶⁷. Cette source de légitimité externe venait donc appuyer ce nouveau poste au Ministère de la Santé annoncé le 10 novembre 2006. L'individu qui l'occuperait allait jouer un rôle dans « l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'assurer la prestation des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population de la province » (Ministère de la Santé, 2008c, p. 78). Par ailleurs, selon des répondants, la nouvelle sous-ministre déléguée, Andrée Robichaud, faisait partie des quelques

⁶⁷ Le plan proposé par la SANB a été publié dans un ouvrage collectif. Se référer à Marie-Pierre Simard, « La santé en français au Nouveau-Brunswick : vivre en santé en français », dans Sylvain Vézina (sous la dir. de) Gouvernance, santé et minorités francophones : stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada, Moncton, Éditions de la francophonie, 2007, p.165-186. Voir également : SANB, (2006). « Santé en français au Nouveau-Brunswick. Le gouvernement libéral tient sa promesse », en ligne : <http://sanb.ca/conseils/section-alliance-sanb-pa/communiqués/communiqués-2006/2006/santé-en-français-au-nouveau-brunswick-le-gouvernement-libéral-tient-sa-promesse.aspx>, comme visité le 29 juillet 2015.

acteurs, membres de l'État, qui participaient à l'élaboration de la réforme⁶⁸. La figure 2 sert à montrer où ce nouveau poste de « Sous-ministre délégué » venait s'insérer dans les liens hiérarchiques du ministère de la Santé à la suite de sa création en novembre 2006, comme présenté dans son rapport annuel de 2006-2007.

Figure 2 : Organigramme 2006-2007 du ministère de la Santé du NB (Nouveau-Brunswick, 2008b)



⁶⁸ Comme il en sera question plus loin dans cette partie traitant de la phase d'élaboration de la réforme, le changement était préparé par une poignée de membres représentant l'État.

Mobilisation d'un instrument de gouverne : un exercice de consultation publique dans la Péninsule acadienne

En mars et juin 2007, l'État entreprenait un exercice de consultations publiques dans la Péninsule acadienne, connu sous le nom de *Dialogue Santé*⁶⁹. Cette série de consultations publiques, qui selon des répondants s'avérait être une toute première expérience de discussion entre l'État et les citoyens dans l'histoire du NB, représentait pour ce premier groupe d'acteurs un levier de légitimation qui mérite d'être souligné. Ce processus, dirigé par la nouvelle sous-ministre déléguée du ministère de la Santé, était préparé en collaboration avec des professeurs du département d'administration publique de l'Université de Moncton (Ministère de la Santé, 2008c). Il permettait à plus d'une centaine de participants, dont des citoyens, des décideurs, des gestionnaires en santé et des professionnels de la santé, de s'exprimer quant aux services publics de santé de la province (Ministère de la Santé, 2008c).

Dans les médias francophones du NB, l'exercice *Dialogue Santé* était vu d'un bon œil. Ainsi, par l'entremise de *Dialogue Santé*, le ministre Murphy désirait analyser les besoins en santé ainsi que les services et soins offerts de cette région et « guérir les cicatrices » qui découlaient de la réforme en santé du précédent gouvernement. Ces « cicatrices » provenaient de la réorganisation des services de santé du gouvernement Lord en 2004 qui s'était soldé notamment par la fermeture des services d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet et la conversion de cet établissement en centre de santé communautaire⁷⁰. À cette époque, une mobilisation impressionnante de la communauté touchée par la fermeture de cet hôpital avait

⁶⁹ La Péninsule acadienne, localisée à l'extrémité nord-est du NB, est une région rurale qui comprend des municipalités situées dans des zones côtières. En 2007, elle faisait partie de la RRS 6 (Bathurst). Trois ans plus tôt, le gouvernement du Parti progressiste-conservateur avait fermé l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet, une des organisations formant cette région, pour le transformer en centre de santé communautaire. Une forte mobilisation de la communauté avait rapidement pris forme, sous le nom de « SOS Hôpital ». Une poursuite juridique avait été entreprise et une occupation de l'hôpital, afin notamment qu'aucun lit « ne franchisse les portes du Centre de santé communautaire de Caraquet » et que la pancarte ne soit pas enlevée, durerait plus de 740 heures. Ce n'est qu'à la suite de l'exercice *Dialogue Santé*, soit en février 2008, que le Centre de santé communautaire de Caraquet retrouvait son statut d'hôpital. Une chronologie des événements est offerte par Auteur anonyme (Actualités). (2012). « Une (trop) longue lutte », *L'Acadie Nouvelle*, 7 janvier, p.2.

⁷⁰ Une note de bas de page précédente (#68) offre une brève chronologie de la fermeture de l'urgence de cet hôpital. Le lecteur peut aussi se référer à Gravel, François. 2007. « Michael Murphy et son défi ». *L'Acadie Nouvelle*, 27 février, p.12 ou à Fradette, Réal. 2007 « Michael Murphy veut "guérir les cicatrices" ». *L'Acadie Nouvelle*, 27 février, p.3.

rapidement pris forme. Cet établissement retrouvait son statut d'hôpital en février 2008. Un article du quotidien francophone l'*Acadie Nouvelle* du 7 juin 2007 dénote l'aspect positif de cette série de consultations publiques :

« Les attentes et les exigences de tous les participants au dialogue comportaient trop d'écarts pour que l'exercice aboutisse à un consensus. À défaut d'un consensus, certains observateurs étaient peut-être sceptiques qu'on puisse arriver à établir des priorités. Y arriver, c'était considéré comme un tour de force. Et bien, le tour de force s'est matérialisé. Les 135 participants au Dialogue santé comptaient des citoyens préoccupés par les soins de santé dans la région, des gestionnaires et des décideurs, des professionnels de la santé de même que des professionnels de l'enseignement. Quoique le groupe fût hétéroclite, la conviction profonde de l'importance des soins de santé dans une société constituait le dénominateur commun de tous ces participants. Quelle que fût leur perception des nécessités prioritaires en matière de santé dans la Péninsule acadienne, on ne peut remettre en question que la motivation commune des participants était d'améliorer la livraison des soins de santé. Cette motivation authentique a sans doute permis que le dialogue s'établisse sur une bonne base et une note constructive. » (p.12)

Il est pertinent de rappeler que les consultations publiques mises en branle dans le cadre de *Dialogue Santé* peuvent être envisagées comme un instrument de gouverne de nature relationnelle. Cet instrument organisait donc un rapport politique relatif à la démocratie du public ou à l'opinion (Lascoumes, 2004). Alors que l'État suggérait que les forums publics dans le cadre de *Dialogue Santé* étaient une preuve tangible qu'il était à l'écoute des collectivités francophones, particulièrement celles situées dans la Péninsule acadienne, nous croyons qu'ils visaient également à cultiver sa légitimité. Cet espace public qui offrait une occasion aux citoyens de s'exprimer était en même temps pour l'État un lieu lui permettant d'obtenir le support de la population quant à la prise de décisions impopulaires au sein du système de santé (Abelson et al., 2002). Ainsi, les répondants ont des impressions divergentes quant aux buts réels de cet exercice de consultations publiques.

« Je crois qu'en 2007, Dialogue Santé a eu lieu dans la Péninsule-Acadienne. Alors, le gouvernement a écouté ce que cette communauté avait à offrir comme orientation pour leurs propres soins de santé, n'est-ce pas? Il s'agissait d'un évènement singulier au NB, ce n'était pas simple. Ce n'était pas une bagatelle. J'étais dans un [...] je regardais ça de loin, mais c'était très bien monté. » DIRIGEANT-23

« Avant 2008, il y avait des individus, dont Andrée Robichaud au ministère, qui s'étaient vraiment engagé dans un processus d'engagement. C'est là qu'on a fait en 2006 Dialogue Santé, parce qu'il y avait eu une question de fermer l'Hôpital de Caraquet. Dialogue santé a été mené par le ministère de la Santé avec une série de partenaires, incluant le Département d'administration publique, la Société Santé et Mieux-Être en français, le Mouvement Acadien [...] On est allé faire cinq ou six semaines d'engagement citoyen dans la péninsule Acadienne avec à peu près 150 personnes qui avaient été choisies à partir [...] c'étaient des leaders de toutes les communautés de la Péninsule acadienne. On leur expliquait comment fonctionne le système et ce qui obligeait à enlever le poste de gynécologue obstétricien à Caraquet. » CITOYEN-22

« Sylvain Vézina et Pier Bouchard avaient joué un rôle clé dans l'exercice de consultation publique dans la péninsule Acadienne. Certains pourront dire ça. Mais ce n'était pas publiquement connu que tout ce travail-là était en fonction d'une réforme qu'on préparait. Je ne suis pas sûre que ceux-là non plus le savaient⁷¹. » DIRIGEANT-13

Stratégies de l'État : élaboration de la réforme en vase clos et recours aux services d'un conseiller extérieur

Le fait que l'État prenait des décisions en cercle fermé peut être considéré comme une autre stratégie adoptée durant cette période. Pour ce groupe d'acteurs, l'information avait une valeur stratégique, puisque la manière avec laquelle elle était transmise avait des répercussions sur les capacités d'agir des autres acteurs clés du système de santé (Crozier & Friedberg, 1977). Ainsi, il n'y avait que quelques acteurs, uniquement des membres de l'État, qui participaient à l'élaboration de la réforme à l'automne 2007. L'État supposait que le fait de restreindre l'information à une poignée d'acteurs, dont le ministre de la Santé, le sous-ministre et la sous-ministre délégués, allait lui permettre d'aller plus aisément de l'avant avec son projet de changement. L'intégration d'un nombre trop élevé d'acteurs à cette période de la réforme aurait produit l'effet contraire : celle-ci ne se serait jamais concrétisée à l'étape subséquente. Cette stratégie de communication employée par l'État, c'est-à-dire l'élaboration de la réforme en vase clos, sert à témoigner que le contrôle des flux d'information est une source de pouvoir. Voici les propos de quelques répondants par rapport à cette stratégie.

⁷¹ Sylvain Vézina et Pier Bouchard sont professeurs au Département d'administration publique de l'Université de Moncton. Comme il en a été question, ce département a participé à la mise en œuvre de l'exercice *Dialogue Santé*.

« Je vais commencer par le début. Là, j'y vais par intuition, le premier ministre et le ministre se seraient parlé à maintes reprises en privé. Puis, je pense que le ministre de la Santé voulait faire ça depuis le début. Puis, il a probablement réussi à convaincre le premier ministre, probablement durant l'été 2007 [...] Le gouvernement a essayé de le faire en secret, sans consultation. Alors, parce que c'était en secret, sans consultation, il fallait que toutes nos équipes travaillent en secret. Puis ça, ça veut dire que tu dois avoir moins de monde qui sont impliqués dans le projet, et puis il faut que tu fasses très attention au travail que tu fais. » ÉTAT-21

« Quand tu choisis de prendre une décision pour faire une telle chose, si tu demandes l'opinion de tout le monde, tu auras sûrement les arguments au sein de la bureaucratie, tu auras des arguments et des positions contre par quelques ministres, et certainement par les groupes d'intérêt dans chaque coin de la province. McKenna a déjà dit : "après que tu as parlé avec tout le monde, et que tu penses que tu as pris une décision, fait l'annonce de la décision, avant que la bureaucratie puisse te rattraper. Tout le monde va te suivre parce qu'ils n'auront pas le choix". Il y a beaucoup d'obstacles provenant de ces gens-là de la bureaucratie, des autres personnes sur le Conseil des ministres, des groupes d'intérêts. Chaque groupe va mettre des obstacles. » ÉTAT-3

Un répondant souligne que cette manière de planifier en vase clos était partagée par la grande majorité des parties prenantes au sein du système de santé de la province. En d'autres mots, il suggère que cette culture du « secret » était répandue chez la plupart des acteurs clés du contexte pluraliste. Selon celui-ci, il serait inapproprié de laisser croire que l'environnement de « secret » dans lequel la réforme était préparée était unique à l'État.

« Cette culture du secret là [...] À Fredericton, il a une culture du secret. Georges-Dumont opère en secret. Eux autres opèrent en secret, les autres opèrent en secret, tout le monde opère en secret, mais à un moment donné, il faut que quelqu'un s'élève au-dessus, voit cette réalité-là, et qu'il se dise, "c'est pas la façon de travailler". Quand, ils ont fait la réforme en secret [...] Je comprends la façon qu'ils l'ont faite. C'est la dynamique en place. C'est comme ça. La culture du secret est forte. » DIRIGEANT-13

Donc, durant cette phase de préparation de la réforme, l'État prenait la décision stratégique de déterminer quels acteurs étaient impliqués dans le processus, à quel moment ce groupe serait élargi et quelle était l'ampleur des interventions de chacun. Selon des répondants, jusqu'aux dernières semaines antérieures à l'annonce du changement, le processus était piloté entièrement par l'État, avec l'aide, pendant une certaine période, d'un cabinet d'experts. Effectivement, l'État avait demandé les services d'un cabinet de consultants reconnus dans la

gestion de projets afin de l'appuyer. Par ailleurs, ce n'est que peu de semaines avant le grand lancement de la réforme que l'État proposait à certains individus de devenir dirigeant ou administrateur d'une des nouvelles organisations qui allaient former le système de santé renouvelé. Il faut préciser que deux membres du ministère de la Santé deviendraient PDG de futures organisations de santé. Ainsi, la sous-ministre déléguée (Andrée Robichaud) et le sous-ministre adjoint aux Services ministériels (Gordan Gillman) allaient respectivement diriger une nouvelle RRS et l'agence de services partagés⁷². Les PDG des huit RRS apprenaient quelques jours seulement avant l'annonce du changement que leur poste serait aboli, ce qui, selon un répondant, laissait à certains dirigeants un goût amer.

« C'était à vase clos. Ça, je ne pense pas que tu vas avoir entendu une personne qui va te le dire autrement. La seule raison pour laquelle j'en savais plus que les autres, c'est qu'à peu près trois semaines avant la réforme j'ai eu un appel de Mike Murphy me disant : "Veux-tu me rencontrer ? J'ai quelque chose pour toi." Là, il m'a offert le poste et c'est à ce moment que j'ai su qu'il y avait une réforme qui s'en venait et qu'on allait passer à deux régies. Je n'ai pas participé à la décision, je l'ai seulement su. Il y a une personne qui savait, car ça a été fait en vase clos. Y'a juste une poignée de personnes qui savaient. »
DIRIGEANT-13

« Moi j'ai été appointé tout de suite au début, en mars. C'est Mike Murphy qui m'a approché. Mais de ce que moi j'ai vu, c'est qu'il n'y a pas eu cette participation-là collective au niveau de cette préparation-là de la réforme. » ADMINISTRATEUR-9

« On nous avait donné des échéanciers très courts. On nous avait dit de le faire avant Noël et ça n'a pas été possible [...] On s'est rencontré, on a fait un grand remue-méninges sur une "white board", on se demandant quels thèmes on devrait s'occuper. Par exemple, il y avait ressources humaines, communication, services cliniques, accréditation, les "boards", les lois, la langue, etc. C'était très, très compliqué. On a tout fait les thèmes qui devaient avoir des plans d'action avant le lancement de la réforme. Par exemple, les nouvelles "boards", est-ce qu'ils allaient être élus ou non ? Comment gérer la *Loi* par rapport à ça? C'est très compliqué... Après on a embauché Deloitte et Touche qui avait beaucoup d'expérience en gestion de projets en santé et d'organisation. Ils sont venus avec une équipe assez importante et ils nous ont aidé à faire de la planification pour la réforme. On avait un "streaming committee" avec Andrée et les sous-ministres adjoints et Don Peters. Jusqu'à ce point-là, le projet était dirigé entièrement par le Ministère de la Santé. Vers Noël ou le début janvier, le gouvernement a choisi ses quatre PDG, Don Peters, Andrée Robichaud, Gordan Gillman et Stéphane Robichaud. » ÉTAT-21

⁷² La sous-ministre déléguée deviendrait PDG de la RRS A et le sous-ministre adjoint deviendrait PDG de l'agence de services partagés (FNB).

Stratégie de gestion de changement : Un ministre de la Santé « audacieux » qui crée un sentiment d'urgence

Un bon nombre de répondants nous ont partagé leurs impressions vis-à-vis la personnalité singulière du ministre Murphy et les transformations qui étaient sur le point de se produire. Ceux-ci affirment qu'il était l'acteur principal représentant l'État durant cette phase et que ses traits de caractère ont considérablement influencé la décision de restructurer le système de santé. Autrement dit, ceux-ci affirment qu'un ministre de la Santé doté d'une personnalité moins dramatique, ne faisant figure du « héros » requis, n'aurait pas réussi à faire naître ce sentiment d'urgence.

« Le ministre Murphy représente le mieux l'État. Il était un gars "controversial", il n'avait pas froid aux yeux. Lui, il se promenait avec son 2x4. Il est très courageux et il parle très très bien. Il se débrouille bien avec les médias. Ça s'est passé à cause de lui. C'est lui qui était le porte-parole. C'est lui qui a pris "la merde". Il l'a défendu. » ÉTAT-21

« [...] Je pense bien que si tu regardes les gens qui ont été très influents et très décideurs, premièrement, il y a eu le ministre de l'époque en 2008, qui était M. Murphy et qui avait un caractère très fort et il avait réussi à convaincre ses confrères que ses idées étaient des bonnes idées. Puis c'était quelqu'un qui était prêt à affronter les bureaucrates. » DIRIGEANT-24

« Mike Murphy était un ministre fort. Mike Murphy voulait agir. On est en pleine crise économique. C'est le crash américain [...] Murphy, il y a beaucoup de gens qui ne l'aimaient pas, mais il travaillait fort. Il s'informait sur ses dossiers. Pas toujours la meilleure écoute au monde, mais pour que ce dossier bouge, il faut que tu aies un ministre fort. Très fort, comme Victor. » EXPERT-CONSULTANT-1

« Avant 2008? Oh que oui, l'État occupait beaucoup de place. Si tu connaissais le minister [...] Tu vas au Tim Horton's et il prend beaucoup de place. Je ne suis pas certaine que ce serait arrivé sous un autre ministre. » ÉTAT-10

« No, Mike Murphy didn't ask advice to anybody [...] He just decided, because he knew that if we started to consult [...] He said "Well, we'll never get it done". He was a man of action, you know, and a lot of people don't like it. » CADRE-26

Dans les médias anglophones et francophones de la province, l'urgence de transformer le système de santé commençait à cette époque à faire son chemin jusqu'aux journalistes. En

décembre 2007, un média francophone de la province soulignait que le ministre Murphy était « agacé » par les déficits annuels des régies de la santé et que les coûts en santé représentaient 40 % des dépenses du gouvernement comparativement à 29 % dix ans plus tôt⁷³. Un peu avant, le ministre de la Santé avait annoncé la mise en oeuvre de réformes « dramatiques » touchant la gouvernance et la structure du système de santé⁷⁴. Pendant ce même moment, un média anglophone de la province rapportait que le déficit combiné des RRS allait être pour cette année-là de 55 millions de dollars et que le ministre de la Santé insistait sur le fait qu'il était crucial pour les finances de la province de le contrôler :

« If we carry on like this much longer, we'll either bankrupt the province or we'll soon need to dramatically cut-back on every other very important government program and service, such as schools, universities, highways and a (whole) lot of others. »⁷⁵

Retour sur les enjeux de l'État, les stratégies adoptées et les instruments de gouverne

Durant cette phase de la réforme, le premier enjeu de l'État est celui de performance, et plus précisément, du contrôle des dépenses en santé. Le deuxième enjeu, soit l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et des services, est en constante tension avec le premier. La question de la dualité linguistique ou de la prise en compte des besoins de la communauté francophone et acadienne constitue un troisième enjeu pour l'État. Ce sont ces trois principaux enjeux qui poussent ce groupe d'acteurs à passer à l'action, et donc, à adopter diverses stratégies afin de coopter les acteurs autour de son projet de changement. Parmi ces stratégies, nous notons que l'État élabore la réforme en cercle fermé, ce qui l'autorise notamment à contrôler les flux d'information et à réduire le risque de « parasitage » par des éléments externes (Lascoumes, 1998). L'État s'appuie sur une autre stratégie de gestion du changement : le ministre de la Santé, perçu comme l'architecte social du changement, fait naître un sentiment d'urgence. En ce qui concerne ce dernier point, l'État gère les émotions et

⁷³ Gagnon, Charles-Antoine. (2007). « Michael Murphy agacé par les déficits des régies de la santé », *L'Acadie Nouvelle*, 10 décembre, p.2.

⁷⁴ Le lecteur peut lire le texte de Ricard, Philippe. (2007). « Santé : des régies pourraient fusionner », *L'Acadie Nouvelle*, 23 janvier, p.4.

⁷⁵ Se référer à l'extrait d'un discours prononcé par le ministre de la Santé au Moncton Rotary Club en décembre 2007. Casey, Quentin. 2007. « Regional health authorities racking up million-dollar deficits--health minister ». *The Daily Gleaner* (Fredericton), 10 décembre, p.A4.

les rationalités des acteurs en s'appuyant sur le discours symbolique de la nécessité d'améliorer la situation des finances publiques. Cette stratégie permet à l'État d'ancrer des croyances et des images dans une compréhension collective, soit qu'il est vital de régler un problème financier, en ayant un meilleur contrôle des activités, pour assurer la viabilité du système de santé. Notons que l'État, à diverses reprises, sollicite l'appui de consultants externes pour le guider durant cette phase de formulation. Ces expertises représentent des leviers de légitimation et donnent un sens à son projet de changement. Enfin, la création du poste de sous-ministre délégué aux services de santé en français est une stratégie employée par l'État dans l'optique d'assurer sa légitimité envers la communauté acadienne et francophone. Afin de réussir l'implantation du changement, un instrument relativement « nouveau » pour l'État est utilisé à cette étape de conception : les forums publics *Dialogue Santé*. Par l'entremise de cet instrument de nature relationnelle, l'État vise à influencer les perceptions de la population francophone de manière à favoriser son adhésion à des objectifs communs, et ainsi, à modifier sa position dans le système d'action (Klijn & Teisman, 1997). Les enjeux et stratégies de l'État et l'instrument de gouverne sont regroupés au tableau IV.

Tableau IV : Enjeux, stratégies et instrument à l'étape d'élaboration de la réforme (2006-2008)

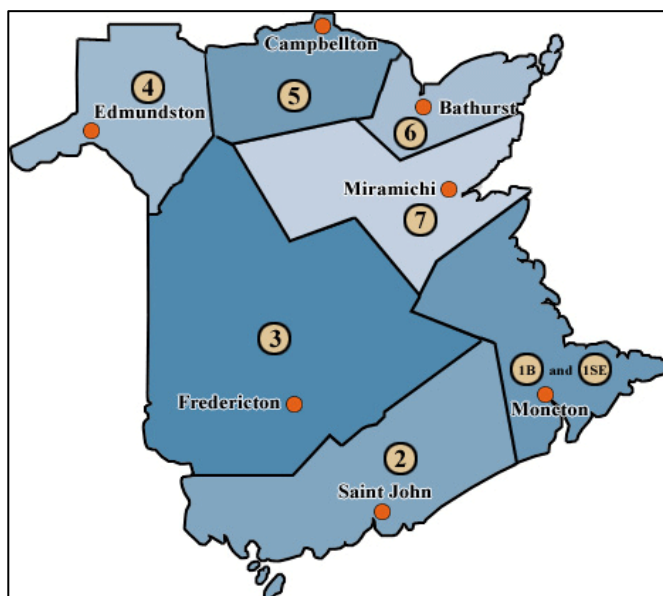
Enjeux	Stratégies	Instrument
<ul style="list-style-type: none"> • Performance • Accès et coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire naître un sentiment d'urgence • Recourir à un langage symbolique • Préparer en vase clos • Appuyer les décisions sur de l'expertise externe 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication (messages véhiculés dans les médias axés sur la viabilité du système de santé)
<ul style="list-style-type: none"> • Besoins de la population francophone et acadienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un poste de sous-ministre délégué à la Santé • Appuyer les décisions sur de l'expertise externe 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer les citoyens (<i>Dialogue Santé</i>)

Positionnement des acteurs concernés à l'étape de formulation de la réforme

Bien évidemment, l'État représente le principal groupe d'acteurs qui est impliqué dans la conception du projet de changement. Toutefois, l'évolution de la réforme du système est influencée par les interactions de ce groupe particulier d'acteurs avec les autres du contexte pluraliste. Les huit RRS forment un important groupe d'acteurs qui se fait concurrence pour des ressources humaines et financières, et ceci, dans un environnement où le contrôle des dépenses est un enjeu important. Selon l'État, le manque de collaboration entre les RRS se solde en des répercussions négatives sur l'accès, la qualité et la coordination des soins et des services de santé, et ainsi, peut expliquer en partie la mauvaise performance du système de santé. Par l'entremise du changement qu'il s'apprête à annoncer, l'État espère mieux « contrôler » les activités des RRS. Durant cette phase d'élaboration, il importe de spécifier que les acteurs associés aux RRS ne passent pas à l'action, car ils ignoraient probablement qu'un changement s'apprêtait à être lancé. Ci-dessous, la figure 3 montre de quelle manière les territoires géographiques des huit RRS étaient découpés.

Par ailleurs, le flou qui entoure les droits linguistiques en santé, qui nous apparaît comme une des caractéristiques significatives du contexte systémique, interpelle la communauté acadienne et francophone de la province depuis des décennies et la pousse de temps à autre à passer à l'action. L'État tente de demeurer légitime aux yeux de ce groupe d'acteurs, qui est soutenu par les médias francophones. Il mobilise des stratégies et instruments de gouverne pour parvenir à le coopter autour du changement. Mis à part l'État et les RRS, il est évident que d'autres acteurs clés faisaient partie de la gouverne à ce moment, comme les médias francophones et les citoyens, et aussi, les médias anglophones. Puisque ces différents groupes d'acteurs ignorent également qu'une réforme est en train d'être élaborée, et conséquemment, qu'ils n'agissent pas, nous ne jugeons pas utile de décrire en profondeur leurs comportements. Leurs conduites sont expliquées dans les prochaines phases de l'évolution du changement. En somme, à l'étape suivante de la réforme, nous voyons que l'État demeure un acteur central de la réforme, mais que d'autres groupes d'acteurs se mobilisent pour arriver à leurs fins. Ces dynamiques ont des répercussions sur l'évolution du changement.

Figure 3 : Territoires géographiques desservis par les huit RRS avant la réforme du 11 mars 2008⁷⁶



Cette première section du cinquième chapitre traitait de la période d'élaboration de la réforme du système de santé, soit de 2006 à 2008. Les enjeux de l'État ont été exposés et les stratégies d'élaboration de la réforme ont été examinées. Nous avons aussi identifié un instrument de gouverne particulier mobilisé durant cette période. La deuxième section du chapitre touchera la période 2008 à 2010, c'est-à-dire celle débutant au grand lancement de la réforme, le 11 mars 2008, et se terminant à l'annonce du changement de la législation, en 2010. Les enjeux et stratégies de l'État ainsi que ceux des autres acteurs concernés pendant cette période seront mis en lumière. Les instruments de gouverne permettant d'orienter le changement seront aussi explorés.

⁷⁶ Source de la figure : Nouveau-Brunswick (2011). « Document de travail sur la gouvernance des régions régionales de la santé préparé à l'intention du Comité permanent des soins de santé » (p.6). Le document complet est accessible en ligne, au lien suivant : <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/monographs/30000000048761/30000000048761.pdf>.

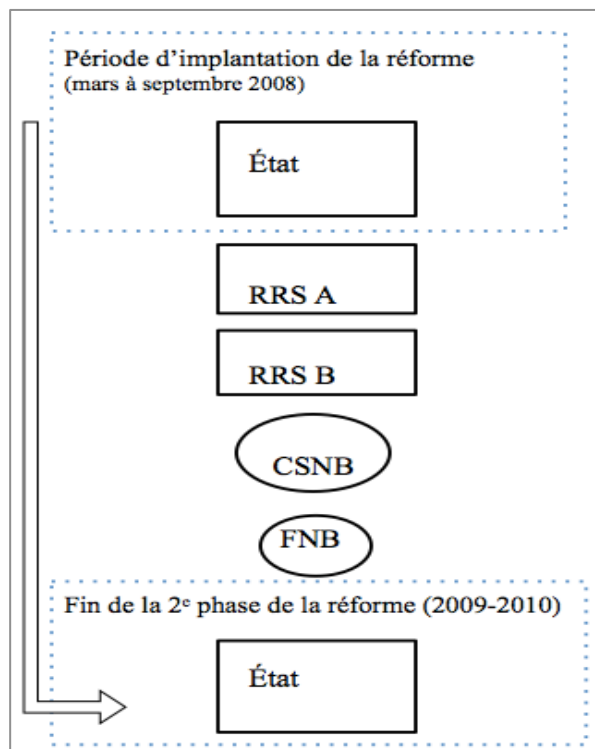
5.2 Mise en œuvre de la réforme (2008-2010) : le grand lancement et ses suites

Cette deuxième partie du chapitre traite de la phase du lancement et de la mise en œuvre de la réforme, s'étalant de 2008 à 2010. Dans cette section, ainsi que dans celle qui suit (2010-2015), nous allons démontrer que le changement est un long processus dynamique qui se déroule dans un horizon temporel défini. Nous montrons que l'État est un acteur parmi d'autres, mais qu'il peut utiliser des instruments visant à influencer les comportements des participants dans le sens voulu. Lors de cette deuxième phase, soit celle du grand lancement de la réforme et de ses suites, deux groupes d'acteurs principaux sont identifiés, soit les nouvelles RRS. Nous constatons que celles-ci évoluent différemment durant cette phase de la réforme. Nous discutons aussi de l'apparition d'un autre groupe d'acteurs, le CSNB, qui en vient à jouer un rôle intrinsèque au sein du système de santé de la province en fournissant des données pour alimenter les réflexions. Enfin, un dernier groupe d'acteurs, FNB, est surtout orienté vers l'amélioration de la gestion des services non cliniques, ceci afin d'assurer la viabilité du système de santé. En somme, dans les lignes qui suivent, nous exposons la relation entre les enjeux et les stratégies de ces cinq groupes d'acteurs. Nous révélons de quelles manières les dynamiques qui caractérisent leurs interactions ont influencé la trajectoire de la réforme et comment l'État a réagi afin de garder le contrôle sur celle-ci.

Dans notre récit, nous souhaitons entre autres montrer que les enjeux de l'État évoluent en même temps que la mise en œuvre de la réforme. Alors qu'en début du processus de changement, ses principaux enjeux sont la performance ainsi que l'accès et la coordination des soins et services, vers la fin de cette phase, nous révélons un nouvel enjeu, soit la participation citoyenne. Nous constatons que peu de temps après le grand lancement de la réforme, des caractéristiques du contexte systémique, qui découlent d'une ambiguïté à l'égard des droits linguistiques en santé, incitent un groupe d'acteurs à passer à l'action. La stratégie de ce groupe, formé principalement de médecins d'un des principaux établissements hospitaliers, a des répercussions sur l'implantation de cette nouvelle organisation du système de santé et sur les actions de l'État. Ce dernier décide vers la fin de cette phase de changer de comportement et de « jouer le jeu » de la mobilisation, en s'ouvrant au dialogue avec des

acteurs clés de la communauté francophone et acadienne. Dès lors, nous sommes témoins d'un processus d'apprentissage menant à des conséquences sur le pilotage du changement d'envergure, plus particulièrement sur l'organisation des soins et services de santé. La figure 4 sert à illustrer la séquence avec laquelle les groupes d'acteurs concernés sont présentés dans cette deuxième section du chapitre. Les principaux groupes d'acteurs, soit l'État et les deux RRS, sont dans les rectangles. La flèche et les contours discontinus signifient que nous expliquons le contexte de l'État au début et à la fin de la section. À la suite de cette partie dédiée à l'étape du grand lancement et de ses suites, nous identifions dans un tableau les enjeux et stratégies de l'État ainsi que les instruments de gouverne mobilisés.

Figure 4 : Présentation des acteurs concernés par la réforme à l'étape du grand lancement et de ses suites (2008-2010)



5.2.1 Le contexte de l'État à l'étape d'implantation

Les deux principaux enjeux de l'État à cette étape de la réforme : performance et accès et coordination des soins

Le matin du 11 mars 2008, le ministre de la Santé, Michael Murphy, annonçait que le système de santé de la province serait réformé. Le titre du communiqué de presse émis à ce sujet par la province du Nouveau-Brunswick était évocateur : *Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan*⁷⁷.

« Ces changements engendreront un système de soins de santé plus efficace et mieux adapté aux besoins des patients, un système qui contribuera à notre mission de faire du Nouveau-Brunswick une province autosuffisante. Nous éliminons les obstacles à l'accès des soins qui existent entre les régions; nous assurons la participation des gens de la province à leur système de soins de santé et nous les informerons du rendement du système. Enfin, nous consacrerons une plus grande portion de notre budget de santé aux soins offerts aux patients et moins de fonds aux fonctions administratives ou non cliniques.⁷⁸ »

Plusieurs répondants expliquent que les buts principaux de la réforme du système de santé de la province étaient de rendre le système de santé plus efficient, mais également d'améliorer la qualité des soins ainsi que l'accès aux services de santé. Il était principalement question d'offrir des soins axés sur les besoins des patients, et afin d'y parvenir, il fallait enrayer la compétition entre les RRS à l'égard de l'obtention des services et des ressources. En somme, l'État souhaitait, pour les citoyens du NB, un système de santé moins fragmenté. Autrement dit, il espérait, grâce à sa réforme, améliorer la coordination des soins et des services. Alors que la participation citoyenne faisait partie du message partagé par le ministre Murphy, des répondants suggèrent que cet enjeu n'était pas le sujet de discussion de prédilection auprès des membres de l'État dans les deux premières années de la mise en œuvre de la réforme. Par ailleurs, il nous apparaît crucial de faire remarquer au lecteur que les objectifs de l'État

⁷⁷ Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 19 novembre 2015.

⁷⁸ *Ibid.*

relativement à la performance du système de santé n'étaient pas clairement énoncés. Cette absence, aussi constatée par quelques répondants, est discutée vers la fin de ce chapitre.

« Des soins plus uniformes, l'accès à un réseau plus large de fournisseurs de soins de santé, l'égalité de l'accès, un meilleur accès aux services spécialisés. Toutes des choses qu'on visait [...] et plus d'efficacité [...] Il n'y a aucun doute qu'au départ, du point de vue financier, on voulait avoir un système plus efficace et on a associé à ça aussi "plus efficace". En sous-entendant qu'en utilisant les ressources de façon plus efficace, mieux coordonnée, on pourrait avoir de meilleurs résultats. On voulait aussi éliminer ce qu'on appelait une "compétition malsaine" à l'intérieur du système. C'était donc d'avoir une approche plus coordonnée, une planification plus intégrée comme système. Ça, il n'y a aucun doute que c'était là. Sous-jacent à tout ça, on disait qu'on voulait faire un virage vers un système qui était plus axé vers le citoyen, vers le patient. Ça faisait partie de qu'on voulait en disant [...] "on passe beaucoup trop de temps dans nos conversations à parler de l'Hôpital George-L.-Dumont, à parler de l'Hôpital de Saint-Jean, on parle des institutions, on parle du cancer, on parle des maladies, mais on ne parle pas suffisamment des citoyens et de leurs besoins." Ça faisait partie de cet argument-là. » DIRIGEANT-13

« Je pense que suite à ça, les objectifs, c'était vraiment le contrôle des coûts, une meilleure gestion de la qualité, essayer de mieux répondre aux besoins. Je pense que vraiment c'étaient les objectifs. Ça fait qu'il y avait des objectifs économiques, mais aussi des objectifs de qualité de services. » FORMATION-UNIVERSITAIRE-5

« The goal of the reform was to turn to patient centered. If you lose sight of that, that the patient is the centre... that was what drove all of this. Remember, every word that they talked about was to improve the care we provided to the patient. So, right time, right place, right person, and yet, an affordable, sustainable, efficient system, best business practices [...] and you put all of that together. But, that's what it was all about. » DIRIGEANT-27

L'État mobilise des instruments de gouverne de formes légales afin de modifier les interactions entre les acteurs concernés

Ce même matin du 11 mars 2008, le ministre Murphy donnait des détails concernant la nouvelle structure du système de santé et annonçait que quatre organisations principales le formeraient : la RRS A, la RRS B, FNB et le CSNB⁷⁹. Cette même journée, le ministre de la

⁷⁹ Le 11 mars 2008, l'État annonçait que ces quatre organisations formeraient dorénavant le système de santé du NB. Par contre, Ambulance Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé faisaient également partie de ce qui était communément appelé le « système de soins du NB ». D'après des répondants, le choix des noms « RRS A » et « RRS B » par l'État n'était pas anodin. Celui-ci désirait que ces nouvelles organisations de santé développent

Santé annonçait le dépôt de mesures législatives pour les RRS et le CSNB. La mobilisation de ces instruments directs lui servait à modifier les structures et les rôles dans l'optique de mettre en place de nouvelles pratiques (Gilbert et al., 2007). Par ailleurs, l'utilisation par l'État de son pouvoir législatif était cohérente avec son désir de faire un « ménage » dans les unités, et ceci, afin de mieux contrôler les opérations. Ces changements structureaux sont présentés dans l'encadré 1 qui suit (Ministère de la Santé, 2008a).

Encadré 1 : Changements « transformateurs » présentés par le ministre Murphy le 11 mars 2008

Changements structureaux annoncés dans le cadre de la réforme du système de santé lancée le 11 mars 2008
<ul style="list-style-type: none"> • La transition d'un système de santé formée de huit RRS à deux RRS : cette nouvelle structure serait officiellement en place le 1^{er} septembre 2008
<ul style="list-style-type: none"> • La création du CSNB, dont le mandat principal était double, soit d'offrir à la population de la province l'occasion de s'exprimer et de participer à un dialogue sur les enjeux relatifs aux soins de santé et de l'informer sur le rendement du système de santé
<ul style="list-style-type: none"> • La consolidation de certains services non cliniques, qui étaient à l'époque gérés par les huit RRS, dans une nouvelle entreprise du secteur public (FNB)

Stratégie de l'État à cette étape d'implantation de la réforme : nourrir le sentiment d'urgence

En cette même matinée, le ministre Murphy annonçait également le nom des individus qui seraient les PDG et les présidents des CA des deux RRS, du CSNB et de FNB. Certaines de ces personnes occupaient des postes à la haute direction des anciennes RRS ou étaient sous-ministres adjoints ou délégués au ministère de la Santé. Un répondant suggère d'ailleurs que l'État était allé chercher des « stars » dans les anciennes RRS et qu'il faisait de ces personnes des acteurs clés de la réforme. Un autre répondant souligne que le fait que l'État n'utilisait pas un chasseur de têtes montrait l'urgence de faire le changement. Cette décision d'avoir choisi

leur identité propre. La RRS A prendrait plus tard le nom corporatif du Réseau de santé Vitalité tandis que la RRS B serait connue sous le nom de Réseau de santé Horizon.

des « stars » ou des acteurs connus au sein du système de santé pour diriger les nouvelles organisations était une manière pour l'État de limiter les résistances.

« À l'annonce, il y a des gens en place pour gérer ce nouveau système. Il y avait des gens à l'intérieur du ministère de la Santé qui ont voulu avoir un concours pour chaque position, "head hunters", et moi je n'étais pas d'accord à faire ça. On n'a pas fait ça, parce que ça nous aurait pris neuf mois pour mettre en place les gens nécessaires après le concours pour chaque position. Pendant ces neuf mois, la réforme aurait dégringolé à cause qu'il n'y aurait pas eu les personnes responsables en place pour forcer la situation et comme ça la journée même de la réforme [...] Comme ça, la réforme n'a pas évolué d'une façon ou d'une autre pendant les prochains dix ou quinze mois. Ça a été une ligne droite. On a éliminé tous les obstacles. Parce que les groupes d'intérêt, les personnes qui ont voulu garder leurs livres de chèques, les autres ministres. Tous ces gens-là auraient eu le temps d'arrêter la réforme avant que la réforme ait été dans leurs têtes officiellement lancée, neuf ou dix mois plus tard. Mais à cause que toutes les personnes étaient nommées et avisées cette journée-là, le 11 mars, c'était un fait accompli. C'était fini cette journée-là. » ÉTAT-3

« Même lorsqu'on a fait la réforme, on avait une opportunité de repenser la structure de gouvernance à l'intérieur des réseaux de santé. On a refait la même erreur. Ils sont allés chercher les étoiles de chacun des réseaux de santé. Je parle des vice-présidents, ils sont allés chercher le meilleur de ce qu'ils avaient [...] J'avais posé la question à Andrée Robichaud qui était la première PDG du Réseau Vitalité, où Aldéa Landry a, par hasard, été nommée présidente du CA⁸⁰. Le hasard fait bien les choses en politique. Andrée qui était ancienne sous-ministre adjointe qui se retrouve là. Sans concours. Même chose de l'autre côté. Ça se passe par magie et par osmose. » CITOYEN-22

Au même moment, le ministre Murphy continuait à nourrir le sentiment d'urgence en signalant que le dépôt de mesures législatives pour les deux nouvelles RRS et le CSNB seraient adoptées en avril et proclamées le 1^{er} septembre 2008. L'utilisation hâtive de ce type d'instrument de régulation avait donc une signification particulière : l'État usait de son autorité ou de son pouvoir législatif pour atteindre rapidement ses objectifs. D'ailleurs, poussé dans son désir d'envoyer un message clair aux acteurs concernés sur la nécessité d'introduire des transformations, l'État ajoutait une clause privative au paragraphe 17 de la *Loi* qui rendait irrecevable toute action en justice permettant l'abolition des nouvelles RRS. Au paragraphe 16

⁸⁰ Le 11 mars 2008, Marie-Marthe-Aldéa Landry était effectivement nommée présidente du CA de la RRS A. Madame Landry est avocate et femme politique. Elle a entre autres siégé à l'Assemblée législative du NB entre 1987 et 1991, comme députée du Parti libéral du NB, pour la circonscription Shippagan-Les-Îles. (Source : Basque, M. et GRHESUM. 1998. « Répertoire des députés provinciaux, 1784-1991 », en ligne : <http://www.cuslm.ca/~clio/fenetre/frame3/politnba.htm>, comme visité le 10 mai 2017).

(1) du Projet de loi 34, c'est-à-dire la Loi modifiant la *Loi*, une clause abolissait dès la première lecture les huit anciennes RRS, et non à la troisième lecture, comme c'était le processus habituel devant l'Assemblée législative⁸¹. Dans un média francophone provincial, Michel Doucet, professeur à la Faculté de droit de l'Université de Moncton, affirmait qu'une telle approche était inusitée et normalement utilisée dans les situations exceptionnelles d'urgence⁸². Voici les propos de deux répondants à l'égard de la stratégie de l'État lors du grand lancement de la réforme :

« Premièrement, quand ils ont (*l'État*) fait l'annonce, ils avaient préparé la loi, parce qu'ils changeaient de loi. Donc, la première chose qu'il a faite (*ministre de la Santé*), de mémoire, il a congédié les conseils d'administration. Il leur a enlevé leur pouvoir. Ils devenaient "juste" des directeurs généraux sans pouvoir. Après ça, ils ont passé la loi assez vite pour dire "maintenant, on tombe de huit à deux". Après ça, ils avaient même nommé qui allaient être les directeurs généraux de ça. » DIRIGEANT-24

« I think that the legislation in itself is a legal instrument that influences change, so decisions that were made to determine what went in the legislation, who had control over appointment of Chairs and CEOs and Board members all of which themselves showed government influence over the change. » ÉTAT-11

D'autres stratégies de l'État en relation avec l'enjeu de performance : des cibles qui sont surtout financières

En ce qui concerne le « monitoring » de l'évolution du changement par l'État, aux yeux de certains répondants, un des principaux indicateurs utilisé pour mesurer de la progression du changement, sinon un des seuls, était lié à l'enjeu de performance du système de santé⁸³. Selon eux, le contrôle de la croissance des dépenses publiques en santé était un moyen de monitorer le succès de la réforme. À titre d'exemple, en ce qui concerne les deux RRS, des répondants suggèrent qu'une des mesures principales qui leur permettait d'évaluer la progression du

⁸¹ Doucet, Michel. (Éditorial). (2008). « Un précédent juridique dangereux ». *L'Acadie Nouvelle*. 12 avril, p. 12.

⁸² Doucet, Michel. (Éditorial). (2008). « Un précédent juridique dangereux ». *L'Acadie Nouvelle*. 12 avril, p. 12.

⁸³ Le lecteur constate que la « performance » est un enjeu qui pousse l'État, aux trois étapes de la réforme, à passer à l'action. Tandis que nous sommes conscients que la qualité des soins et services est une dimension qui fait généralement partie de la performance d'un système de santé, dans notre cas, nous nous en tenons au discours de l'État. Ainsi, dans notre texte, lorsque nous faisons référence à l'enjeu de « performance », il est question du contrôle des coûts.

changement était le budget. Par contre, les indicateurs précis concernant la qualité des soins et services étaient pratiquement absents.

« Pas vraiment. Il y aurait probablement dû en avoir (*outils de mesure*). Mais moi, la meilleure mesure de la réforme, c'est le fait que le système de santé n'allait pu s'accroître autant. Puis, que ça croissait de 8,3 % par année avant la réforme. On avait un accroissement de la santé, du système, désorganisé complètement. Chacune des régies faisait ce qu'elle voulait, on avait des doublons. Avec la réforme, on mettait plus d'ordre là-dedans, et ça c'est la mesure primaire pour moi. » ÉTAT-21

« Est-ce qu'on mesurait? Et bien, c'est sûr que notre budget était une des mesures. La deuxième mesure, c'était de compléter les tâches avant le premier septembre, parce qu'on avait juste six mois pour tout mettre en place pour ce qu'on appelle "go live". DIRIGEANT-10

Dans l'optique de rendre les nouvelles organisations « opérationnelles » avant la proclamation des mesures législatives le 1^{er} septembre 2008, divers comités de transition étaient créés. D'ailleurs, il faut rappeler que pendant la période précédente de formulation de la réforme, l'État avait fait appel à une agence de consultants externes qui lui avait proposé un plan de mise en oeuvre. Selon des répondants qui représentent l'État, ces plans d'action servaient à mesurer l'évolution du changement. Des outils, comme des « check-list », étaient utilisés par les dirigeants des nouvelles organisations afin de rendre compte des tâches accomplies. Toutefois, d'après d'autres répondants, ces plans d'action élaborés préalablement par le groupe d'experts n'étaient pas mis à exécution, car les acteurs du système de santé ne « jouaient pas le rôle » qu'ils devaient suivre.

« Yes, there was an action plan. Again, the government had work with consultants, maybe KPMG or Deloitte. They were there because when they made the plan to do this, like I said, it was sort of within government, a small group of people that were involve in the design of what they wanted and they had a consulting company helping them, but I'm not sure if it was Deloitte. So, when we came in, we sort of had a manual, a help tool, they had all kinds of checkpoints that we sort of had to achieve. In other words, we had to have a senior organisation group together by a certain date. We had to have the board in place and then a board chair and we had to have bylaws. So it was like a checklist. » DIRIGEANT-28

« [...] C'était clairement établi. Mais exécuter la réforme et exécuter ton rôle sont deux chose différentes. Un an ou un an et demi était prévu. L'expert-conseil avait été

embauché pour ce plan de mise en œuvre là. Il y avait un "playbook". Si tu le regardais, tu ne pourrais pas faire de sens de ça. Ça disait par exemple comment ce ferait la transition pour les employés. On était outillé pour le suivre. Là où ça a tombé à l'eau, c'est qu'il y avait un rôle à jouer par quelqu'un pour le suivre, mais ça n'a pas été fait de la bonne façon. C'est dans l'exécution le problème, ce n'était pas faute d'outil. »
DIRIGEANT-13

Dans un autre ordre d'idées, peu de temps après le grand lancement de la réforme, l'État présentait un plan stratégique s'intitulant *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick, le Plan provincial de la santé 2008-2012*. Le ministre Murphy répétait alors que le but ultime de la réforme était de créer un système de santé moins fragmenté, plus souple, mieux organisé et financièrement viable (Ministère de la Santé, 2008a). Dans ce plan, l'État rappelait aux acteurs concernés qu'un de ses enjeux principaux, qui avait justifié la nécessité des transformations, était l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et des services. Dans un document additionnel, une centaine d'initiatives liées au plan stratégique étaient présentées, comme des stratégies pour la petite enfance et la jeunesse, les soins de santé primaires et les services et soins de santé en français (Ministère de la Santé, 2008e). Les axes stratégiques du plan, au nombre de six, se retrouvent dans l'encadré 2. Voici les propos du ministre Murphy dans le communiqué de presse dévoilant le plan stratégique (2008-2012) :

« Pour y arriver, nous devons implanter un système provincial unique et bien intégré, un système faisant bon usage de nos ressources humaines, infrastructurelles et financières. Nous avons déjà pris des mesures pour moderniser les structures de l'organisation, notamment par la constitution de deux régies régionales de la santé en vue de réduire les dédoublements coûteux. À présent, nous devons mettre l'accent sur l'aspect clinique des soins de santé, là où le nouveau plan de santé prend tout son sens. »⁸⁴

⁸⁴ Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Le nouveau Plan provincial de la santé place les besoins des patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 29 mars 2016.

Encadré 2 : Les six piliers du Plan provincial de la santé (2008-2012) (Ministère de la Santé, 2008a)

Piliers stratégiques du Plan provincial de la santé (2008-2012)
• Établir un meilleur équilibre (renforcer le système de soins de santé primaires afin qu'il complète le secteur hospitalier)
• Améliorer l'accès aux soins
• Améliorer l'efficacité (accroître la productivité, réduire les chevauchements, améliorer la gestion et assurer un meilleur rendement) ⁸⁵
• Tirer parti de l'innovation (promouvoir la recherche, adopter des pratiques exemplaires et encourager une culture d'apprentissage et d'innovation)
• Accorder la priorité à la qualité (inclure les concepts de sécurité, de qualité et de viabilité clinique dans la planification et la prestation des services de santé)
• Mobiliser les partenaires (encourager les citoyens à jouer un rôle actif dans la gestion de leur santé, d'une part, et assurer des partenariats avec des intervenants d'autres domaines comme l'éducation et l'environnement, d'autre part, et ceci, afin de favoriser les soins de santé axés sur la personne et promouvoir la santé auprès de la population).

Cette partie nous a permis de constater que durant le grand lancement de la réforme, les enjeux motivant l'État à mobiliser différentes stratégies d'action étaient axés sur l'efficience ainsi que l'accès et la coordination des soins et des services de santé. Nous voyons également que les instruments adoptés étaient directs, c'est-à-dire de type législatif et règlementaire. Dans les lignes qui suivent, nous discutons des autres acteurs principaux du contexte pluraliste et des dynamiques qui caractérisent leurs relations. Nous montrons ensuite de quelles façons celles-ci ont poussé l'État à s'adapter, c'est-à-dire à s'ouvrir à la négociation.

⁸⁵ C'est dans cette optique d'améliorer l'efficacité, plus particulièrement de favoriser l'intégration clinique et de réduire la fragmentation, que les RRS étaient fusionnées. L'intégration de certains services non cliniques des RRS dans un nouvel organisme du secteur public allait permettre de faire des économies d'échelle et de réduire « de façon marquée » les coûts de prestation des services de santé (Ministère de la Santé, 2008a, p. 19).

5.2.2 Le contexte des RRS à l'étape du grand lancement de la réforme

Comme nous l'avons vu, la modification de la structure par l'État, en s'appuyant sur un instrument de type législatif, menait à la création de deux régies (RRS A et RRS B). Cette stratégie d'ordre structurel était cohérente avec l'enjeu de coordination et d'accès aux soins et services. En effet, les RRS étaient créées dans le but principal d'améliorer l'acheminement des patients dans le système de santé ainsi que leur accès à un plus grand réseau de fournisseurs de services (Ministère de la Santé, 2008a).

Alors que l'objectif de cette prochaine section est de cerner les enjeux et stratégies propres à chacune des RRS, il sert aussi à démontrer qu'elles ont évolué différemment. Afin d'illustrer avec exactitude comment leur progression était influencée par différents facteurs, notamment ceux du contexte systémique, nous les présentons de façon séquentielle. Avant de discuter de l'évolution des deux nouvelles organisations de santé, nous trouvons utile d'offrir quelques détails concernant l'impact des transformations annoncées en mars 2008 sur la symbolique des droits linguistiques d'acteurs associés à la RRS A. Ces modifications présentaient un motif suffisant pour que ce groupe passe rapidement « à l'action ».

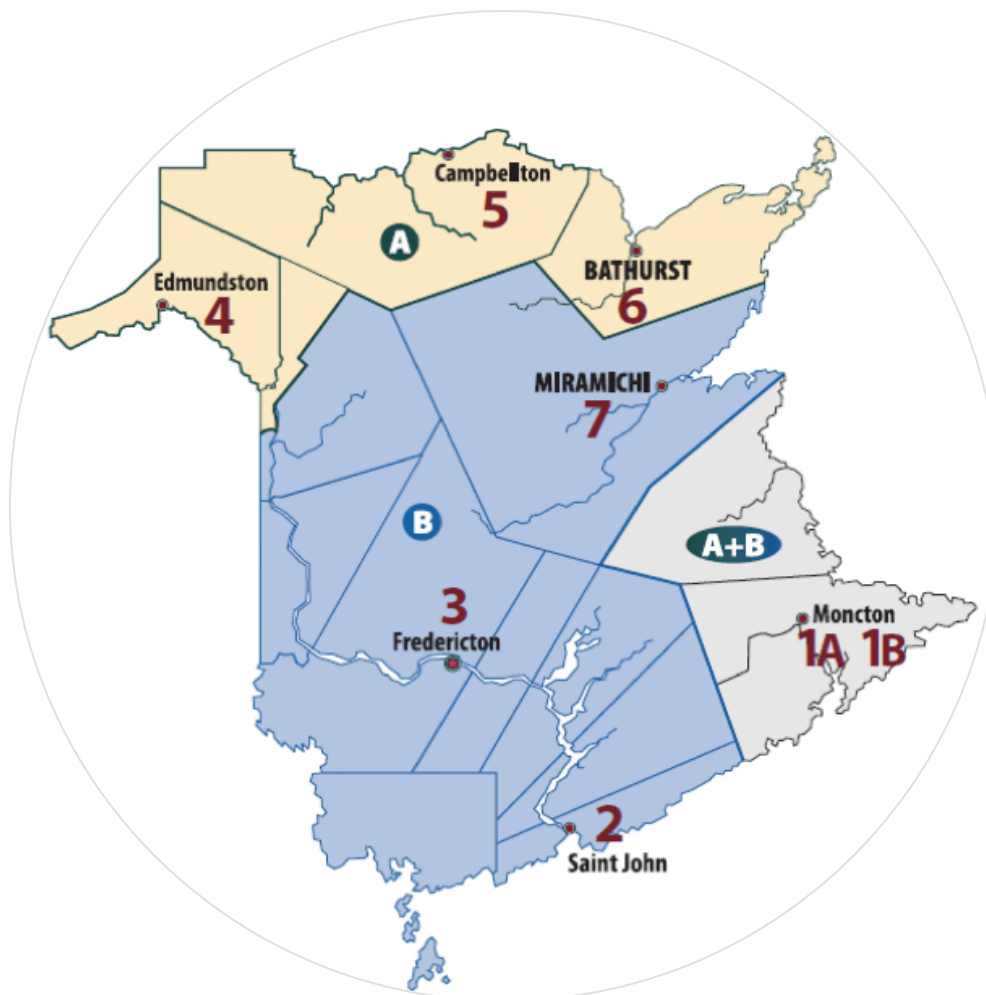
Tout d'abord, relativement à l'inscription des droits linguistiques dans la *Loi*, il était précisé que les nouvelles RRS continueraient de fournir des services de santé aux citoyens dans la langue officielle de leur choix (Ministère de la Santé, 2008a). Toutefois, les changements législatifs qui étaient annoncés concernant la fusion des huit RRS en deux demeuraient vagues quant à la langue de fonctionnement de chacune⁸⁶. À la lecture du texte législatif, il allait de soi que le modèle de dualité linguistique adopté au sein du ministère de l'Éducation quelques décennies passées ne s'appliquerait pas au système de santé. Un flou continuait donc à persister

⁸⁶ À cet égard, dans l'article 19 (9) de la Loi sur les régies régionales, LN-B 2002, c R-5.05, il était inscrit que « [...] le conseil d'administration fonctionne dans la langue de la majorité de la communauté linguistique qu'il dessert; soit en français en ce qui a trait au conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A/Regional Health Authority A soit en anglais pour ce qui est du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé B/Regional Health Authority B ». De plus, dans la *Loi*, il était inscrit qu'un CA d'une RRS ne pouvait changer ou modifier la langue dans laquelle fonctionnait habituellement un hôpital ou un établissement fournissant des soins de santé.

par rapport à la notion « d'institution culturelle », et les caractéristiques propres à chacun des territoires géographiques desservis par les RRS pouvaient l'amplifier.

Ainsi, le territoire géographique desservi par la RRS A était composé majoritairement d'une population francophone, tandis que celui de la RRS B était en grande partie formé de la communauté anglophone. Les territoires géographiques desservis par chacune des huit anciennes RRS, tels qu'illustrés précédemment dans la figure 3, devenaient dorénavant des « zones » des nouvelles RRS. Autrement dit, chacune des deux RRS serait responsable de consolider et de gérer les programmes et services de quatre des huit anciennes RRS. La figure 5 illustre ces quatre zones composant les RRS qui sont expliquées plus en détail dans les lignes qui suivent.

Figure 5 : Territoires géographiques desservis par les RRS A et RRS B après la réforme du 11 mars 2008⁸⁷



En ce qui concerne maintenant la gouvernance des RRS, afin « d’assurer le droit de parole aux collectivités », l’État annonçait qu’il mettrait en place une nouvelle structure « protégée » des

⁸⁷ Sur la Figure 5, la lettre « A » montre le territoire couvert par la RRS A tandis que la lettre « B » montre le territoire couvert par la RRS B. Le lecteur peut constater que les deux RRS se partagent la région de Moncton. Les villes de Bathurst et Miramichi sont en lettres capitales, car ce sont dans ces villes que sont situés les sièges sociaux des RRS.

Source de la figure : Nouveau-Brunswick (2011). « Document de travail sur la gouvernance des régions régionales de la santé préparé à l’intention du Comité permanent des soins de santé » (p.6). Le document complet est accessible en ligne, au lien suivant : <http://leg-horizon.gnb.ca/e-repository/monographs/30000000048761/30000000048761.pdf>.

jeux politiques (Ministère de la Santé, 2008d). Selon l'État, ce changement ferait en sorte que les CA des organisations pourraient dorénavant se concentrer sur les intérêts généraux des citoyens. Avant les transformations, les CA des huit RRS comptaient sept membres élus et huit membres nommés. Les PDG de ces RRS devaient rendre des comptes au sous-ministre de la Santé. Dorénavant, les CA des deux RRS seraient composés de 17 membres nommés par le gouvernement, sur recommandation du ministre de la Santé, en fonction de diverses compétences et d'expertises particulières (santé ou expérience médicale, connaissances stratégiques ou en financement, etc.) ainsi que de critères assurant la diversité des membres (critères géographiques et linguistiques et proportion hommes-femmes) (Ministère de la Santé, 2008b, 2008d). Les PDG de la RRS A et de la RRS B relèveraient directement des présidents des CA (et non du ministre de la Santé) tandis que les CA rendraient des comptes au ministre de la Santé.

5.2.2 (a) Le contexte de la RRS A

Les caractéristiques de la population desservie par la RRS A, la gamme de soins et services offerts et le climat de gestion

Avant d'expliquer les enjeux et les stratégies de la RRS A à cette phase d'implantation de la réforme, il est souhaitable de donner des détails sur les caractéristiques de la population desservie et les établissements de santé qui dorénavant la composaient. Ces particularités pouvaient avoir des répercussions sur les dynamiques de la réforme, voire influencer significativement sa progression.

D'entrée de jeu, en ce qui concerne le territoire couvert par la RRS A, il faut souligner qu'il était globalement plus défavorisé sur les plans socioéconomiques et de l'état de santé de la population comparativement à celui de la RRS B (Réseau de santé Vitalité, 2015). En effet, la population comprise sur le territoire géographique était une des moins bien nanties au pays et son état de santé (taux d'obésité ou tabagisme, par exemple) était inférieur à la moyenne canadienne (Réseau de santé Vitalité, 2017). Des quatre zones composant la RRS A, trois

d'entre elles se situaient dans le Nord de la province et celles-ci étaient pour la plupart composées de régions rurales et de populations majoritairement francophones⁸⁸. La population constituant ces trois zones comprenait une portion élevée de personnes âgées (Réseau de santé Vitalité, 2015). Une seule zone de la RRS A se situait dans un des trois centres urbains de la province, soit à Moncton, où on y trouvait une population bilingue. Les distances à parcourir entre les zones du nord de la province et celle du Sud-est, et les conditions routières hivernales, pouvaient être considérées comme une des limites à l'accès aux soins et services de santé (Réseau de santé Vitalité, 2015).

Par ailleurs, certaines caractéristiques distinguant la gamme des soins et services de santé offerts par la RRS A méritent d'être soulignées. La grande majorité des hôpitaux qui étaient au sein de la RRS A étaient des établissements de soins aigus ou de soins de santé primaires. Une fois de plus, ces hôpitaux, pour la plupart situés dans des régions éloignées de Moncton ou dans des zones rurales, offraient des soins et des services de santé à des communautés majoritairement acadiennes et francophones. D'après les répondants, le seul établissement offrant une gamme de services de soins spécialisés et tertiaires à l'ensemble de la population couvert par la RRS A était l'HDGLD, situé dans la zone Beauséjour, c'est-à-dire dans la région de Moncton⁸⁹. La nouvelle RRS A était formé des quatre anciennes RRS suivantes : RRS Beauséjour (région de Moncton), RRS 4 (Edmundston), RRS 5 (Campbellton) et RRS 6 (Acadie-Bathurst)⁹⁰. Le siège social de la RRS A était à Bathurst, dans le Nord-est de la province. Le Tableau V expose les principales caractéristiques de la nouvelle RRS A⁹¹.

⁸⁸ Il est utile de rappeler au lecteur que les trois plus grandes villes du NB relativement à la population sont respectivement Saint-Jean, Moncton et Fredericton. L'auteur peut se référer à la Figure 5 afin de visualiser géographiquement les zones comprises dans la RRS A.

⁸⁹ Dans les faits, un autre établissement offrait des soins de santé tertiaires, soit le Centre hospitalier Restigouche, situé à Campbellton dans le nord de la province. Ce centre hospitalier, qui faisait partie de la RRS 5, offrait des soins et des services psychiatriques spécialisés, comme la réadaptation.

⁹⁰ Nous rappelons le lecteur que les deux RRS (A et B) allaient partager le territoire de Moncton. Avant la réforme du système de santé lancée en 2008, la RRS du Sud-Est ainsi que la RRS Beauséjour partageaient cette même zone territoriale.

⁹¹ Les sources utilisées afin de montrer les principales caractéristiques de la RRS A (Tableau V) sont : Nouveau-Brunswick (2008b), A (2009) et Ébacher, Jessica. (2008). « Les régions A et B ont besoin l'une de l'autre ». *L'Acadie Nouvelle*, 8 octobre, p.4. ⁹¹ Les sources utilisées afin de montrer les principales caractéristiques de la RRS B le 11 mars 2008 (Tableau IX) sont les suivantes : Nouveau-Brunswick (2008b), RRS B (2009) et Ébacher, Jessica (2008). « Les régions A et B ont besoin l'une de l'autre ». *L'Acadie Nouvelle*, 8 octobre, p.4. Les noms des quatre anciennes RRS proviennent de Nouveau-Brunswick (2017). « Régions régionales de la santé », en ligne :

Tableau V : Caractéristiques de la RRS A en date du 11 mars 2008

Organisation	RRS A
PDG	Andrée Robichaud ⁹²
Présidente du CA	Aldéa Landry
Anciennes RRS	RRS 1 Beauséjour (Moncton) RRS 4 (Edmundston) RRS 5 (Campbellton) RRS 6 (Bathurst)
Siège social	Bathurst
Établissements offrant des soins tertiaires	Hôpital Dr Georges-L.-Dumont (Moncton) Centre Hospitalier Restigouche (Campbellton)
Établissements offrant des soins spécialisés	Hôpital régional d'Edmundston Hôpital Régional de Campbellton Hôpital régional Chaleur (Bathurst)
Autres établissements hospitaliers	Hôpital général de Grand-Sault Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin Hôpital de l'Enfant-Jésus-RHSJ (Caraquet) Hôpital de Tracadie-Sheila Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque Hôpital Stella-Maris-de-Kent (Sainte-Anne-de-Kent)
Population desservie	Environ 250 000
Langue de la population desservie	Principalement francophone
Nombre d'employés	7 600
Budget	Près de 600 millions de dollars (\$)

Des répondants soulignent qu'en matière de faisabilité, la gamme des soins et services que la RRS A offrait et les ressources et compétences y étant liées, représentait un facteur qui faisait en sorte que son implantation serait moins rapide comparativement à la RRS B. Ils affirment par exemple que le fait que la RRS A ne comptait qu'un centre de services spécialisés et tertiaires, par rapport à trois du côté de la RRS B, était un désavantage qui avait des conséquences sur la réussite des premières étapes du changement. Certains répondants affirment que ce centre, soit l'HDGLD, se pensait « supérieur » aux autres hôpitaux de la RRS A. D'autres répondants suggèrent qu'à cette phase de la mise en œuvre de la réforme, les capacités de gestion, ou la « maturité de gestion », de la RRS A étaient moindres que celles de la RRS B.

http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.9435.Régies_régionales_de_la_santé.html, comme visité le 28 novembre 2017.

⁹² Le lecteur se souvient probablement que Andrée Robichaud était jusqu'à cette date sous-ministre déléguée à la santé, un poste créé par le gouvernement Graham à son entrée au pouvoir.

« D'abord, ils étaient beaucoup plus gros (*RRS B*). Là, on rentre dans le spécifique de la réforme : du côté de Vitalité on avait trois petits hôpitaux régionaux et le plus gros des quatre, c'est nous autres. Et, on était le plus petits des quatre gros hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Il y a toujours eu deux ligues au Nouveau-Brunswick : il y avait la ligue des gros hôpitaux et la ligue des petits. Fait que là, Vitalité s'est retrouvé avec pas assez de main d'œuvre pour gérer le réseau. La compétence n'était pas là. Ça nous hante encore. » CADRE-SUPÉRIEUR-39

« L'évolution est différente et la réalité est au-delà de la langue. Les institutions publiques n'avaient pas la même maturité de gestion. Par exemple, dès 2008, l'Hôpital de St-Jean avait des gens embauchés pour travailler sur la santé de la population. Il était peut-être la seule du NB, peut-être. Par défaut, une organisation qui était Horizon a puisé dans l'Hôpital de St-Jean, l'Hôpital de Moncton, Fredericton et Miramichi, de l'expertise qui allait guider le déploiement de la réforme. De l'autre côté, Georges-Dumont est un peu plus petit que l'Hôpital de Moncton et beaucoup plus petit que St-Jean. Il est à peu près gros comme Fredericton. Ça, c'est la plus grosse organisation que tu as du côté de Vitalité. Après ça tu as Bathurst, Campbellton et Edmundston. Tu n'as pas la même richesse des ressources pour t'équiper. » DIRIGEANT-13

« I think Horizon moved lot faster in some ways, because I think Horizon had the advantage of having bigger hospitals. They had the Moncton's Hospital, the Saint-John's Regional and the Fredericton's Hospital. Miramichi didn't really matter too much, it was small. But I think Horizon had more to work with than Vitalité did. Vitalité, basically its main hospital was Dumont and Dumont didn't get along well with Edmundston and [...] » DIRIGEANT-28

Enfin, des répondants laissent entendre que l'enjeu du contrôle des soins de santé en français, expliqué plus loin, avait mobilisait peu de temps après le grand lancement de la réforme des médecins de l'HDGLD. Cet enjeu particulier était précipité par l'expérience professionnelle et les compétences de la dirigeante de la RRS A. Comparativement au dirigeant de la RRS B, qui avait été à la tête d'une des anciennes RRS avant l'annonce des transformations, Andrée Robichaud provenait directement du ministère de la Santé. Des répondants affirment que cette fonction antérieure brimait sa légitimité à la direction de la RRS A. Des médecins et d'anciens acteurs de l'équipe de leadership de la RRS Beauséjour la percevaient comme une bureaucrate, qui ne possédait pas nécessairement les habiletés requises en management. En dernière analyse, elle était considérée comme une « traître », ayant participé à l'élaboration de la réforme, « sans que des médecins ou autres professionnels de la santé ne soient dans le coup ».

« Puis en plus, la première directrice générale arrivait directement du ministère. Ce n'était pas quelqu'un de la santé et elle avait été "brainwashée" par [...] sur la réforme. Alors, cette femme gérait quelque chose qu'elle ne connaissait pas avec une équipe très faible. On était deux, trois ici, et c'est la première chose qu'on a dit : ce réseau-là, le plus gros handicap, c'est la capacité de gestion, ils n'ont pas le monde compétent pour gérer ça. Le fait aussi qu'elle arrivait directement du ministère, elle n'avait aucun esprit critique "whatsoever". Elle appliquait la bible qui avait été écrite par les bureaucrates. CADRE-SUPÉRIEUR-39

« [...] Tu sais, pensez-y, et ce n'est pas une question de médecins ou d'infirmières. Si on avait fait une transformation aussi draconienne dans n'importe quel autre ministère que ce soit Transport, Justice, Éducation, est-ce qu'on aurait eu des avocats, des ingénieurs, des enseignants dans la partie ? Ici, il n'y avait aucun professionnel de la santé dans le coup. C'est comme ça qu'on gère notre système de santé au NB. C'est comme : "il y a nous autres, les bureaucrates, et il y a vous autres". "Nous autres on sait mieux et vous autres faites votre job". Il n'y a rien qui se fait dans le Ministère de la Justice sans que les avocats soient consultés [...] Pour le Ministère des Transports, il y a des ingénieurs qui sont consultés par rapport aux ponts et ainsi de suite. » MÉDECIN-19

L'enjeu des soins de santé en français prend le dessus sur celui de l'accès et de la coordination

Alors que l'enjeu connu de la RRS A était d'offrir des soins et des services de santé de qualité à la population sur son territoire, l'enjeu des besoins en santé de la communauté francophone mobilisait rapidement des acteurs liés à ce nouvel établissement. Du jour au lendemain, la PDG et la présidente du CA de la RRS A, respectivement Andrée Robichaud et Aldéa Landry, faisaient face au mécontentement d'un groupe organisé d'acteurs qui allait devenir un contre-pouvoir officiel. En effet, ce groupe s'opposant à la réforme du gouvernement Graham, *Égalité santé en français (ESF)*, se formait rapidement à la suite de son grand lancement. De manière générale, ses membres déploraient l'absence du statut officiellement francophone dans la *Loi* de la RRS A⁹³. De plus, ils réclamaient que le rôle de l'HDGLD dans la formation universitaire médicale pour la communauté francophone de la province soit établi dans la *Loi*.

⁹³ Lire les articles de Seymour, Béatrice. (2008). « Santé et gestion à distance : des propos rassurants ». *L'Acadie Nouvelle*. 5 avril, p.3 et SRC Atlantique (2008). « Aldéa Landry se fait rassurante ». 4 avril, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2008/04/04/001-NB-reforme-landry.shtml>, comme visité le 23 février 2015.

Certains acteurs clés du contexte pluraliste, comme le ministre de la Santé, estimaient que le but véritable du groupe était de revendiquer la dualité en santé, comme en éducation⁹⁴.

« Une autre chose qui était compliquée : la langue. Certaines personnes voulaient la dualité dans le système. Deux systèmes complètement différents (anglais et français), comme on a en éducation, sans travailler ensemble et partager les services. Le NB ne peut se permettre ça financièrement. Mais, il y a des forces incroyables pour le faire, et ça, ça rajoute beaucoup de compétitivité. » ÉTAT-21

Il est utile de souligner qu'un des principaux précurseurs du groupe de contestataires, qui ne tarderait pas à devenir le porte-parole d'ESF, le Dr Hubert Dupuis, était un médecin de longue date à l'HDGLD⁹⁵. Nous rappelons que cet hôpital, l'unique du côté de la RRS A, selon les répondants, qui offrait des soins tertiaires et spécialisés, faisait partie de la RRS Beauséjour avant la réforme. Cette régie était la seule parmi les huit établissements qui s'était désignée comme francophone. Ce statut particulier constituait un argument au cœur de l'enjeu de la gouvernance des institutions francophones. Il nous semble utile de résumer, dans les tableaux présentés ci-dessous, « l'ampleur de la perte de ce lieu », considéré comme névralgique pour la protection de la langue et de la culture pour le groupe d'acteurs francophones et acadiens qui se mobilisait (LeBlanc, 2010). Les particularités linguistiques les plus marquantes de l'HDGLD et de l'ancienne RRS Beauséjour ainsi que de la nouvelle RRS A sont par conséquent détaillées dans les Tableaux VI et VII.

⁹⁴ En ce qui concerne l'éducation primaire et secondaire au NB, nous tenons à rappeler que la *Loi scolaire* de 1981 stipule que les institutions scolaires distinctes (écoles et conseils scolaires) correspondent à des régions linguistiques précises. Quant aux propos du ministre de la Santé relativement à la dualité en santé, le lecteur peut les lire dans l'article de Desjardins, Luc. 2008. « Définir la dualité ». *L'Acadie Nouvelle*. 5 mai, p.11.

⁹⁵ Selon Abord-Babin (2014), les autres précurseurs du groupe ESF étaient des citoyens influents au NB, dont plusieurs anciens administrateurs de la RRS Beauséjour. En 2008, le Dr Dupuis était médecin à l'Unité de médecine de famille de l'HDGLD, et ceci, depuis plusieurs années. Voir Cyr, Jean. (2014). « Dr Hubert Dupuis : la lutte pour l'égalité en santé ». *L'Acadie Nouvelle*, 3 juillet. En ligne : <http://www.acadienouvelle.com/chroniques/2014/03/25/dr-hubert-dupuis-lutte-legalite-en-sante/>, comme visité le 19 février 2016.

Tableau VI : Particularités de l’HDGLD et de la RRS Beauséjour (précédent l’annonce de la réforme le 11 mars 2008)

Organisation	Particularités
Hôpital Dr Georges-L. Dumont	<ul style="list-style-type: none"> • Seul établissement de la RRS Beauséjour à fournir des services de santé spécialisés et tertiaires
RRS Beauséjour	<ul style="list-style-type: none"> • Siège social est établi au sein de l’Hôpital Dr Georges-L. Dumont
RRS A	<ul style="list-style-type: none"> • Se désigne comme institution francophone le 30 mai 2002⁹⁶ • À cette date, le CA de la RRS la désigne comme « un organisme francophone, à vocation régionale et provinciale, qui offre des services institutionnels et communautaires de base et spécialisés dans le domaine de la santé »⁹⁷ • LA RRS devient aussi « un centre d’enseignement francophone qui assume un rôle provincial dans la formation de la main-d’œuvre du réseau de santé francophone de la province »⁹⁸

Tableau VII : Particularités de l’HDGLD et de la RRS A (suivant la réforme du 11 mars 2008)

Organisation	Particularités
Hôpital Dr Georges-L. Dumont	<ul style="list-style-type: none"> • Demeure le principal établissement de la RRS A relativement à la gamme de services de santé qu’il offre
RRS A	<ul style="list-style-type: none"> • Siège social est établi à Bathurst, dans le Nord-Est de la province • Le changement à la <i>Loi</i> ne prévoit aucune désignation linguistique pour la RRS⁹⁹ • Aucune désignation dans la <i>Loi</i> que cette RRS est un centre d’enseignement francophone qui assume un rôle provincial dans la formation universitaire pour la communauté francophone

Des répondants suggèrent que le groupe ESF revendiquait tout simplement un retour en arrière, c’est-à-dire, il souhaitait que l’État revienne à un système de santé composé de huit RRS. Ainsi, ESF voulait que l’ancienne RRS Beauséjour soit rétablie et qu’elle soit désignée comme une régie francophone. Dans les médias francophones de la province, l’ancien PDG de la RRS

⁹⁶ Égalité santé en français. (2015). Historique. En ligne : <http://www.egalitesante.com/historique/>, comme visité le 18 février 2016.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ En effet, selon ESF (2015), le changement à la *Loi* découlant de la réforme du système de santé ne prévoyait aucune désignation linguistique pour les RRS A et B, ni pour le CSNB et l’agence des services non cliniques partagés (FNB).

Beauséjour, le Dr Louis-Marie Simard, suggérait que la fusion des huit régions en deux allait « empêcher la seule région qui reposait sur une base linguistique (Beauséjour) de continuer d'innover comme elle l'avait fait dans le passé en créant notamment l'Institut atlantique de recherche sur le cancer »¹⁰⁰. Selon l'ancien PDG, la réforme du système de santé du NB faisait en sorte que le ministre de la Santé s'attribuait dorénavant tous les pouvoirs et l'ancien dirigeant affirmait symboliquement : « Le ministre de la Santé va avoir presque autant d'autorité que le roi Louis XIV en France en 1600 et quelques. La réforme a atteint le principal objectif qui était la centralisation complète de l'autorité »¹⁰¹. Voici les propos de deux répondants :

« Ce que Égalité santé en français revendiquait d'abord, c'était que lorsqu'on a créé les deux régions, on voulait revenir aux huit régions et on voulait que la région Beauséjour soit une région francophone. Dupuis et compagnie disaient qu'ils avaient perdu l'autonomie administrative qu'ils avaient lorsqu'ils constituaient la région Beauséjour. C'était une région qui fonctionnait en français, bien qu'elle n'ait jamais été désignée par la *Loi* comme étant une région francophone. » EXPERT-CONSULTANT-16

« Le Ministre de la Santé Michael Murphy, il avait été averti. Avant Égalité santé (*en français*), il y a eu un comité des médecins et des dentistes de l'Hôpital George-L.-Dumont qui s'étaient rendus aux barricades en disant au gouvernement qu'on n'accepterait pas de devenir une région bilingue, car nous sommes une région francophone. » CITOYEN-33

Un enjeu caché derrière celui des besoins de la communauté francophone et acadienne : la perte de contrôle sur les opérations

Tandis que l'enjeu connu des médecins concernés de l'HDGLD était lié à la gouvernance des institutions francophones, et de surcroît, à la répartition des services de santé spécialisés entre les deux RRS, des répondants soulignent qu'ils rejetaient la réforme, car celle-ci avait un effet néfaste sur le contrôle de leurs opérations. Ils affirment que ces professionnels redoutaient une gestion des opérations « à distance ». Ainsi, certains médecins de cet établissement étaient

¹⁰⁰ Le lecteur peut lire SRC Atlantique. 2008. « Une sortie contre la réforme ». 2 juillet. L'article est accessible en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2008/07/02/008-NB-simard.shtml> ou Doiron, Mylène. « L'ancien PDG de la Région Beauséjour critique la réforme de la santé ». *L'Acadie Nouvelle*. 3 juillet, p.3.

¹⁰¹ Se référer à SRC Atlantique. 2008. « Une sortie contre la réforme ». 2 juillet. L'article est accessible en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2008/07/02/008-NB-simard.shtml>.

concernés par la centralisation de l'administration des hôpitaux et ils déplorait le fait de ne pas avoir participé à la planification de la réforme¹⁰². Plusieurs répondants affirment ainsi que des professionnels de l'HDGLD craignaient de perdre leur autonomie, et ceci, en raison de la localisation du siège social de la RRS A qui était éloigné de cet établissement. Autrement dit, en plus d'avoir à collaborer avec des médecins d'hôpitaux de régions rurales fournissant des services de soins primaires et aigus, les médecins de cet hôpital offrant des soins de santé spécialisés et tertiaires désapprouvaient que le siège social de leur région soit dans une région éloignée du grand centre urbain de la province.

« La bataille s'est faite. Maintenant, pourquoi elle s'est faite? Moi je pars d'une analyse [...] Il y avait un certain confort à George Dumont où il y a une grosse masse de médecins francophones qui viennent du Québec, et je ne fais pas un lien de cause à effet, mais pour beaucoup le paradis pour un médecin francophone au Canada c'était George Dumont [...] Maintenant, on me dit que ces médecins avaient peut-être peur de perdre un peu leur confort et ne voulaient pas [...]

[...] Le deuxième élément, qui a pu créer une certaine confusion, le gouvernement a voulu décentraliser l'exercice, pour éviter la chicane, il a mis les deux régions, les deux bureaux chefs des régions dans le Nord, ce qui a créé deux problèmes. Le premier, George Dumont qui acceptait très mal cela et c'est la base sur laquelle George Dumont et les amis d'Égalité santé (*en français*) ont intenté des poursuites en disant qu'ils ne contrôlaient plus eux-mêmes leur destinée, alors que la charte dit qu'on devrait le faire parce qu'on est une institution francophone. » ÉTAT-4

« Il faut se rappeler tout le comité du docteur Dupuis qui a décidé d'amener le gouvernement en cour parce que les projets de loi n'étaient pas assez robustes pour les francophones. Je pense que ça s'en a été un. Inutilement, parce que les gens ont eu peur. Et aussi, les gens voyaient ça comme une façon de George Dumont de se distinguer des autres. Parce que le Nord, eux, ce n'était pas une question de langue. Pour George Dumont, ils essayaient de protéger le statu quo. Ils ont toujours travaillé individuellement. Ils ont réussi leur bataille, dans des années qui étaient très difficiles. Je ne passe pas de jugement là-dessus. » DIRIGEANT-10

¹⁰² À cet égard, le lecteur peut se référer à l'article de la SRC Atlantique. 2008. « Des médecins rejettent la réforme ». 19 mars. L'article peut être trouvé en cliquant sur ce lien : http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2008/03/19/008-NB-medecins-reforme_n.shtml.

Manoeuvres de ce contre-pouvoir officiel : s'organiser rapidement, utiliser un discours symbolique et aller chercher des appuis externes pour intensifier la pression

ESF décidait en juin 2008 de s'incorporer comme une organisation à but non lucratif¹⁰³. Aux yeux du public, le Dr Dupuis devenait l'image associée à ESF, d'autant plus qu'il en était officiellement le président. Cet acteur, qui possédait une source de pouvoir particulière provenant de ses connaissances, de son savoir-faire, de ses compétences et de son expérience du contexte, le tout lié à son statut de médecin, conférait à cette organisation une certaine légitimité (Bernoux, 1985; Crozier & Friedberg, 1977). Peu de temps après son incorporation, ESF s'arrêtait sur des buts fondamentaux, qui incluaient une mission et des objectifs, tels que présentés au Tableau VIII. ESF rappelait aux acteurs concernés qu'un de ses objectifs était un retour en arrière, c'est-à-dire une « pleine gouvernance acadienne » des services de santé, comme il en était question lorsque la RRS Beauséjour existait, avant les transformations annoncées en 2008. Ci-dessous, un répondant revient sur les raisons pour lesquelles ESF devenait un organisme sans but lucratif.

« Il y a des raisons politiques, mais il y a aussi des raisons économiques. À ce moment-là, ils ont embauché deux avocats, les deux "Michel" : Michel Bastarache et Michel Doucet. On allait amasser de l'argent, il fallait donc y avoir une structure et ne pas dire que c'était un "club de chums". » CITOYEN-33

Tableau VIII : Mission et objectifs d'ESF¹⁰⁴

Buts d'ESF	Expression de ces buts
Mission	Entreprendre les démarches nécessaires pour faire respecter et concrétiser notre droit de gérer nos propres institutions en santé.
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtenir dans un premier temps un retour à l'entière et pleine gouvernance acadienne des services cliniques et non cliniques, de l'enseignement et de la recherche qui relevaient de l'ancienne Régie régionale de la santé Beauséjour avant le 11 mars 2008. 2. Récupérer et obtenir toutes les ressources nécessaires pour dispenser l'ensemble des services de santé. 3. Pouvoir, avec la collaboration des universités et collèges, former le personnel de la santé et assurer la mise en œuvre du Centre Hospitalier Universitaire G.- L -Dumont et des Centres Hospitaliers Affiliés Universitaires. 4. Pouvoir avec les partenaires participer et apporter une contribution originale dans la recherche en santé et en sciences de la vie.

¹⁰³ ESF. (2016). Historique. En ligne : <http://www.egalitesante.com/historique/>, comme visité le 18 février 2016.

¹⁰⁴ La mission et les objectifs d'ESF proviennent du site Web de l'organisation : <http://www.egalitesante.com/historique/>.

À la suite de l'adoption des modifications de la *Loi*, ESF décidait d'entamer des procédures judiciaires contre le gouvernement du NB dans le but de faire déclarer la réforme inconstitutionnelle¹⁰⁵. De manière symbolique, ESF appuyait son discours ayant trait à la gouvernance des institutions francophones sur un article de la *Charte canadienne des droits et libertés*. En août 2008, le groupe allait chercher deux avocats de renom afin de le représenter en cour contre le gouvernement Graham : l'ancien juge de la Cour Suprême du Canada, Michel Bastarache, ainsi qu'un professeur spécialiste en droits linguistiques de l'Université de Moncton, Michel Doucet. Il faut spécifier que l'avis de poursuite était déposé à la Cour du Banc de la reine par deux acteurs ayant joué un rôle actif au sein de la RRS Beauséjour, soit un PDG par intérim de cette organisation et un de ses administrateurs¹⁰⁶. En somme, les demandeurs soutenaient que le gouvernement Graham, en abolissant la RRS Beauséjour, manquait à ses obligations envers la *Loi sur l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick* (la *Loi 88*). Selon l'avocat Michel Doucet, c'était la première fois que la loi 88 serait « testée aussi directement dans une instance, et de façon aussi extensive »¹⁰⁷. Ultérieurement à cet avis de poursuite contre le gouvernement libéral, ESF voyait le nombre de personnes se ralliant à sa bataille augmenter. En guise d'exemple, un groupe d'individus, composé notamment du Dr Réjean Thomas, ex-président et fondateur de Médecins sans frontières Canada et de Gérald Savoie, PDG de l'Hôpital Montfort à Ottawa, avait offert dans le cadre d'une conférence de presse à Montréal leur appui à la cause d'ESF¹⁰⁸.

¹⁰⁵ La réforme aurait été reconnue comme inconstitutionnelle, puisque contraire aux droits reconnus dans la Charte canadienne des droits et libertés. Voir l'article de la SRC Atlantique. (2008). « Des médecins rejettent la réforme ». 19 mars. L'article peut être trouvé en cliquant sur ce lien : http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2008/03/19/008-NB-medecins-reforme_n.shtml.

¹⁰⁶ En effet, Roger Doiron avait été membre du CA de la RRS Beauséjour jusqu'à sa dissolution en mars 2008 tandis que le Dr Louis-Marie Simard avait été le PDG par intérim de la RRS Beauséjour entre 2006 et 2008. Le lecteur peut se référer au texte de Ricard, Philippe. (2008). « La réforme de la santé contestée en cour ». *L'Acadie Nouvelle*. 23 octobre, p.3.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Se référer à l'article de La Presse Canadienne. (2009). « Égalité santé en français obtient des appuis au Québec ». *L'Acadie Nouvelle*. 28 octobre, p.8.

Manœuvres d'ESF (suite) : aller se chercher l'appui des médias francophones de la province pour renforcer l'aspect symbolique et mobiliser la communauté

Nous montrons dans cette section que dans l'ensemble, les médias francophones participaient à la mobilisation de la communauté francophone et acadienne autour des enjeux du groupe ESF, qui, nous le rappelons, était initialement constitué de professionnels de l'HDGLD. À cette étape de la réforme, les formes de mobilisation politique au sein de la province n'étaient pas nécessairement identiques entre les deux communautés officielles. Dans l'optique d'illustrer les deux courants de contestation entre les RRS A et B, nous avons décidé de faire la distinction entre les nouvelles publiées dans les médias francophones et celles publiées dans les médias anglophones du NB. Nous considérons que les médias francophones et anglophones peuvent être perçus comme un reflet de la dualité linguistique au NB et qu'ils s'inscrivent dans le contexte systémique. Nous présentons les principales caractéristiques des médias francophones dans l'encadré 3, tandis que celles des médias anglophones sont présentées plus loin, lorsqu'il est question du contexte de la RRS B.

Encadré 3 : Caractéristiques principales des médias francophones du NB (presse écrite)

Médias francophones du NB

- Le quotidien francophone principal, *L'Acadie Nouvelle*, est publié depuis 1984.
- Il est imprimé à Caraquet, dans la Péninsule acadienne.
- Autres médias : *Société Radio Canada (SRC) Atlantique*, *Le Moniteur Acadien* et *L'Étoile*¹⁰⁹
- L'ancêtre de *L'Acadie Nouvelle* est *L'Évangéline*, seul quotidien francophone de la province entre 1887-1982 (Boudreau, 2009).

Le quotidien *L'Acadie Nouvelle* a rapidement participé à la mobilisation de la population francophone et acadienne du NB suite au grand lancement de la réforme. Dès avril 2008, ce média se positionnait clairement contre la réforme du système de santé du gouvernement

¹⁰⁹ Le propriétaire du journal *L'Étoile* est le groupe Irving.

Graham. Il donnait son appui aux professionnels de l'HDGLD dans leurs démarches visant l'égalité des deux communautés linguistiques et renforçait l'idée que la communauté acadienne devait rester unie envers le développement de cet hôpital¹¹⁰. Pendant deux ans, les procédures judiciaires entamées par ESF allaient monopoliser les médias francophones de la province et seraient évoquées dans certains journaux canadiens¹¹¹. De nombreux articles présentaient les propos du Dr Hubert Dupuis et ceux de personnalités connues qui s'étaient au fil des mois rattachées à cette « noble » cause concernant la gouvernance des institutions francophones. Voici l'extrait d'un article de *L'Acadie Nouvelle* :

« [...] "C'était une institution acadienne et francophone (*RRS Beauséjour*). Ils l'ont éliminée sans la remplacer par quelque chose de similaire", affirme le Dr Hubert Dupuis [...] La réforme Murphy, avance le comité dans son avis de poursuite, viole également le droit de la communauté francophone du N.-B. à gérer et contrôler cette institution de santé qu'était la Régie Beauséjour. "L'histoire a voulu qu'il y ait un hôpital francophone à Moncton, avec une gestion francophone. L'argument que nous allons développer (en cour) est que la réforme a aboli ce contrôle que la communauté exerçait par le biais de la Régie Beauséjour et que cela constitue une atteinte aux droits de la communauté", explique Me Michel Doucet. »¹¹²

Un répondant explique que la couverture médiatique francophone du « combat » d'ESF faisait vibrer les cordes sensibles de la population francophone et acadienne de la province à cette phase de la réforme. Il rajoute que le débat public concernait la gouvernance des institutions francophones et acadiennes. D'ailleurs, plus loin, lorsque nous revenons sur les stratégies de l'État à la fin de cette phase de la réforme, nous illustrons de quelle manière l'enjeu de la participation citoyenne est apparu dans son discours en réaction à cette mobilisation populaire.

« C'est là, que la revue médiatique est intéressante. Le Telegraph va parler de Horizon et l'Acadie Nouvelle va parler de Vitalité. C'est très émotif sur un point de vue

¹¹⁰ Se référer à l'article de Saint-Cyr, Jean. 2008. « La langue et la confiance ». *L'Acadie Nouvelle*, 5 avril, p.12.

¹¹¹ Le lecteur peut lire : Gervais, Lisa-Marie. (2008). « Services de santé en français - Une bataille à la Montfort au Nouveau-Brunswick », *Le devoir*, 17 décembre. En ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/223729/services-de-sante-en-francais-une-bataille-a-la-montfort-au-nouveau-brunswick>, comme visité le 30 mars 2016.

¹¹² Ricard, Phillippe. (2008). « La réforme de la santé contestée en cour ». *L'Acadie Nouvelle*, 23 octobre, p. 3. Des dizaines d'articles du quotidien *L'Acadie Nouvelle* traitaient de la poursuite judiciaire. Par exemple, le lecteur peut aussi lire Ricard, Phillippe. (2009). « La Loi 88 ne s'applique pas en santé, soutient Fredericton ». *L'Acadie Nouvelle*, 23 janvier, p. 4.

francophone. C'était une deuxième déportation à l'époque. Antonine Maillet parlait de deuxième déportation acadienne. On parlait de la gouvernance, en passant [...] Le débat public est important en politique. On a beaucoup parlé de gouvernance, mais est-ce qu'on a compris ce que c'était la gouvernance? » DIRIGEANT-13

Les actions d'ESF ont des répercussions sur l'implantation de la RRS A

En ce qui concerne toujours la couverture médiatique, durant cette phase de la réforme, la PDG et la présidente du CA de la RRS A défendaient les transformations et tentaient de rassurer à la fois les médecins de l'ancienne RRS Beauséjour et la population francophone et acadienne de la province qui s'inquiétaient de voir certains acquis culturels s'effriter. Par exemple, dans un article de la « SRC Atlantique », la présidente du CA de la RRS A rappelait que la langue de travail du siège social de cette régie était le français et que les réunions du CA se déroulaient également dans cette langue¹¹³. Pendant ce temps, le Dr Hubert Dupuis consolidait l'idée collective que l'implantation de la RRS ne se déroulait pas sans difficulté en affirmant même que la situation au sein de l'organisation était telle que le « cancer était entré dans la bâtisse »¹¹⁴. Des répondants expliquent ci-dessous comment les actions d'ESF avaient des répercussions sur les gestes posés par la PDG et la présidente du CA de la RRS A :

« Plus, tu as la poursuite d'Égalité Santé en Français qui est toujours dans ta face. Ça a ralenti l'implantation de Vitalité (RRS A) comparée à Horizon (RRS B). Ça a pris plus de temps à s'organiser. » ÉTAT-21

« À ça, tu as du côté de Vitalité, on a une PDG et une directrice de CA qui, au lendemain de la réforme, doivent gérer un mouvement médiatique qui semaine, après semaine, après semaine prend de l'ampleur. Le PDG de Horizon et directeur du CA ne doivent pas gérer ça. Les dirigeants de Vitalité ont été pris d'assaut par cette guerre anti-réforme, alors que du côté d'Horizon, ce n'était pas le cas. » DIRIGEANT-13

Il faut préciser que des équipes et groupes de travail, qui incluaient des acteurs provenant des quatre anciennes RRS, étaient mis sur pied par la direction de l'organisation afin de faciliter

¹¹³ Voir SRC Atlantique (2008). « La réforme prend forme ». 2 septembre. Sur ce point, le rapport annuel 2009-2010 de la RRS A indique qu'une politique relative aux langues officielles était adoptée en janvier 2010. Elle stipulait notamment que la « langue de travail du CA et du personnel affecté au siège social est le français » (Régie Régionale de la Santé A, 2010, p. 14).

¹¹⁴ Sivert, Mélanie. (2009). « Le cancer est entré dans la bâtisse ». *L'Acadie Nouvelle*, 15 mai, p.9.

son implantation. Il était question de créer une nouvelle culture organisationnelle et de prendre en compte les préoccupations de ces acteurs organisationnels. Par ailleurs, comme exigée par la *Loi*, la régie mettait sur pied le Comité médical consultatif (CMC) et le Comité professionnel consultatif (CPC) (Régie Régionale de la Santé A, 2009)¹¹⁵. Selon des répondants, les actions de certains médecins de l'HDGLD lors des réunions des CMC perturbaient leur déroulement. La tactique de ce groupe de professionnels, qui était toujours en lien avec l'enjeu linguistique, consistait à exprimer haut et fort leurs insatisfactions face à la nouvelle structure et à menacer de ne plus participer aux rencontres. Ce mécontentement était repris dans les médias francophones. Dans l'extrait suivant du quotidien *L'Acadie Nouvelle*, la dirigeante rassure les médecins de l'HDGLD, et plus particulièrement le groupe de Dr Dupuis, quant au déroulement d'une de ces rencontres :

« [...] Andrée Robichaud, assure que les réunions qui auront lieu bientôt pour décider des structures des deux nouveaux comités médicaux consultatifs seront tenues dans les deux langues officielles. [...] Le Dr Hubert Dupuis, a déploré que les rencontres pour définir les structures de ces deux comités consultatifs réuniront les médecins francophones et anglophones dans une même salle. Il dénonçait aussi que ces deux rencontres vont avoir lieu à Fredericton et à Saint-Jean, soit dans la Régie B [...] La semaine dernière, le Dr Hubert Dupuis avouait au journal qu'il ne participera pas aux rencontres organisées par le Bureau de la transition de la gouvernance parce qu'il est tout simplement contre la réforme Murphy. Questionnée à savoir si elle craint que plusieurs autres médecins fassent de même, Andrée Robichaud rappelle que c'est leur décision et qu'elle n'y peut pas grand-chose. "Tout ce que je peux faire est d'assurer aux médecins que nous avons mis en place un processus où ils n'auront pas besoin de parler en anglais. Que les médecins veulent participer ou pas, moi, j'ai ouvert la porte. Je ne pense pas que je peux faire plus que ça", soutient-elle. »¹¹⁶

En ce qui concerne la toute première structure organisationnelle de la RRS A, le message véhiculé par les dirigeants était qu'elle permettait un « juste équilibre » entre l'intégration des services et l'accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire ainsi que la préservation de l'identité des établissements (Régie Régionale de la Santé A, 2009, 2010)¹¹⁷. La structure

¹¹⁵ À cette époque, des CMC et des CPC locaux étaient établis dans chacune des quatre zones (Régie Régionale de la Santé A, 2009).

¹¹⁶ Ricard, Philippe. (2008). « Structure des régies : les réunions seront bilingues ». *L'Acadie Nouvelle*, 8 mai, p.5.

¹¹⁷ Auteur inconnu. (2008). « La Régie A laissera une place importante à la gouvernance locale ». *L'Acadie Nouvelle*, 31 juillet, p. 4.

organisationnelle comprenait cinq DG nommés dans chacun des établissements hospitaliers régionaux. Parmi la dizaine de VP, une personne qui était dédiée aux soins de santé primaire dirigeait les autres établissements de santé, comme les centres de santé communautaires (Régie Régionale de la Santé A, 2010). Par ailleurs, un processus de planification stratégique soutenait les efforts des acteurs de la RRS A qui étaient dirigés vers une vision plus « provinciale » de la santé et dans laquelle les quatre anciens établissements de santé apprenaient à ne « plus tirer la couverture » chacun de son bord¹¹⁸. Ci-dessous, un répondant revient sur la création du poste de VP en soins de santé primaire qui démontrait selon lui une volonté certaine de la RRS A, comparativement à la RRS B, d'effectuer un virage vers cette stratégie en santé.

« L'autre élément, dès le début, Vitalité a commencé à faire de la place pour la réforme de soins primaires. Il y avait déjà des éléments qui s'étaient mis en place pour s'ouvrir un peu aux soins primaires. Puis, ils avaient nommé le VP responsable des petits hôpitaux et des communautés, ce qui était vraiment une démarche pour avancer, pour s'approcher un peu des communautés où il n'y avait pas d'hôpitaux, commencer à travailler un peu plus sous la forme des soins primaires. Alors que du côté d'Horizon, ça a pris du temps avant que les stratégies en soins primaires se soient mises en place. » FORMATION-UNIVERSITAIRE-5

Dans l'optique d'influencer les médecins de l'HDGLD, une tactique adoptée par l'équipe de direction de la RRS consistait à travailler conjointement avec l'État pour conférer à l'organisation la désignation de « centre hospitalier universitaire (CHU) ». Ainsi, la présidente du CA soulignait que la RRS A entendait « faire de cet hôpital son établissement phare non seulement dans la prestation de soins et de services de santé, mais également dans la formation en français de médecins et de professionnels de la santé au NB » (Régie Régionale de la Santé A, 2009, p. 6). Malgré cette tactique, les actions d'ESF, qui avaient permis la mobilisation de la population francophone et acadienne, continuaient à avoir des répercussions sur la gestion du changement au sein de la RRS A, et plus précisément, à l'HDGLD. Dans un média provincial, la PDG de la régie affirmait d'ailleurs : « étant donné que certaines personnes sont accrochées, ils ont toute la passion du monde et je ne porte pas de jugement là-dessus, mais il

¹¹⁸ Le lecteur peut se référer à l'article de Sivret, Mélanie. (2009). « Une vision de la santé pour tous les francophones ». *L'Acadie Nouvelle*, 13 mai, p.3

faudra que ça accouche avant qu'on puisse aller à une autre étape au niveau du changement »¹¹⁹.

Les tactiques des acteurs associés à la RRS A, liées à l'enjeu des besoins en santé des francophones, se traduisent par un impact concret sur la direction du changement

Vers la fin de l'année 2009, un sous-groupe d'acteurs d'intérêt venait s'ajouter à la mêlée entourant l'enjeu des besoins en santé de la population francophone et acadienne. Ce sous-groupe, composé d'une trentaine de personnes connues au sein de cette communauté, dont le directeur du Centre de formation médicale du NB, le Dr Schofield, écrivait une lettre ouverte au quotidien *L'Acadie Nouvelle*. Dans cette lettre, les signataires demandaient aux parties en cause, c'est-à-dire à ESF et au gouvernement du NB, de mettre « davantage leurs talents et leurs énergies à trouver des solutions constructives plutôt que de s'enliser dans un duel juridique »¹²⁰. Ce sous-groupe d'acteurs ajoutait que ce n'était pas l'ensemble de la communauté acadienne et francophone du NB qui supportait le recours judiciaire d'ESF. Les auteurs présentaient diverses recommandations afin de progresser vers une « égalité réelle » en matière de santé, par exemple, la reconnaissance par instrument juridique de l'HDGLD comme une institution essentielle à la promotion de la santé en français au NB¹²¹.

Cette manoeuvre adoptée par ce sous-groupe d'acteurs entraînait quelques passions au sein de la communauté acadienne et francophone de la province. Certains de ses membres voyaient cette demande de dialoguer d'un bon œil, tandis que d'autres en profitaient pour réitérer leur appui à la cause d'ESF¹²². Une fois de plus, les médias francophones de la province contribuaient à nourrir le débat public en publiant différentes lettres d'opinion dans lesquelles

¹¹⁹ Sivret, Mélanie. (2009). « Une vision de la santé pour tous les francophones ». *L'Acadie Nouvelle*, 13 mai, p.3.

¹²⁰ Voir : Arseneau, Dr Jean-Pierre et al. (2009). « Urgent besoin de dialogue ». *L'Acadie Nouvelle*. 28 novembre, p.13.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² Lire Doucet, Michel (Document). (2009). « Ne jamais négocier ses droits à la baisse ». *L'Acadie Nouvelle*, 9 décembre, p.14 ou Gagnon, Charles-Antoine. « Poursuite en santé : des francophones prônent le dialogue ». *L'Acadie Nouvelle*, 28 novembre, p.10.

leurs auteurs se positionnaient en faveur ou contre la poursuite judiciaire intentée par ESF¹²³. Par exemple, une trentaine d'étudiants de l'Université de Moncton se mêlaient au débat en offrant leur appui au recours judiciaire d'ESF.

Comme nous le voyons plus loin, c'est suite à ces déchirements au sein de la communauté francophone et acadienne de la province que l'État allait s'ouvrir à la consultation publique. Ce nouvel enjeu allait effectivement le pousser à introduire un instrument de gouverne axé sur une logique de démocratie du public (Lascoumes & Le Galès, 2004). En ce qui concerne particulièrement la RRS A, elle serait désignée comme officiellement francophone et l'HDGLD serait désigné un peu plus tard comme un CHU¹²⁴ (Égalité Santé en Français, 2013). Par contre, avant d'expliquer plus avant les enjeux de l'État ainsi que les stratégies et instruments qu'il mobilisait à la fin de cette deuxième phase de la réforme, et l'apprentissage organisationnel qui s'en suivait, nous illustrons dans la section qui suit comment les enjeux et stratégies de la RRS B étaient différents de ceux de la RRS A.

5.2.2 (b) Le contexte de la RRS B

Les caractéristiques de la population desservie par la RRS B, la gamme de soins et services offerts et le contexte de gestion

À l'instar du contexte de la RRS A, nous entamons cette section en fournissant des détails sur les caractéristiques de la population que la RRS B desservait ainsi que les établissements de santé qui la composaient. Ceci permet au lecteur de constater que les environnements des deux nouvelles RRS étaient différents, voire qu'ils étaient imprégnés des particularités du contexte systémique découlant de la dualité linguistique. À la suite de ces descriptions, nous expliquons les enjeux et stratégies de ce groupe d'acteurs à cette étape de la réforme.

¹²³ Des textes d'opinion comme ceux de LeBlanc Rioux, Martin. (2009). « Deux processus compatibles ». *L'Acadie Nouvelle*, 21 décembre, p.10 et de Cormier, Roger F. et Gionet, Dr Edmonde. (2009). « Le complexe du colonisé ». *L'Acadie Nouvelle*, 9 décembre, p.12 montrent que des passions étaient soulevées.

¹²⁴ Le lecteur peut se référer à la section touchant le contexte de l'État pour plus de détails concernant les changements législatifs et administratifs annoncés le 8 avril 2010.

D'entrée de jeu, quatre anciennes RRS formaient cette nouvelle organisation, soit la RRS 1 (Sud-Est, région de Moncton), la RRS 2 (Saint John), RRS 3 (Fredericton) et RRS 7 (Miramichi). Les citoyens vivant sur le territoire géographique de ces quatre anciens établissements de santé étaient majoritairement anglophones. Comparativement à la RRS A, la population desservie par la RRS B était principalement distribuée autour d'un des grands centres de la province. En d'autres mots, trois des quatre anciennes RRS qui formaient dorénavant la nouvelle organisation étaient situées dans les centres urbains de la province (régions de Moncton, Saint-Jean et Fredericton). La quatrième zone, soit celle de Miramichi, était la plus petite relativement à la population, mais elle ne se situait pas dans un lieu pouvant être considéré comme entièrement rural, au même titre que certains lieux compris dans le territoire de la RRS A¹²⁵. C'est dans cette dernière région que le siège social de la RRS B était situé. Par ailleurs, alors que la population globale du NB était en déclin, celle de la RRS B connaissait une légère augmentation (Réseau de santé Horizon, 2010b). Au moment de l'annonce des transformations, le nombre de jeunes continuait à diminuer au NB, mais cette baisse était prédominante dans le Nord de la province, une partie du territoire surtout desservi par la RRS A (Réseau de santé Horizon, 2010b). Enfin, la RRS B était globalement favorisée sur les plans socioéconomiques et de l'état de santé de la population par rapport à la RRS A (Réseau de santé Vitalité, 2015).

En ce qui a trait à la gamme de soins et services offerts, les trois centres urbains inclus dans la RRS B étaient dotés chacun d'un établissement offrant des services de soins spécialisés et tertiaires, soit L'Hôpital de Moncton (Moncton), l'Hôpital régional de Saint John Hôpital (Saint John) et l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers (Fredericton). Un autre des principaux hôpitaux qui formaient le nouvel établissement de santé offrait des soins de santé aigus et primaires, soit l'Hôpital régional de Miramichi. Il faut signaler qu'au total, la RRS B était composée de douze hôpitaux et comptait presque deux fois plus d'employés que la RRS A.

¹²⁵ Le lecteur peut se référer à la figure 5 pour constater que la zone Miramichi est moins éloignée des trois centres que les zones situées au Nord de la province comme la zone Acadie-Bathurst dans le quadrant nord-est de la figure.

Suite à sa création, cette organisation devenait une des plus importantes du NB en matière de salariés. Les principales caractéristiques de la RRS B sont expliquées au tableau IX¹²⁶.

Tableau IX : Caractéristiques de la RRS B en date du 11 mars 2008

Organisation	RRS B
PDG	Donald J. Peters
Président du CA	John Laidlaw
Anciennes RRS	RRS 1 Sud-Est (Moncton) RRS 2 (Saint John) RRS 3 (Fredericton) RRS 7 (Miramichi)
Siège social	Miramichi
Établissements offrant des soins tertiaires	L'Hôpital de Moncton Hôpital régional de Saint John Hôpital régional Dr Everett Chalmers (Fredericton) Stan Cassidy Centre for Rehabilitation (Fredericton) Centracare (Saint John)
Établissements offrant des soins spécialisés	Hôpital régional de Miramichi Hôpital du Haut de la Vallée (Waterville)
Autres établissements hospitaliers	Hôpital du comté de Charlotte (Saint Stephen) Hôpital mémorial de Sackville Hôpital du Grand Manan Hôpital public d'Oromocto L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph (Perth-Andover) Hôpital de Tobique Valley (Plaster Rock) Centre de santé de Sussex St. Joseph's Hospital (Saint John)
Population desservie	Environ 600 000 personnes
Langue de la population desservie	Principalement anglophone
Nombre d'employés	13 500
Budget	1 milliard de dollars (\$)
Autres caractéristiques particulières	Un des plus importants employeurs de la province du NB Plus grande régie de santé, relativement au nombre d'employés, au Canada Atlantique

Le 11 mars 2008, le ministre Murphy annonçait que Donald (Donn) J. Peters et John Laidlaw deviendraient respectivement le PDG et le président du CA de la RRS B (Ministère de la

¹²⁶ Les sources utilisées afin de montrer les principales caractéristiques de la RRS B le 11 mars 2008 (Tableau IX) sont les suivantes : Ministère de la Santé (2008b); Régie Régionale de la Santé B (2009) et Ébacher, Jessica (2008). « Les régies A et B ont besoin l'une de l'autre ». *L'Acadie Nouvelle*, 8 octobre, p.4. Les noms des anciennes RRS proviennent de Nouveau-Brunswick (2017). « Régies régionales de la santé », en ligne : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.9435.Régies_régionales_de_la_santé.html, comme visité le 28 novembre 2017.

Santé, 2008b). Il importe de rappeler que Donn Peters était, jusqu'à l'annonce de la réforme, le PDG d'une des quatre organisations de santé formant dorénavant la RRS B, soit la RRS Sud-Est (région de Moncton). Des répondants suggèrent que comparativement à la dirigeante de la RRS A, cette expérience sur « le terrain », lui conférait une certaine légitimité auprès d'acteurs clés du contexte pluraliste. Les compétences en gestion du nouveau dirigeant et ses traits de personnalité, ainsi que les particularités quant à la gamme des soins et services offerts et l'étendue des ressources humaines de la RRS B, avaient un impact positif sur le développement de l'organisation en comparaison avec la RRS A.

« Horizon, ça veut dire trois grosses régies. Beaucoup de personnel, beaucoup de capacités de planification, beaucoup de capacités à réagir lors de crises. Et en santé, il y a des crises à tous les jours! C'est incroyable. Ils se sont fusionnés avec une grosse capacité, une grosse équipe et beaucoup de ressources. Vitalité, ça veut dire trois petites régies. Une grosse avec moins de personnel, de ressources pour planifier ou s'occuper des crises. Donc, il y a une "imbalance" de pouvoir importante entre les deux régies. Horizon avait trois gros hôpitaux : St-Jean, Fredericton et Moncton Hospital. Des fois, on dit "divide and conquer". Le pouvoir était divisé en trois. Vitalité, il y avait une régie, Beauséjour, qui dominait presque tout, avec beaucoup de pouvoir. Tu n'as pas de "divide and conquer" et ça rend les choses plus difficiles. » ÉTAT-21

« L'arrivée des nouveaux DG a sûrement eu un impact dans les deux régies. Comme je le disais, le premier DG qu'on a eu, M. Peters, était le DG dont on avait besoin à ce moment-là. Il était une personne très extravertie. C'était du style à dire, "faites-vous en pas, ça va marcher". Puis, il a vraiment réussi à ramasser les quatre régies d'aparavant et a commencé à vraiment dire que "le concept d'une régie ça fait de l'allure, puis on va le faire". » CADRE-SUPÉRIEUR-25

« Du côté d'Horizon, le gars qui était là, je le connais, c'était un gars très capable. C'était M. Don Peters. Il était habitué de gérer des gros bateaux. Il n'avait pas de problème de main d'œuvre parce qu'il en avait de Saint-Jean, de Fredericton et de Moncton qui était habitués de gérer des gros bateaux. Ils avaient une expérience sur le terrain des bureaucraties. Alors, les dictats qui venaient du plan, ils ne les ont pas toutes appliquées. » CADRE-SUPÉRIEUR-39

L'enjeu de la perte de contrôle sur la pratique mobilise un groupe de professionnels associés à la RRS B

À la suite de l'annonce du changement, le PDG de la RRS B rappelait dans les journaux anglophones de la province que son enjeu principal était l'amélioration de l'accès aux soins de santé¹²⁷. À cette étape, il était plus précisément question de standardiser les services et soins de santé afin d'arriver ultimement à « un système unique de santé » à la grandeur de la province¹²⁸. Cependant, un autre enjeu, cette fois lié à la perte de contrôle sur la pratique, poussait des médecins associés à un hôpital de la RRS B, soit l'HRSJ, à se mobiliser. Plusieurs répondants rapportent qu'à la suite de l'annonce de la réforme, certains médecins de cet hôpital montaient aux barricades pour contester la nouvelle restructuration du système de santé. Ces professionnels craignaient perte de contrôle quant aux opérations, puisque le siège social de la RRS dont ils faisaient dorénavant partie était situé dans une ville éloignée de Saint John. Par ailleurs, des répondants rapportent qu'en matière de dépenses en santé, l'HRSJ faisait partie des huit anciennes RRS qui se retrouvaient souvent en déficit budgétaire, et ceci, sans égards aux besoins des autres établissements formant le système de santé¹²⁹. Ils suggèrent qu'un lien peut être tracé entre la sensation de perte de contrôle des professionnels et les déficits budgétaires récurrents. En somme, cette nouvelle structure, dans laquelle le PDG se retrouvait maintenant « à l'autre bout du monde », interpellait ce groupe particulier d'acteurs.

« Il y avait deux forces qui se battaient contre la réforme. Une dans chacune des régions. Celle-là, dans la région anglophone, était la cabale de Saint-Jean. Les médecins de Saint-Jean ont beaucoup de pouvoir. Et puis, le fait que les quartiers généraux avaient été placés à Miramichi, c'était une grosse insulte. Ils voyaient aussi que leur capacité de faire des changements dans leur propre système était maintenant réduite, parce que le système était maintenant provincial.

¹²⁷ Le lecteur peut consulter l'article de Moszynski, Mary. (2008). « N.B. health-care changes visionary: new CEO Donn Peters says new system will provide better patient care for all New Brunswickers ». *The Moncton Times & Transcript*. 17 mars, p.A1.

¹²⁸ Robichaud, Jesse. (2008). « Health changes take effect today But N.B. patients won't notice any changes to front-line medical care under new structure ». *Telegraph-Journal (NB)*, 1^{er} septembre, p. A1.

¹²⁹ L'HRSJ faisait partie de la Régie Santé de la Vallée (RRS 2), soit celle couvrant le territoire de la ville de Saint John et de ses environs.

[...] La régie de Saint-Jean, depuis des années, avait la réputation de ne pas s'occuper du tout de ses budgets. Alors, ils grossissaient le système par un déficit payé par la province à toutes les années. Alors, ils grossissaient leur système, toujours. Et, ils le faisaient juste eux-mêmes, sans demander à personne. Là, tout d'un coup, ils étaient sous un système plus provincial et il fallait que les argents soient répartis un peu partout. Alors, il y avait une force qui se battait contre ça. » ÉTAT-21

« L'Hôpital de Saint-Jean... c'était géré informellement par un petit groupe de médecins de hautes spécialités qui voulaient les choses pour leurs intérêts. » ÉTAT-3

Dans cet ordre d'idées, des répondants suggèrent que les professionnels oeuvrant à l'HRSJ « se croyaient supérieurs » à ceux des plus « petits hôpitaux ». Ils se voyaient mal collaborer avec des collègues d'autres établissements, comme l'Hôpital régional de Miramichi, qui n'effectuaient pas de la médecine de pointe. Selon des répondants, cette résistance de la part de ce groupe de médecins à travailler de pair avec ceux des trois anciennes RRS formant la nouvelle organisation, allait représenter un des défis de gestion les plus marquants pour ses dirigeants.

« Du côté d'Horizon, c'était plutôt l'Hôpital de Saint-Jean qui devait tout d'un coup se voir au même titre que Miramichi. "Aille, pour nous, c'est inconcevable, on est des experts!" Le défi s'est vécu différemment dans les deux réseaux. Le politique a été vécu d'une manière très différente dans Horizon et Vitalité [...] Il y a eu une réticence du côté de Horizon, à St-Jean. Le 10 mars on est le nombril du monde et le 11 mars on est sensé être perçu comme tout le monde. Et des médecins autour de ça. Il y avait des mouvements de force. » DIRIGEANT-13

« We had eight hospitals and every one had their own culture, every one had their own community, every one had their own interests. The biggest challenge was trying to say we are now one. We all work together, we plan together, we have to function and think as one. And when you got a place like Saint-John, which was the worst challenge we had, because they thought that they were better than everybody else. And trying to make them part of this network was very difficult. » DIRIGEANT-28

« So [...] the same thing on the anglophone side. On the anglophone side, I know what happened, everybody thought they were the best. So you know [...] St John figured they had nothing to learn from Fredericton. » ADMINISTRATEUR-40

Stratégie des médecins de l’HRSJ : obtenir le support des médias anglophones, en particulier, le Telegraph-Journal, pour mobiliser des acteurs clés et accroître leur source de pouvoir

Nous avons déjà entamé une réflexion sur la manière avec laquelle les médias du NB s’inscrivent dans le contexte systémique du système de santé. Les lignes qui suivent servent à appuyer l’idée que la mobilisation politique, lors de cette étape du grand lancement et de mise en œuvre de la réforme, n’était pas similaire entre les deux communautés linguistiques officielles de la province. Comme nous l’avons fait pour la RRS A, nous trouvons utile de présenter les principales caractéristiques des médias anglophones (voir l’encadré 4). Ces particularités, comme le fait que la presse écrite anglophone de la province appartient en grande partie au groupe Irving, méritent d’être soulignées, puisqu’elles pouvaient pousser des acteurs clés du contexte pluraliste à changer leurs comportements. Plus loin, nous voyons de quelles façons les médias anglophones ont participé à la mobilisation d’acteurs associés à la RRS B. Nous montrons qu’ils ont contribué à répandre le courant de contestation au-delà de l’HRSJ, à savoir dans la grande région de Saint John.

Encadré 4 : Caractéristiques principales des médias anglophones du NB (presse écrite)

Médias anglophones du NB

- Le quotidien principal est le *Telegraph-Journal*, publié à Saint John.
- Autres médias : *Times & Transcript*, distribué dans la région de Moncton, et *The Daily Gleaner*, distribué dans la région de Fredericton.
- Les trois médias ci-dessus appartiennent au groupe Irving. Selon certaines sources, cette entreprise détiendrait entre 80 et 90 % de la presse quotidienne et hebdomadaire du NB.¹³⁰

¹³⁰ Au sujet des médias dont le groupe Irving est propriétaire, se référer aux textes suivants : Beauchamp, M., & Watine, T. (2006). *Médias et milieux francophones*. Presses Université Laval ; Lyonnais, Marie-Claude. (2008). « Nouveau-Brunswick - Hyperconvergence ». En ligne, sur le site Web de la Fédération professionnelle des journalistes du Québec : <http://www.fpq.org/nouveau-brunswick-hyperconvergence/>, comme visité le 27 mars 2016 ; Historica Canada. (2016). « Irving, groupe », en ligne : <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/irving-groupe/>, comme visité le 27 mars 2016 ; Pedneault, Marjorie. (2010). « Né sous une bonne étoile ». *Le Devoir*, 20 février. En ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/medias/283524/ne-sous-une-bonne-etoile>, comme visité le 27 mars 2016.

En ce qui concerne donc la couverture médiatique, alors que les médias francophones traitaient surtout des enjeux d'ESF, un organisme qui, nous le rappelons, avait été mis sur pied par des médecins de l'HDGLD, les médias anglophones rapportaient le mécontentement des médecins de la région de Saint John par rapport à la nouvelle structure administrative. Quelques jours après le grand lancement de la réforme, un article du *Telegraph-Journal* faisait état des craintes d'un médecin ayant œuvré dans un établissement de santé de cette région durant plusieurs années. En plus d'appuyer son discours sur l'enjeu du contrôle des opérations à distance, le spécialiste d'expérience associé à la RRS B déplorait le fait que l'État n'avait pas consulté ce groupe de professionnels lors de l'étape de l'élaboration de la réforme :

« [...] According to Jim Parrott, who retired in September after 17 years as head of cardiac surgery at the New Brunswick Heart Centre, administration from afar is a recipe for disaster. Situations frequently arise that require immediate, on-site attention, he said, citing the example of inadequate manpower in the emergency department. "It's not something that you sit up in that distant community and handle from 200 miles away," Parrott said. "Hour-to-hour, and sometimes minute-to-minute, the situation changes." Local administrators are needed to keep pressure on the system to ensure each hospital is well-equipped and practising state-of-the-art medicine, he added. Making the situation worse, the doctors said, is that the province failed to conduct proper consultations before committing to the sweeping reforms. After physicians learned of the changes at a medical staff organization meeting last week, Parrott said, shock waves rippled through the room. "Everybody sat there stunned. We thought, 'What? They fired the board? We don't have a CEO? Who's running the ship?' " »¹³¹

En avril 2008, à l'instar de *L'Acadie Nouvelle*, le principal quotidien anglophone de la province, soit le *Telegraph-Journal*, se positionnait ouvertement contre la réforme du système de santé du NB. Par l'entremise de divers éditoriaux, des journalistes réclamaient tout simplement « la tête du ministre de la Santé », en se centrant parfois sur l'enjeu des deux communautés linguistiques, et en employant des expressions fortes en symbolisme comme «

¹³¹ O'Toole, Megan. (2008). « Direction from afar is a recipe for disaster Health reform Doctors not content with only two regional health authorities ». *Telegraph-Journal (NB)*. 21 mars, p.A1.

ségrégation »¹³². Une « guerre » de mots était lancée entre le quotidien *Telegraph-Journal* et le ministre de la Santé, comme le prouve l'extrait ci-dessous lui étant destiné¹³³.

« On Saturday, we published Health Minister Michael Murphy's defense of his plan to divide the administration of health care along linguistic lines. Mr. Murphy claims to be baffled by our opinion that this would establish a dangerous duality in health care. Frankly, we're a bit baffled by his position. Mr. Murphy writes, "The creation of two RHAs (regional health authorities) with a board of directors functioning in the language of the majority of the population served will in no way establish duality in health care. "Duality refers to two separate systems that each serve a separate population..." All well and good, Mr. Minister - until voters look at the boundaries of your regional health authorities. RHA 'A' will serve a majority of New Brunswick's francophone population. RHA 'B' will serve the majority of New Brunswick anglophones. Slice it as fine as you like, the minister's policy is still baloney. Or, if you prefer, spiced up pork. What Mr. Murphy is proposing is no different than the Conservatives' call for districts legally designated "francophone" and "anglophone." It's just a little less direct. This is simple segregation - and if Mr. Murphy does not believe so, we challenge him to substitute "race" for "language" and make the same argument to the public. »¹³⁴

La contestation des médecins de l'HRSJ mise en lumière dans le *Telegraph-Journal* dépassait rapidement les murs de l'établissement de santé. En effet, des répondants suggèrent qu'à cette étape du changement, il existait une « guerre ouverte » entre les citoyens de la ville de Saint John, qui s'étaient mobilisés par l'entremise du quotidien de la région, le *Telegraph-Journal*, et le ministre Murphy. Un répondant souligne d'ailleurs que ce journal anglophone était l'allié d'un groupe « puissant » de la ville, c'est-à-dire la Chambre de Commerce de Saint John, qui effectuait du lobbying auprès du gouvernement pour cette région dans le domaine de la santé :

« Et, si tu lis les journaux à cette époque-là, à partir de la réforme, ou peut-être avant, il y avait une guerre ouverte entre la communauté de Saint-Jean, le *Telegraph-Journal* et le ministre. Et ça, c'est qu'à Saint-Jean, eux aussi n'ont pas accepté qu'une réforme fasse en sorte que la direction de la régie s'en allait dans la Miramichi [...] Ce qui est intéressant,

¹³² Auteur inconnu. (2008). « It's segregation, by any other name ». *Telegraph-Journal*, 28 avril, p.A6. Voir également Auteur inconnu. (2008). « Why Murphy must resign ». *Telegraph-Journal*, 25 avril, p.A6 et McHardie, Daniel et O'Toole, Megan. (2008). « The perils of Murphy's law RHA. Why the health minister chose two? ». *Telegraph-Journal*, 21 avril, p.A1.

¹³³ Auteur inconnu. (2008). « It's segregation, by any other name ». *Telegraph-Journal*, 28 avril.

¹³⁴ Un jour plus tard, le ministre Murphy répondait au quotidien en réitérant que la réforme du système de santé ne causait pas de ségrégation des deux communautés linguistiques de la province. Voir Murphy, Michael. (Opinion). 2008. « Health system will not segregate ». *Telegraph-Journal*, 29 avril, p. A7

et ça c'est là depuis que moi j'ai fait de la politique, Saint-Jean a toujours eu un lobby très fort dans le domaine de la santé, à un point tel que la chambre de commerce à Saint-Jean a un comité dont la préoccupation n'est que « Health Care ». C'est une industrie de 3000 personnes à Saint-Jean avec leurs gros hôpitaux. Quelque part, ils sont intransigeants, ils pensent qu'ils devraient tout avoir. Les journaux locaux bien sûr les supportent. Quand tu lis les éditoriaux du *Telegraph*, sont très caustiques là-dessus. Et, il y a eu une guerre presque ouverte entre Saint-Jean et le gouvernement sur la question de la santé. Et on s'est aperçu que ça allait partout dans la communauté. » ÉTAT-4

« Ils ont eu aussi une influence, oui, les médecins spécialistes de Saint Jean, avec le *Telegraph-Journal* et les médias Irving qui ont attaqué le ministre de la Santé chaque jour, qui ont demandé à je ne sais pas combien de reprises d'avoir sa démission dans les éditoriaux. Avant la réforme, ils n'ont jamais demandé d'avoir sa démission. » ÉTAT-3

Durant cette étape du changement, dans un article du *Telegraph-Journal*, les médecins de la région de Saint John tenaient à rappeler aux acteurs concernés du système de santé qu'ils représentaient le porte-drapeau des soins de santé de la province (« flagship of health care »)¹³⁵. Ils condamnaient un coup de marketing des maires de la région de Moncton qui avaient signé un document désignant cette région comme le centre d'excellence en santé de la province¹³⁶. Voici les propos partagés par le Dr Mike Barry, qui était également le président de la Chambre de commerce de Saint John, à propos des médecins de sa région :

« We like to benchmark ourselves against places like Halifax, London, Ottawa, Winnipeg, Regina or Saskatoon. When people think medicine in New Brunswick, nationally, they think of Saint John. It's a major training centre and that's where you get the excellence. They've (Moncton politicians) been sold a vision by some ambitious people in the health sector to go forward and lobby around the vision they have. »¹³⁷

¹³⁵ Le lecteur peut se référer au texte de Davis, Sandra. (2009). « Flagship of health care Medicine Saint John disputes Moncton's claim to be medical hub, calling it a marketing ploy ». *Telegraph-Journal (NB)*. 19 février, p. C1.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Les propos du Dr Barry proviennent de l'article de Davis, Sandra (2009). « Flagship of health care Medicine Saint John disputes Moncton's claim to be medical hub, calling it a marketing ploy ». *Telegraph-Journal (NB)*. 19 février, p. C1.

Stratégies des médecins de la région de Saint John : renforcer l'idée collective que le système de santé est en crise

Quelques mois après le grand lancement de la réforme, plus particulièrement entre décembre 2008 et février 2009, les insatisfactions de divers médecins de la région de Saint John continuaient à faire les manchettes du quotidien de la région, le *Telegraph-Journal*¹³⁸. Durant cette période, le journal rapportait que le chef du personnel médical de la zone 2 (Saint-Jean), le Dr James O'Brien, démissionnait. Son départ résultait de frustrations qu'il avait à l'égard du ministère de la Santé¹³⁹. Cette démission valait même une caricature du ministre Murphy dans le *Telegraph-Journal* le présentant caché dans une grotte avec, à ses côtés, un personnage ressemblant à Oussama Ben Laden¹⁴⁰. Peu après le départ du Dr O'Brien, un urgentologue de l'HRSJ démissionnait également. Le Dr Paul Vanhoutte expliquait que sa démission découlait d'un problème d'administration des soins de santé dans la région et que trois autres urgentistes voulaient faire la même chose¹⁴¹. Relativement à cette démission, le médecin responsable des services d'urgences de cet hôpital signalait qu'une fermeture de la salle d'urgence ou une crise au sein de l'établissement étaient deux scénarios futurs possibles¹⁴². Deux jours plus tard, des négociations entre la RRS B, l'État, l'Université Dalhousie et le Dr Vanhoutte faisaient en sorte que ce dernier revenait sur sa décision et décidait de conserver son poste aux urgences de l'HRSJ.

Peu après, le *Telegraph-Journal* renforçait le sentiment partagé que le système de soins de santé de la province était en crise¹⁴³. Les acteurs associés au quotidien remettaient en cause la

¹³⁸ Parmi les articles traitant du sujet, lire celui de Barlett, Bruce. 2008. « Reaction to doctor's resignation split. Controversy. Politicians' take on issue follows party lines ». *Telegraph Journal*. 19 décembre, p.C 1.

¹³⁹ À ce propos, le lecteur peut lire Bartlett, Bruce. (2008). « Reaction to doctor's resignation split Controversy Politicians' take on issue follows party lines ». *Telegraph-Journal (NB)*, 19 décembre, p. C1 ou Davis, Sandra. (2008). « Top doc's had enough. Health care Saint John zone medical director says he's frustrated with state of province's system ». *Telegraph-Journal (NB)*, 18 décembre, p. A1.

¹⁴⁰ Barlett, Bruce. 2008. « Reaction to doctor's resignation split. Controversy. Politicians' take on issue follows party lines ». *Telegraph Journal*. 19 décembre, p.C 1.

¹⁴¹ Morris, Chris. (2009). « 'We are in trouble' Health care Saint John Regional emergency room facing full-blown crisis as another doctor quits ». *Telegraph-Journal (NB)*, 20 février, p. A1.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ Voir Campbell, Stephen. (2009). « New Brunswick's health care system is in crisis ». *Telegraph-Journal*. 4 juillet, p. A12.

crédibilité et le leadership du gouvernement Graham¹⁴⁴. À ce moment, le *Telegraph-Journal* voyait d'un bon œil le départ du ministre de la santé, Michael Murphy, et l'arrivée de Mary Schryer, une députée libérale de la circonscription de Quispamsis dans la région de Saint John¹⁴⁵. Dans le journal, des interrogations étaient soulevées à savoir comment cette nouvelle venue, jusque là ministre du Développement social, allait gérer cette crise¹⁴⁶. Ci-dessous, nous présentons un extrait du *Telegraph-Journal* dans lequel la crédibilité du ministre Murphy et la légitimité du gouvernement Graham étaient remises en question.

« [...] Many also complain about the government's confrontational style and the slow pace of reform [...] Even in areas where the government has boasted of achievement, there are serious issues of credibility. Not long ago, the previous minister of health proudly announced wait times had been reduced by 65 per cent. Nobody I have spoken to believes that. They tell me the only way this could have been calculated, is if the government assigns a specific date for a procedure, and then removes the patient from the list [...] The people of this province must demand that politicians raise the debate to a higher level, with the foremost question being what serves patients best. This has to occur in an atmosphere of trust and competence, something the current government is sorely lacking. Business as usual is no longer an option. Delivering a sustainable health care system, one that puts patients first, requires both leadership and a plan. Sadly, we seem to have neither. »¹⁴⁷

Des tactiques des dirigeants de la RRS B pour influencer les comportements des médecins de la région de Saint John et une implantation plus rapide que la RRS A

Mis à part la contestation des médecins de la région de Saint John, certains articles de journaux attiraient l'attention sur le fait que l'équipe de la haute direction de la RRS B ne travaillait pas à partir des bureaux du siège social situé à Miramichi¹⁴⁸. D'ailleurs, plusieurs répondants

¹⁴⁴ Voir Campbell, Stephen. (2009). « New Brunswick's health care system is in crisis ». *Telegraph-Journal*. 4 juillet, p. A12.

¹⁴⁵ Auteur inconnu. (2009). « New cabinet must deliver ». *Telegraph-Journal*. 24 juin, p. A6.

¹⁴⁶ Le lecteur peut lire l'article de Davis, Sandra. 2009. « Two politicians expect a healthy relationship Across the aisle Schryer and Blaney say the fur won't fly between them as it did between health critic and former minister ». *Telegraph-Journal*. 30 juillet, p. C 7.

¹⁴⁷ Campbell, Stephen. (2009). « New Brunswick's health care system is in crisis ». *Telegraph-Journal*. 4 juillet, p. A12.

¹⁴⁸ Le lecteur peut se référer aux articles de Hobson, Cole. (2008). « First month smooth for health reform. Changes to N.B. health system could save \$20M a year, CEO says ». *Times & Transcript (Moncton)*. 7 octobre, p.

affirment que les locaux de Miramichi étaient pratiquement vides durant cette période de la réforme et que l'équipe de la haute direction travaillait à partir d'autres localités, comme Fredericton ou Saint John. Cette conduite de la part des dirigeants de la RRS B leur servait peut-être à garder un contrôle sur l'implantation de la nouvelle organisation, en montrant symboliquement aux professionnels qu'ils ne s'éloignaient pas des lieux importants de pratique.

« Et ça, c'est qu'à Saint-Jean, eux aussi n'ont pas accepté qu'une réforme fasse en sorte que la direction de la régie s'en allait dans la Miramichi [...] Je suis de ceux qui pensent que le bureau chef à Miramichi n'a jamais vraiment existé. Ils ont bâti quelque chose là, mais les gens se sont tous fait des doubles bureaux à Saint-Jean et le directeur qui restait à Saint-Jean n'a jamais déménagé. Et moi je te dis, j'ai été deux fois avec des députés locaux qui se plaignaient de ça, ils disaient qu'on leur avait promis 70 jobs et qu'il n'en avait pas 15. Je te dirais que les deux fois que j'ai été au bureau à Miramichi, je n'ai jamais vu plus que 15 personnes. » ÉTAT-4

« I've been to those offices and there are like three people that work there. So, it's really a ruse on the public to suggest that, you know, that they put the management in Miramichi and that the jobs are being created in Miramichi and that there was a benefit to Miramichi that just didn't really played out. It's a misnomer for the public to think that the head office is in Miramichi. I would argue that the head offices for Horizon were set up around the corner from here, on Woodbridge lane (*Fredericton*). So, I'm not sure there's much else [...] » REGROUPEMENT PROFESSIONNEL-2

Malgré la mobilisation d'acteurs clés de la ville de Saint John, qui avait suivi celle des médecins de la région, la majorité des répondants soulignent que l'évolution de la mise en œuvre de la RRS B à cette phase de la réforme était plus rapide que celle de la RRS A¹⁴⁹. Quelques mois seulement après le grand lancement de la réforme, le dirigeant de la nouvelle organisation, Donn Peters était en mesure de présenter la première structure organisationnelle. Ce nouvel organigramme, en plus de permettre d'offrir des soins de santé sécuritaires et de qualité aux citoyens, allait contribuer à mettre en œuvre la vision stratégique de l'organisation qui serait adoptée peu après (Régie Régionale de la Santé B, 2009). À

A7 et Davis, Sandra. (2008). « He's a man on the go. Health care Boss of N.B.'s anglophone health authority has clocked 40,000 km since March ». *Telegraph-Journal (NB)*, 2 octobre, p. C1.

¹⁴⁹ À la fin de ce chapitre, nous discutons de l'atteinte de résultats probants en matière d'accès et de coordination pour les deux RRS.

l'instar de la RRS A, l'équipe de leadership incluait une dizaine de VP et cinq directeurs généraux (DG) des hôpitaux. La mise en œuvre d'une structure régionale, plus particulièrement le maintien de DG des hôpitaux, représentait selon nous une action stratégique adoptée par l'équipe de leadership pour montrer concrètement que des liens étaient conservés entre une prise de décision locale et un système intégré qui s'appuyait sur les « forces de chacune des régions et établissements »¹⁵⁰. Ces DG étaient responsables des opérations cliniques quotidiennes. De plus, un CMC local, un directeur médical local et un chef du personnel médical dans chacune des zones appuyaient un CMC régional et un Comité consultatif des membres des professions libérales ainsi que d'autres groupes régionaux (Régie Régionale de la Santé B, 2009).

Ci-dessous, un extrait du *Telegraph-Journal* donne des détails sur le style de gestion et la stratégie du nouveau dirigeant de l'organisation et à la structure régionale des soins et services adoptée à cette étape de la réforme. Ce texte sert à rappeler que l'implantation de la RRS B était effectuée d'une manière « calculée et contrôlée », ceci dans l'optique de bien connaître les besoins des acteurs clés et d'inclure pleinement les programmes et les services des quatre anciennes RRS (Régie Régionale de la Santé B, 2009, p. 9). Dans la citation qui suit, un répondant commente l'officialisation de la RRS B en septembre 2008 tout en suggérant que l'organisation subissait une certaine pression de l'État de ne pas perturber les trois « gros » hôpitaux.

« "The interaction with those key executive directors is constant," says Peters. "You cannot lose sight of those large regional hospitals." His big challenge, he says, is going to be how to get around two-thirds of the geographical area of New Brunswick. "That's essentially what we cover. "You can do some things from your home base or from a different location, but one of the things I firmly believe in as a CEO is you have to be visible," says Peters. "To always appear via teleconferencing, I don't like doing business that way. I would much rather go to the location and meet with the people face on." »¹⁵¹

¹⁵⁰ Se rapporter à l'article de Robichaud, Jesse. (2008). «Health changes on track. New Regional Health Authority B announces executive team as preparations continue for Sept. 1 transition». *The Moncton Times & Transcript*, 9 août, p. A1.

¹⁵¹ Davis, Sandra. (2008). «He's a man on the go. Health care Boss of N.B.'s anglophone health authority has clocked 40,000 km since March». *Telegraph-Journal (NB)*, 2 octobre, p. C1.

« Because by September, I remember on Labour Day, September the 3rd or the 4th, whatever it was, we had to have the board in place legally. But after all that was done, we were sort of an organisation, a true organisation. But the minister of Health, and more than minister really, stayed front line on a lot of things. Like there was a lot of things that we talked about, you know, "do you need this or that". There was still a lot of pressure not to take any single way from the big hospitals, not to change too much. »
 DIRIGEANT-28

Alors que la RRS A ne s'était toujours pas arrêtée sur un nom corporatif à cette étape du changement, à la suite d'un processus de consultation, la RRS B s'offrait une nouvelle identité, en devenant le Réseau de santé Horizon (RSH)¹⁵². C'est également à cette époque, soit en février 2010, que l'organisation révélait son premier cadre stratégique de quatre ans, dont la vision était *Ouvrir la voie à un avenir en santé*. Le document positionnait le RSH comme chef de fil en recherche et en innovation (Réseau de santé Horizon, 2010a). Dans le cadre stratégique, il était également souligné que l'organisation favorisait une approche centrée sur l'« evidence-based planning »¹⁵³. Les orientations stratégiques, présentées dans le tableau X, s'articulaient autour des six piliers stratégiques du Plan provincial de la santé du NB (Réseau de santé Horizon, 2010a)¹⁵⁴.

¹⁵² En effet, la RRS A allait dévoiler son nom corporatif pendant la prochaine phase de la réforme. Voir l'article de Bowie, Adam. (2009). « Health authority gets new name. Regional Health Authority B will now be known as the Horizon Health Network ». *Times & Transcript (Moncton)*. 1^{er} octobre, p. A4.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Les six piliers stratégiques du ministère de la Santé (2008) sont également discutés dans une section précédente exposant le contexte de l'État.

Tableau X : Orientations stratégiques (2010-2013) du RSH (Réseau de santé Horizon, 2010a)

Piliers stratégiques (Plan provincial de la santé du NB)	Objectifs du RSH
Établir un meilleur équilibre	Offrir un réseau de services intégrés à l'échelle du RSH et promouvoir la santé et le mieux-être en fonction des ressources disponibles.
Améliorer l'accès aux services	Optimiser l'accès aux services en assurant la juste proportion des services centralisés et distribués, et ceci, au moyen de l'utilisation novatrice de la technologie en fonction des ressources disponibles.
Améliorer l'efficacité	Assurer l'efficacité des opérations et de la prestation des services, tout en maintenant une organisation offrant un milieu de travail sain et efficace. Nous prêcherons par l'exemple au sein de nos collectivités en assurant des milieux de travail sains et sécuritaires.
Tirer profit des innovations	Encourager l'innovation, assurer des occasions de perfectionnement et favoriser des activités de recherche. Nous mettrons à profit la technologie et nous développerons l'infrastructure nécessaire pour soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes.
Accorder de l'importance à la qualité	Utiliser des pratiques reconnues axées sur des données probantes à l'échelle du réseau afin de soutenir la qualité, la sécurité et la durabilité clinique.
Mobiliser les partenaires	Favoriser la collaboration et tisser des partenariats avec d'autres organisations de santé et des intervenants communautaires.

Les enjeux et stratégies de la RRS B en regard de la RRS A

À cette étape de la réforme, nous constatons qu'au sein des deux RRS, un groupe d'acteurs particulier « passaient à l'action », à savoir les médecins. À l'instar de la RRS A, des enjeux mobilisaient des professionnels offrant des soins et services spécialisés et tertiaires. À la suite du grand lancement de la réforme, ces professionnels concernés de l'HRSJ contestaient rapidement la nouvelle structure du système de santé, dans laquelle les opérations leur semblaient dorénavant contrôlées à distance, c'est-à-dire dans une région « éloignée », où des soins de santé primaires ou communautaires étaient offerts. Alors que les médecins de la RRS A mobilisaient la communauté francophone de la province, par l'entremise de médias comme *L'Acadie Nouvelle*, ceux associés à la RRS B mobilisaient les citoyens de la région de Saint John, par le truchement notamment du *Telegraph-Journal*. Mis à part cette stratégie d'action

entourant la mobilisation, ce groupe particulier d'acteurs renforçait l'idée généralisée d'une crise au sein du système de santé et remettait en cause la légitimité du ministre de la Santé, voire celle du gouvernement Graham. En somme, nous notons que des particularités du contexte systémique du système de santé de la province, comme c'était le cas pour la RRS A, ont « activé » des acteurs liés à la RRS B ou ont influencé leurs stratégies.

5.2.3 Le contexte du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB)

Les enjeux d'accès et de coordination des soins, de reddition de comptes et de participation citoyenne poussent l'État à créer un nouvel organisme

D'entrée de jeu, les enjeux de l'accès et de la coordination des soins, de la reddition de comptes et de la participation citoyenne avaient poussé l'État à faire usage d'un instrument de gouverne particulier : il créait alors le CSNB. Ainsi, l'État avait fait usage de son pouvoir législatif et avait produit la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*, afin d'impliquer un nouvel acteur dans l'offre des services de santé et de favoriser la mise en œuvre de nouvelles pratiques concernant notamment la mesure de la performance (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Gilbert et al., 2007). Ce type d'instrument législatif jouait aussi un rôle relationnel, puisque les responsabilités accordées au CSNB visaient à changer les cadres d'interaction des acteurs clés du contexte pluraliste, en faisant participer les citoyens à l'identification de problèmes et au choix d'actions à entreprendre (Lascoumes, 1996). Les caractéristiques du CSNB, comme l'identité du dirigeant et la mission de l'organisation, sont regroupées dans le Tableau XI.

Tableau XI : Caractéristiques du CSNB

Organisation	CSNB
PDG	Stéphane Robichaud ¹⁵⁵
Président du CA	Rino Volpé
Siège social	Moncton
Mandat (<i>Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé</i>)	Mandat est double : 1) Placer le citoyen au centre de l'expérience vécue ; et : 2) Mesurer, surveiller et évaluer le rendement du système de santé dans l'optique de rendre compte des conclusions au public et aux partenaires du système de santé
Mission (<i>Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé</i>) ¹⁵⁶	a) favoriser l'amélioration de la qualité des services de santé dans la province ; b) concevoir et mettre en oeuvre des mécanismes propres à inciter les citoyens du Nouveau-Brunswick à engager un dialogue constructif en vue d'améliorer la qualité des services de santé dans la province ; c) apprécier, surveiller et évaluer l'état de santé de la population et la qualité des services de santé dans la province ; d) établir des pratiques efficaces pour améliorer la qualité des services de santé dans la province ; e) évaluer les stratégies conçues pour améliorer la qualité des services de santé dans la province ; f) évaluer le taux de satisfaction des citoyens quant aux services de santé et de la qualité de ces services dans la province ; g) enquêter sur des questions relatives au système de soins de santé que le ministre soumet à son examen ; h) formuler des recommandations au ministre au sujet des activités décrites aux alinéas a) à g) ; i) exercer toutes autres activités ou fonctions que la présente loi autorise ou exige, ou qu'ordonne le lieutenant-gouverneur en conseil.
Responsabilités du CSNB envers le public ¹⁵⁷	Publier de temps à autre des rapports offrant des renseignements sur : a) ses activités ; b) l'état de santé de la population et la qualité des services de santé ; c) ses recherches ; d) des recommandations afin d'améliorer la qualité des services de santé ; e) des questions liées sa mission
Dimensions de la qualité des services mesurées (<i>Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé</i>) ¹⁵⁸	« La qualité générale des services dans le système de soins de santé telle que mesurée par l'accessibilité, l'équité, la justesse, la sécurité, le rendement et l'efficacité »

¹⁵⁵ Avant la réforme lancée en mars 2008, Stéphane Robichaud était le VP de la planification et des opérations à la RRS Beauséjour.

¹⁵⁶ La mission du CSNB est celle contenue dans l'article 3 de la *Loi créant le Conseil de la santé en matière de santé*. Le texte législatif est disponible en ligne : <http://www.gnb.ca/legis/bill/FILE/56/2/Bill-35-f.htm>.

¹⁵⁷ La *Loi créant le Conseil de la santé en matière de santé* (Projet de loi 35) est accessible en cliquant sur le lien suivant : <http://www.gnb.ca/legis/bill/FILE/56/2/Bill-35-f.htm>.

¹⁵⁸ *Ibid.*

Selon des répondants, la stratégie de créer le CSNB afin d'améliorer la qualité des soins et services était motivée par une tendance largement répandue au niveau national. À cette époque, des provinces canadiennes, comme le Québec, la Saskatchewan et l'Ontario, avaient mis sur pied des conseils « autonomes » qui se penchaient sur cet enjeu. Dans un premier rapport annuel, le CSNB tenait toutefois à rappeler que son mandat était plus vaste que les autres organismes au pays se préoccupant principalement de la qualité, car l'organisme s'intéressait aussi au rendement global du système de santé et à la santé des citoyens de la province (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2009). En outre, la notion d'indépendance était une des raisons d'être du CSNB, qui permettrait à l'organisme de demeurer « crédible » aux yeux des acteurs clés de la gouverne (Ministère de la Santé, 2008d, p. 25). L'État suggérait que la création du CSNB, qui allait mettre en place des espaces afin d'engager les citoyens dans un dialogue constructif, lui servirait à « dépolitiser » le système de santé, et ainsi, l'autoriserait à prendre des décisions plus éclairées. Elle représentait une stratégie mobilisée par l'État afin d'améliorer la transparence et la reddition de compte ayant trait à la prestation des soins et services de santé (Ministère de la Santé, 2008a).

« Ça faisait partie de mes dossiers, je pense que c'est génial. Je pense que dans le "framework", le Conseil de la Santé qui rapporte à la communauté et qui est un peu indépendant et qui mesure la performance, je pense que c'est quelque chose que probablement toutes les juridictions ont maintenant. Ce n'était pas une invention du NB, on s'est inspiré des autres, plus précisément de la Saskatchewan. » ÉTAT-10

« Et bien le Conseil de la Santé, tant qu'à moi, c'était absolument nécessaire qu'on ait une structure du genre, parce qu'il faut que tu aies quelqu'un qui puisse faire des analyses du système de santé et faire des recommandations au gouvernement de la façon la plus neutre et non-biaisée. Puis, jusqu'à date, je pense que malgré que beaucoup de ces données étaient déjà captées par les ministères, je pense que d'avoir des fonctionnaires qui travaillent en dessous de tel ministre qui appartient à tel ou tel gouvernement, tu es toujours influencé par la politique [...] Parce que c'est clair que lorsque les décisions sont des décisions politiques, influencées par tel ou tel groupe, par telle ou telle personne, ce n'est pas ce qui est meilleur pour le système de santé. Il faut que ça soit des décisions qui sont prises sur les besoins et sur la qualité et sur des mesures de rendement, etc. Alors je pense que ça, c'est très clair. Ça fait que je crois que le Conseil de la Santé, tant qu'à moi, c'est d'avoir un groupe externe qui peut être objectif, qui peut être critique sur qu'est-ce qui se passe dans le système, qui est non-partisan. » FORMATION-UNIVERSITAIRE-5

Actions initiales du CSNB : développer des axes stratégiques afin d'ordonner les données produites pour alimenter les réflexions

À la suite de la création du CSNB, les membres du personnel se penchaient sur le mandat et la structure de l'organisation, afin d'assumer ses responsabilités, mais aussi, de bien les saisir et de poser un diagnostic éclairé quant aux orientations à plus long terme (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2009). Des axes stratégiques étaient par la suite développés, ce qui jetait les bases de ses priorités d'action pour les années à venir (voir l'Encadré 5) (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2009)¹⁵⁹. Les principaux enjeux du CNSB, c'est-à-dire les champs d'intérêt sur lesquels il ferait rapport, étaient la qualité des services (ou l'expérience vécue), la santé de la population, et la viabilité (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2009). Un groupe de travail se penchait également sur l'engagement des citoyens, un enjeu qui allait pousser le CSNB, lors de la prochaine étape de la réforme, à mettre en œuvre des stratégies axées sur la communication ou le dialogue public.

Encadré 5 : Axes stratégiques du CSNB (2009-2010)

Axes stratégiques du CSNB (2009-2010)

- Développer et mettre en place des mécanismes d'engagement des citoyens et d'autres parties intéressées.
- Mesurer, surveiller et évaluer le niveau de la santé de la population.
- Mesurer, surveiller et évaluer la qualité du service de santé.
- Mesurer, surveiller et évaluer le niveau de satisfaction de la population quant aux soins de santé et la qualité des services en santé.
- Mesurer, surveiller et évaluer la viabilité des services de santé au Nouveau- Brunswick.

En ce qui concerne particulièrement la qualité des services, le CSNB développait un modèle à partir des trois principales composantes du système de santé : soins de santé primaires (premier contact dans le système de santé), soins aigus (soins offerts dans les hôpitaux) et soins de

¹⁵⁹ Les axes stratégiques énumérés dans l'Encadré 5 faisaient partie du Plan de travail 2009-2010 du CSNB. Le rapport annuel 2008-2009 du CSNB offre de l'information sur ce plan de travail. Il est disponible sur le site Web de l'organisation : <http://www.csnb.ca/publications/rapports-annuels#.VvAx4aY2LZb>.

soutien et spécialisés (soins ambulatoires ou soins reçus dans la communauté)¹⁶⁰. L'organisme s'appuyait sur la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé* pour définir la qualité des services comme suit : « La qualité générale des services dans le système de soins de santé telle que mesurée par l'accessibilité, l'équité, la justesse, la sécurité, le rendement et l'efficacité »¹⁶¹. Ces six dimensions de la qualité deviendraient la pierre d'assise de la mesure de la performance du système de santé (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2009).

Par ailleurs, environ un an après le grand lancement de la réforme, le PDG de l'organisation soulignait dans les médias provinciaux que le CSNB allait bientôt présenter des premières données sur l'état de santé des citoyens ainsi que la qualité des soins et la satisfaction à l'égard des services de santé. Les données qui seraient fournies par le CSNB allaient permettre aux acteurs concernés de prendre des décisions basées sur les besoins en santé de la population. En mai 2009, le PDG, Stéphane Robichaud expliquait dans *L'Acadie Nouvelle* comment l'organisation serait bientôt prête à fournir des informations servant à alimenter les réflexions :

« "À quoi elle ressemble, la santé des Néo-Brunswickois? Est-ce qu'il y a, au Nouveau-Brunswick, des coins où il y a une prédominance d'une certaine condition, où l'on devrait porter attention, et qu'on devrait refléter dans nos stratégies de planification?", a résumé M. Robichaud. Une fois que le portrait sera dressé, la population en sera informée. Les élus prennent souvent des décisions selon la pression populaire, a justifié le directeur général. Des recommandations, basées sur les informations obtenues, seront acheminées au gouvernement pour que les décisions reflètent mieux les besoins de la population. M. Robichaud a expliqué que les décisions ne sont pas nécessairement prises en fonction des besoins, puisqu'il y a un manque de données probantes. »¹⁶²

¹⁶⁰ Le lecteur peut se référer aux documents intitulés « Fiche du rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick » pour en connaître davantage sur la mesure de la qualité des services de santé effectués par le CSNB. Ces documents sont disponibles sur le site Web du CSNB en cliquant sur le lien suivant : https://www.csnb.ca/fiche-rendement-systeme-sante#.WT_1jRRUTp0.

¹⁶¹ Pour plus de détails concernant la *Loi créant le CSNB*, le lecteur peut se référer au texte législatif disponible en cliquant sur le lien suivant : <http://www.gnb.ca/legis/bill/FILE/56/2/Bill-35-f.htm>.

¹⁶² Ébacher, Jessica. (2009). «Le Conseil de la santé ignore s'il aura l'écoute de Fredericton ». *L'Acadie Nouvelle*, 1^{er} mai, p.4.

Stratégie du CSNB : produire de données compréhensibles pour tous les acteurs clés de la gouverne et pertinentes à leurs prises de décision

Alors que l'accès à des données sur la qualité des soins et la santé des citoyens était reconnu comme un grand défi du CSNB, l'organisme était en mesure de publier au début de l'année 2010 son premier rapport sur l'état de santé de la population (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Le but ultime de ce rapport, qui s'appuyait sur les déterminants de la santé, était, une fois de plus, « de traduire les données en pratiques de santé » (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010, p. 8).

« "On publie cet outil pour la première fois cette année et il va être mis à jour tous les ans. De cette façon, les gens vont pouvoir observer s'il y a améliorations ou détérioration. Aussi, cela va mettre en relief les meilleures pratiques en province, ce qui fait qu'il y a un partage d'expérience possible entre les régions", note M. Robichaud. »¹⁶³

Deux ans après son implantation, le CSNB offrait une première mesure précise de la qualité des soins offerts aux citoyens de la province, en s'arrêtant sur les six dimensions sélectionnées. Pour une première fois au sein du système de santé du NB, des informations standardisées sur la qualité des soins se retrouvaient en un lieu commun, c'est-à-dire qu'elles étaient plus facilement accessibles pour les acteurs concernés comme les citoyens¹⁶⁴. Selon le CSNB, ceci allait permettre aux acteurs concernés de se fixer des cibles relativement à la performance du système de santé (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Des indicateurs appuyaient la mesure des différentes dimensions de la qualité, et en matière de cible de comparaison, le CSNB retenait la moyenne canadienne comme point de repère médian (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Un score global était attribué à la performance du système de santé, et les premiers résultats publiés en 2010, lui donnaient une moyenne de « C »¹⁶⁵. Voici les propos du PDG du CSNB quant à ce score attribué au système de santé du NB qui était semblable à celui des autres provinces du Canada :

¹⁶³ Boisvert, Jean-François. (2010). « Santé : des données inquiétantes ». *L'Acadie Nouvelle*, 26 février, p.3.

¹⁶⁴ Selon des répondants représentant l'État, ces données existaient au sein du ministère de la Santé avant le grand lancement de la réforme.

¹⁶⁵ Nous revenons sur la description de ce score à la fin du chapitre. En deux mots, le CSNB comparait la performance du système de santé du NB avec les autres au pays. La notation par lettre d'un indicateur était

« ... Cela dit, une note de C ne semble pas, à prime à bord, être catastrophique. "C'est vrai, mais c'est un dialogue que la société du Nouveau-Brunswick doit avoir. Est-ce qu'on est satisfait de cette note sachant qu'on est l'une des provinces qui dépense le plus en santé par personne? Est-ce qu'on est satisfait d'être dans la moyenne canadienne ou est-ce qu'on veut mieux?", souligne M. Robichaud. Il s'agit du premier rapport du genre à être produit par le CSNB. Selon M. Robichaud, les rapports futurs devraient comprendre certaines sections manquantes, comme l'évaluation des soins palliatifs, de l'équité et même de la sécurité [...] »¹⁶⁶

Bref retour sur les enjeux et stratégies du CSNB

Durant cette période du grand lancement et de la mise en œuvre de la réforme, l'enjeu principal du CSNB était celui de la performance du système de santé¹⁶⁷. Les acteurs associés à l'organisme se mobilisaient autour de cet enjeu et renaient des axes stratégiques qui allaient leur permettre de condenser les données bientôt présentées pour alimenter les réflexions entourant la production des soins et services. Dans cet ordre d'idées, la stratégie consistait à publier des données qui étaient à la fois simples, compréhensibles et utiles pour les acteurs concernés du contexte pluraliste dans leurs prises de décision. À cette époque, le CSNB prenait le temps de réfléchir aux mécanismes qui allaient lui servir à engager les citoyens de la province dans la définition des problèmes et dans les actions à entreprendre pour les régler. Afin de conserver sa légitimité, des répondants soulignent que le CSNB souhaitait « bien faire les choses » en matière de mise en œuvre de forums de consultation. La participation citoyenne allait donc devenir un enjeu de ce groupe d'acteurs à la prochaine phase du changement, et il allait adopter des comportements en conséquence.

calculée en identifiant la valeur la plus basse et la valeur la plus élevée de sept tranches de lettres (A+, A, B, C, D, E, F), dans laquelle A+ correspondait à la tranche la plus élevée pouvant être atteinte, et F, à la tranche la plus basse (CSNB, 2016).

¹⁶⁶ Boisvert, Jean-François. (2010). « Santé : le N.-B. est un élève moyen ». *L'Acadie Nouvelle*, 7 avril, p.6.

¹⁶⁷ Dans le cas du CSNB, la performance est liée au rendement du système de santé, et donc, inclut six dimensions de la qualité (accessibilité, justesse, efficacité, rendement, sécurité et équité).

5.2.4 Le contexte de FacilicorpNB (FNB)

Enjeu de la nouvelle agence des services non cliniques : réaliser des économies d'échelle

Dans le but principal d'assurer la viabilité du système de santé de la province, l'État avait centralisé les services partagés dans une nouvelle entreprise du secteur public, enregistrée dans la *Loi sur les corporations commerciales* du Nouveau-Brunswick (Ministère de la Santé, 2008b). Par l'entremise de l'adoption de cet instrument de gouverne, l'État espérait réaliser des économies d'échelle, qui découleraient concrètement de la centralisation de la gestion des services, de l'uniformisation des processus et de l'optimisation d'une masse critique plus importante d'achat de biens et services¹⁶⁸.

Les particularités de cette organisation, comme les cibles financières qui avaient été fixées par l'État, sont regroupées au tableau XII.

¹⁶⁸ Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 19 novembre 2015.

Tableau XII : Caractéristiques de l'agence des services non cliniques (FNB)¹⁶⁹

Organisation	FNB
PDG	Gordan Gilman ¹⁷⁰
Présidente du CA	Roxanne Fairweather
Siège social	Saint John
Type d'organisation	Entreprise du secteur public (Partie III des services publics de la <i>Loi sur les corporations commerciales</i>)
« Avantages » liées à la création de cet organisme ¹⁷¹	Maximiser l'efficacité et la capacité de réaliser des économies Éliminer les contrats multiples pour les mêmes services Mettre en place une approche commerciale Intégrer le système non clinique Minimiser les conflits de travail Permettre aux RRS de se concentrer sur les fonctions essentielles
Cibles financières ¹⁷²	Économies de 5 millions de dollars par année pendant les trois premières années d'existence et de 20 millions de dollars annuellement dans 5 ans (Après 5 ans, ces sommes seront réinvesties dans le système de santé, afin, par exemple, d'améliorer des systèmes de technologie et d'information ou mettre en œuvre le dossier patient électronique « Un patient, un dossier »)
Liste des services non cliniques regroupés par étapes ¹⁷³	<u>Première année</u> : gestion des matériels services de technologie de l'information du ministère de la Santé et des RRS <u>Deuxième année</u> : services des finances et de la paie télécommunications ingénierie biomédicale amélioration du rendement énergétique <u>Troisième année</u> : services de buanderie

Il importe de souligner que de manière symbolique, l'apparition de ce nouvel acteur, et particulièrement le lieu du siège social de FNB, « activait » peu de temps après le grand lancement de la réforme des acteurs de la gouverne, comme ceux associés à la RRS A. Ce lieu

¹⁶⁹ Une semaine suivant l'annonce de la réforme, soit le 17 mars 2008, FacilicorpNB était officiellement incorporé.

¹⁷⁰ Avant la réforme lancée en mars 2008, Gordon Gilman était sous-ministre adjoint aux services ministériels au sein du ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2008c).

¹⁷¹ Le matin du 11 mars 2008, le ministre de la Santé présentait les « avantages » de cette nouvelle organisation pour le système de santé (Ministère de la Santé, 2008b).

¹⁷² Se référer à Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 23 mars 2016 ou à FacilicorpNB, 2009. En ce qui concerne le réinvestissement des sommes économisées, voir FacilicorpNB, 2009; Ministère de la Santé (2008b, 2008d).

¹⁷³ Ces données proviennent de Ministère de la Santé (2008d) et de Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>.

qui était situé dans une ville où la langue maternelle était majoritairement l'anglais poussait des membres de la communauté francophone et acadienne à se mobiliser. Des médias relataient les craintes de ces citoyens : la création de FNB laissait présumer qu'ils n'étaient « pas capables de gérer les affaires non cliniques » ou qu'elle allait affecter le développement économique et social des régions rurales¹⁷⁴. Ainsi, certains acteurs associés à la RRS A percevaient rapidement le nouvel organisme comme une « entreprise anglophone ». Dans son rapport, LeBlanc (2010) affirmait qu'au niveau des opérations, l'organisation devait se conformer à la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*, mais qu'un flou apparent subsistait quant à la langue de communication dans le milieu de travail et ceci importunait des membres du personnel de la RRS A. Le comportement de ce groupe d'acteurs allait avoir des conséquences sur l'évolution de la mise en œuvre de FNB, voire sur sa survie. Les lignes qui suivent servent entre autres à démontrer de quelle façon la conduite des acteurs de l'agence des services non cliniques était influencée par la mobilisation de ceux associés à la RRS A.

Des acteurs du contexte pluraliste se sentent menacés devant l'arrivée de FNB et agissent pour signer son « arrêt de mort »

Peu de temps à la suite de la création de FNB, l'équipe des cadres supérieurs et les administrateurs se concentraient à mettre en place la structure de gouvernance et ils définissaient les rôles et les règles de fonctionnement. En mai 2008, le PDG de FNB annonçait la mise sur pied d'une équipe intermédiaire de transition qui prenait en charge les activités initiales et l'orientation stratégique du démarrage opérationnel (FacilicorpNB, 2009). C'est à l'automne de la même année que la première équipe de direction permanente de FNB était créée (FacilicorpNB, 2009). Durant cette période, l'organisme entreprenait un exercice visant à développer un premier plan stratégique (FacilicorpNB, 2009). Les intentions stratégiques de FNB sont exposées dans le tableau XIII.

¹⁷⁴ Se référer à Auteur inconnu. (2008). « Le train, il s'en va à Saint-Jean ». *L'Acadie Nouvelle*, 10 avril, p.3. Le lecteur peut aussi lire une lettre du maire d'Edmundston, Gerald Allain (2008), dédiée au ministre Murphy : « Santé : Edmundston veut l'Agence des services non cliniques ». *L'Acadie Nouvelle*, 22 avril, p.8.

Tableau XIII : Intentions stratégiques de FNB¹⁷⁵

Organisation	FNB
Vision	Devenir un chef de file parmi l'ensemble des fournisseurs de services partagés au Canada
Mandat ¹⁷⁶	Offrir aux RRS des services de soutien sécuritaires, rentables et innovateurs afin qu'elles puissent fournir des soins de qualité dans l'optique de « bâtir un système de soins de santé efficace, solide et viable »
Objectifs stratégiques ¹⁷⁷	Uniformiser les meilleures pratiques, les processus et les plateformes ; Bâtir et maintenir une main-d'oeuvre d'une grande compétence ; Établir un programme offrant un service de qualité axé sur la clientèle ; Consolider les activités et accroître l'efficacité d'une manière sûre et rentable, dans le but d'économiser la somme de 20 millions de dollars par an pour la réinvestir dans le système de soins de santé ; Élaborer et maintenir une stratégie efficace de communication d'entreprise ; Se responsabiliser (« <i>Be accountable</i> »)

Pendant cette étape de la réforme, certains secteurs d'activités des RRS et du ministère de la Santé commençaient graduellement à transiter vers FNB, en fonction entre autres des économies immédiates et importantes qu'ils pourraient procurer (FacilicorpNB, 2009). Ce changement signifiait que des centaines d'employés des RRS devenaient dorénavant des membres du personnel de FNB (FacilicorpNB, 2010). Cette transition ne s'effectuait pas sans difficulté. En matière de lutte symbolique, par exemple, certains des employés concernés de la RRS A faisaient face à un changement d'identité, malgré le fait qu'ils continuaient à travailler à partir des mêmes établissements de santé (LeBlanc, 2010). Les employés de cette organisation touchés par la transition ressentaient un sentiment de trahison envers leurs collègues ou ne se considéraient plus comme des partenaires de relations (Sainsaulieu, 1993). En ce qui concerne particulièrement les professionnels, des répondants suggèrent qu'ils vivaient une perte de contrôle sur leurs pratiques, conjuguée à une nouvelle « lourdeur administrative ». En matière de rentabilité, des répondants suggèrent que FNB « n'avait aucun incitatif pour l'encourager à s'améliorer » et que l'organisme avait le monopole par rapport aux achats. En somme, vers la fin de cette phase de la réforme, les acteurs concernés des deux RRS n'avaient toujours pas accepté l'arrivée de FNB, ce nouvel acteur qui venait « chambouler les

¹⁷⁵ Une semaine suivant l'annonce de la réforme, soit le 17 mars 2008, FacilicorpNB était officiellement incorporé.

¹⁷⁶ Se référer à la page trois du Rapport annuel, 2008-2009, de FNB.

¹⁷⁷ Les objectifs stratégiques de FNB (2008-2010) se retrouvent dans le Rapport annuel, 2008-2009, de FNB.

règles du jeu ». Ils n'arrivaient pas à s'imaginer que FNB pourrait demeurer à long terme un acteur clé du système de santé, et ils posaient des actions concrètes qui retardaient son implantation.

« Les zones, les régies, les voyaient souvent comme des gens (*FNB*) qui venaient se mêler de leurs affaires. Tu avais des conflits de personnalités aussi. Ce n'était pas toujours facile. Tu sais aujourd'hui, toi, tu travaillais pour l'Hôpital George Dumont, puis demain tu ne travaillais plus pour Dumont, tu travaillais pour Facilicorp. Tu étais probablement encore dans la boîte à cause de ta job. Tu avais tout ça qui rendait les choses difficiles [...]

Souvent, les médecins et les hôpitaux avaient de la difficulté parce qu'avant, tu rentrais au bureau du PDG ou du DG et tu demandais pour une tasse. Mais après ça (*après la réforme*), il fallait aller à Facilicorp, et là, on avait décidé que la tasse, elle, allait être noire, elle ne serait plus blanche. Et ça prenait plus de temps, parce que les systèmes étaient en train de se monter. Facilicorp allait avec la tasse blanche, parce que ça coûte moins cher et ça donne le même résultat. Ça, ça a été un ajustement. Les médecins et les gens dans les régies, ils s'arrachaient les cheveux et ils haïssaient ça. Facilicorp était la bête noire. Ils (*FNB*) avaient un rôle pas facile à jouer. » ÉTAT-8

« [...] But it was a start-up organisation (*FNB*) that had a lot of pushback inside of the RHAs (*RRS*). So, the RHAs did not necessarily agree with Facilicorp being created [...] We had a three years plan and a one-year plan. We had that identified with the government. We did not work together everyone, because no one would talk. Believe me, I tried. I tried to bring people together, which was not my job, on several occasions. We did manage to do it once. The first words out of somebody's mouth were "we don't want Facilicorp". That was how somebody started the meeting. So it must have felt like it was an option that it wouldn't be there. » ADMINISTRATEUR-9

« In my opinion, they should have said, "on this evening at midnight, it changes". They didn't. They allow them (*RRS*) to continue to develop while Facilicorp was developing. So their HR system, their IT system, those were continuing to develop. They should have told the health authorities, "it's all over, you're not responsible, and your team is now reporting to us, it is finished". They would have been huge challenges but we wouldn't have gone through who owns this and this. I remember going to a meeting and it was a continual battle. I remember going to a meeting where I met the minister of the day who called us all in and said "here is the way it's going and if you don't like it, leave". Let's say he wasn't quite that polite. Basically he said "I have enough of this". They should have done that at the beginning. » DIRIGEANT-27

Bref retour sur le rôle de FNB et son évolution dans le contexte pluraliste

L'enjeu des acteurs représentant FNB était de réaliser des économies d'échelle. En effet, des cibles financières étaient annoncées publiquement par le ministre de la Santé lors du grand lancement de la réforme : l'organisation allait générer des économies d'environ cinq millions à chacune des trois premières années, et de près de 20 millions de dollars annuellement d'ici les prochains cinq ans. Par ricochet, en prenant en charge les services non cliniques, FNB était censé supporter les RRS qui pourraient se concentrer sur l'amélioration de la qualité des services et soins de santé offerts aux citoyens de la province. Or, nous avons vu que les RRS, particulièrement la RRS A, acceptaient mal l'arrivée de FNB, qui bousculait les dynamiques du contexte pluraliste. Les acteurs associés à cette organisation posaient des actions qui influençaient la stratégie de mise en œuvre de l'agence de services non cliniques. Lors de la prochaine étape de la réforme, nous constatons que la conduite d'acteurs associés à la RRS A menait à des changements significatifs à la gouvernance de FNB qui, selon des répondants, allait tout simplement mener à sa perte.

5.2.5 Le contexte de l'État vers la fin de la deuxième phase de la réforme (2009-2010)

Un renouvellement des enjeux, stratégies et instruments qui sont orientés vers la consultation publique et un nouveau visage de la région de Saint John au plus haut poste du ministère de la Santé

Dans notre description du contexte de l'État au lancement de la réforme, nous avons vu que des acteurs associés aux deux RRS s'étaient mobilisés, par l'entremise des quotidiens francophones et anglophones les plus importants de la province, et avaient posé des actions qui influençaient le pilotage de la réforme du système de santé du gouvernement Graham. D'un côté, le mécontentement des médecins de la région de Saint John avait interpellé certains acteurs associés à la RRS B, comme certains journalistes du *Telegraph-Journal* qui réclamaient

la tête du ministre de la Santé¹⁷⁸. Selon des répondants, le projet de réforme avait fait plusieurs insatisfaits dans cette région du NB. La « crise » du système de santé de la province avait poussé l'État à adopter une stratégie particulière durant cette étape : il remplaçait Michael Murphy à la tête du ministère de la Santé par Mary Schryer, qui était alors une députée de la région de Saint John. En raison de sa personnalité, cette dernière n'était pas perçue comme un « héros », c'est-à-dire comme le leader requis pour lancer un changement d'envergure. Les acteurs clés du système de la santé l'imaginaient comme une « administratrice », qui « ne faisait pas beaucoup de bruit », mais qui avait les capacités nécessaires pour nouer des relations.

« When there's a reform sometimes there is a lot of resent towards certain figure heads. And part of the cabinet changed was to allow a different figure head to go in. They seemed [...] different type of management style, you know? And a lot of the heavy lifting had already been done. So you know, sometimes when some people have to do the heavy lifting, then somebody else can come in to sort of calm the waters and do more relationship building, and so, I think in 2009 we started to see the shift. » ÉTAT-14

« Dans ce cas-ci, c'est Murphy qui était le ministre. Mike Murphy a été délogé de la santé après sa réforme. Beaucoup moins pour la réforme de santé, que pour la crise à Saint-Jean. Il ne pouvait plus "handler" Saint-Jean et ils l'ont ramené à la Justice à un moment donné. C'est Mary Schryer qui a fini dans le domaine. Et ce n'était pas une coïncidence que c'est quelqu'un de Saint-Jean qui a été nommé ministre de la Santé. C'est parce que Murphy avait un petit peu perdu le contrôle là-dessus. » ÉTAT-4

D'un autre côté, ESF, un groupe d'acteurs associé à la RRS A avait intenté une poursuite en cour contre le gouvernement du NB, qui visait à faire respecter les droits de la communauté acadienne et francophone de la province. Les craintes identitaires de cette population étaient largement couvertes par des médias francophones comme *L'Acadie Nouvelle*. À la fin de l'année 2009, conditionné par des éléments du contexte systémique – les élections provinciales approchaient à grands pas et les effets du « fiasco » de la vente d'Énergie Nouveau-Brunswick à Hydro-Québec sur la légitimité du gouvernement Graham étaient palpables –, l'État

¹⁷⁸ Le lecteur intéressé à la manière avec laquelle les médias anglophones traitaient de la nouvelle peut lire : Auteur inconnu. « It's segregation, by any other name ». *Telegraph-Journal*, 28 avril, p.A6 ou Auteur inconnu. « Why Murphy must resign ». *Telegraph-Journal*, 25 avril, p.A6.

introduisait l'enjeu de la consultation citoyenne¹⁷⁹. De surcroît, l'État mobilisait un instrument de gouverne qui, en gardant à l'esprit l'impact de ces facteurs de l'environnement externe sur le système de santé, lui permettait de « gagner du temps » et de démontrer symboliquement qu'il était ouvert à la négociation. L'usage de cet instrument de type informationnel et communicationnel renouvelait les rapports politiques et les fondements de la légitimité de l'État et, par la même occasion, l'éloignait de l'image dirigiste habituelle de type « command and control » (Howlett, 2014; Lascoumes & Le Galès, 2004). Ci-dessous, un extrait du *Telegraph-Journal* datant de décembre 2009 montre que le premier ministre de la province était ouvert au dialogue avec la communauté francophone et acadienne de la province :

« Premier Shawn Graham's chief of staff says the province is willing to reopen talks with New Brunswick's francophone community over the government's controversial restructuring of its regional health authorities. Bernard Thériault said the premier has written a letter stating that the government is willing to talk despite an ongoing constitutional challenge aimed at reversing the health authority restructuring. In a letter to Jean-Marie Nadeau, president of the New Brunswick Acadian Society (*SANB*), Graham said he is encouraged by recent comments from several prominent francophones who spoke out against using the courts to advance the health care priorities of New Brunswick francophones [...] »¹⁸⁰

Dans cet ordre d'idées, l'État allait demander l'appui d'un chercheur associé à l'Université de Moncton, dans le but de trouver des « mesures alternatives » à la poursuite judiciaire intentée par ESF et de « réajuster le tir » quant à la réforme du système de santé lancée en 2008¹⁸¹. Comme le mentionne monsieur Gino LeBlanc (2010) dans son rapport, cette démarche allait peut-être permettre de régler hors cour la poursuite judiciaire intentée par ESF des mois plus tôt. Le mandat de monsieur LeBlanc s'articulait autour de deux enjeux : la gouvernance de la

¹⁷⁹ D'une part, les élections provinciales avaient lieu à l'automne 2010, et d'autre part, la vente d'Énergie Nouveau-Brunswick à Hydro-Québec n'a finalement jamais eu lieu. Le premier ministre Graham affirmait que la population aurait dû être consultée et que cette défaite était une « leçon » qu'il n'allait jamais oublier. Se référer à Crobeil, Michel (2010). « La vente d'Énergie Nouveau-Brunswick à Hydro-Québec avorte ». *le Soleil*. 24 mars, comme disponible en ligne : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/affaires/actualite-economique/201003/24/01-4263767-la-vente-denergie-nouveau-brunswick-a-hydro-quebec-avorte.php>, visité le 8 juin 2017.

¹⁸⁰ Huras, Adam. (2009). Premier suggests dialogue on RHAs dispute. *Telegraph-Journal (NB)*. 11 décembre, p. A1. Sur le même sujet, le lecteur peut également lire : SRC Atlantique. (2009). « Réforme de la santé : Ouverture au dialogue », 11 décembre.

¹⁸¹ Dupuis, Justin. (2009). « Santé : Gino LeBlanc sera l'émissaire de Shawn Graham auprès des francophones ». *L'Acadie Nouvelle*. 18 décembre, p.5.

communauté acadienne et francophone et l'accessibilité aux services de santé en français (LeBlanc, 2010). L'expert consultait alors des leaders de la communauté francophone et acadienne de la province, et ainsi, un comité d'appui explorait des thèmes comme la structure de gouvernance et de fonctionnement des RRS (LeBlanc, 2010). Le chercheur soumettait son rapport final au premier ministre de la province en mars 2010.

L'ouverture de l'État vers un dialogue avec les acteurs clés de la communauté francophone et acadienne : une adaptation qui a des conséquences sur l'organisation des soins

En avril 2010, à la suite des consultations menées par monsieur LeBlanc auprès d'acteurs clés de la communauté acadienne et francophone, l'État annonçait des changements substantiels au système de santé de la province. L'État présentait alors des mesures législatives et administratives qui seraient adoptées afin d'améliorer les services et soins de santé offerts aux francophones¹⁸². Voici le langage qu'utilisait l'État pour prouver qu'il avait trouvé une solution aux problèmes liés à l'accès aux soins et services de santé pour la population acadienne et francophone, et du coup, un dénouement heureux au conflit avec ESF¹⁸³ :

« Depuis qu'il a pris le pouvoir, notre gouvernement a travaillé d'arrache-pied en vue de renforcer les services de soins de santé dans les régions francophones. Nous avons aussi travaillé fort afin d'améliorer les services aux francophones qui vivent dans des régions à prédominance anglophone. Le rapport contient des recommandations réfléchies visant à renforcer notre système de santé, et ce, au moyen de changements administratifs et de modifications législatives. J'ai nommé Gino LeBlanc pour entreprendre une consultation avec les Néo-Brunswickois afin d'explorer des moyens d'apporter des améliorations continues au système de soins de santé desservant la population francophone de la province. »¹⁸⁴

¹⁸² Se référer à Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2010). « Le premier ministre rend public le rapport sur les services de santé en français », Communiqué de presse (Santé, Cabinet du premier ministre), en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2010.04.0486.html>, comme visité le 17 février 2016.

¹⁸³ Le rapport de Gino LeBlanc (2010) est accessible en cliquant sur le lien suivant : http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/2010_health_system-f.pdf.

¹⁸⁴ Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2010). « Le premier ministre rend public le rapport sur les services de santé en français », Communiqué de presse (Santé, Cabinet du premier ministre), en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2010.04.0486.html>, comme visité le 17 février 2016.

Le changement le plus substantiel annoncé en avril 2010 en matière d'organisation des soins et services était l'adoption imminente du projet de loi 58 visant à modifier la Loi d'une telle sorte que la RRS A allait fonctionner en français tandis que la RRS B allait fonctionner en anglais. En plus de distinguer les deux RRS en fonction de la langue, le gouvernement libéral annonçait que la ministre de la Santé disposait dorénavant de l'autorité d'accorder, à la demande d'une des deux RRS, la désignation de centre hospitalier universitaire (CHU) et de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Ceci signifiait qu'à la prochaine phase de la réforme, l'HDGLD deviendrait un CHU et que des centres hospitaliers régionaux du RRS A seraient désignés comme des CHAU. Symboliquement, l'État reconnaissait et établissait de manière formelle (dans la *Loi*), qu'un réseau d'enseignement, de recherche et de formation en santé était établi sur une base linguistique, ceci, afin que les citoyens reçoivent des services dans leur langue de choix (LeBlanc, 2010). En ce qui concerne tout particulièrement l'enjeu de l'accès et de la coordination des soins, l'État soulignait qu'un plan quinquennal, ou un « plan de rattrapage » serait mis en œuvre afin d'assurer une répartition équitable des services de santé spécialisés entre les deux RRS de la province.

D'autres stratégies visant à rediriger les comportements étaient annoncées par l'État en avril 2010 et elles sont rassemblées dans l'encadré 6 qui suit. Puisque plusieurs mesures annoncées par le gouvernement Graham, comme un changement à la gouvernance des RRS, auraient plus tard des conséquences sur les dynamiques entre les acteurs du contexte pluraliste, nous revenons sur celles-ci, lorsqu'il est question de la dernière phase de la réforme (2010-2015).

Encadré 6 : Mesures annoncées le 8 avril 2010 par le gouvernement Graham¹⁸⁵

Modifications législatives et administratives pour améliorer le système de santé
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître que les deux RRS sont responsables d'améliorer la prestation des services de santé en français et qu'elles offrent des services de santé aux citoyens dans la langue officielle de leur choix ;
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître que la RRS A est une organisation dont la langue de fonctionnement est le français et qu'elle est une organisation francophone ayant la responsabilité de desservir les citoyens dans la langue officielle de leur choix ;
<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître que le CSNB doit tenir compte des besoins des communautés linguistiques en ce qui a trait à sa mission et qu'il consulte les communautés linguistiques dans la langue officielle de leur choix ;
<ul style="list-style-type: none"> Dépôt d'un projet de loi visant à changer la structure de gouvernance des RRS à compter de 2012. Ce projet de loi fera en sorte que plus de la moitié des membres des CA seront élus par suffrage universel, tandis que la ministre de la Santé nommera le reste des membres en tenant compte des intérêts particuliers des communautés ;
<ul style="list-style-type: none"> Révision géographique des régions assignées à chaque RRS, et ceci, en consultation avec les collectivités desservies ;
<ul style="list-style-type: none"> Modifications à la structure des actionnaires de FNB, afin d'y inclure des représentants des RRS, et à son mandat, afin de s'assurer que l'entreprise continue de communiquer avec les établissements de santé des deux RRS dans la langue de leur choix.

Ces mesures annoncées en avril 2008 représentent un moment charnière de la réforme pour une raison principale : l'État s'adaptait aux enjeux des autres acteurs de la gouverne. Nous avons vu que durant cette étape, l'État réagissait à ces enjeux en s'ouvrant à un dialogue avec des acteurs clés de la population, alors qu'il avait formulé la réforme en vase clos. L'apparition de cet enjeu coïncidait avec des événements se déroulant dans l'environnement externe du système de santé. Des répondants soulignent qu'à la suite d'un solide coup porté au gouvernement Graham, un raté de la vente d'Énergie Nouveau-Brunswick dans lequel les citoyens n'avaient pas été consultés, l'État se tournait de plus en plus vers des instruments de gouverne de type communicationnel et informatif, ou basés sur la démocratie du public. En bref, la stratégie de négociation adoptée par l'État et opérationnalisée par l'expert se soldait par un changement substantiel : la RRS A devenait officiellement francophone.

¹⁸⁵ Les informations présentées dans l'encadré 6 proviennent d'un communiqué de presse du gouvernement du Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Adoption de modifications administratives et législatives visant à améliorer le système de santé », disponible en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2010f0494he.htm>, comme visité le 20 mars 2016.

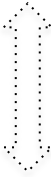

Retour sur les enjeux de l'État, les stratégies adoptées et les instruments de gouverne

Au début de cette phase de la réforme, les enjeux principaux de l'État étaient ceux de performance, en particulier, du contrôle des coûts, et d'accès et de coordination des soins et services de santé. Dans cette lignée, l'État mobilisait des instruments de gouverne de type législatif et réglementaire dans l'optique de baliser les comportements des acteurs du contexte pluraliste. En guise d'exemple, il modifiait la *Loi* afin de réduire le nombre des RRS, et donc, de mieux contrôler les opérations. Par l'entremise du même type d'instrument, il a créé deux organismes, le CSNB, dont l'un des objectifs principaux est d'améliorer la qualité des soins et services, et FNB, dont les activités visent à faire des économies de coûts. En matière de stratégie, nous avons vu que l'État continuait à nourrir le sentiment d'urgence sur la nécessité d'introduire des transformations, entre autres, en adoptant rapidement le projet de loi modifiant la *Loi*.

À la fin de cette deuxième phase de la réforme, l'État s'ouvrait aux enjeux des acteurs concernés de la RRS A, et il introduisait un instrument se fondant sur le dialogue. Il adoptait un instrument qui propose d'organiser des rapports politiques différents, basés sur la communication et la concertation (Lascoumes & Le Galès, 2004). L'État s'adaptait alors aux enjeux des acteurs du contexte pluraliste, et ceci se soldait par un changement important en matière d'organisation des soins et services de santé. Il faut dire que les enjeux des acteurs associés à la RRS B avaient aussi des effets sur la progression de la réforme, et dans cette optique, l'État adoptait une stratégie pour influencer l'action collective, soit placer une députée de la région de Saint John à la tête du ministère de la Santé.

Les enjeux et stratégies de l'État ainsi que les instruments mobilisés durant cette deuxième étape de la réforme se retrouvent au tableau XIV. La flèche discontinue indique que le processus de consultation mené par le consultant externe mène à la mobilisation de stratégies et instruments particuliers par rapport aux enjeux d'accès et de coordination des soins et services et des besoins de la population francophone et acadienne.

Tableau XIV : Enjeux, stratégies de l'État et instruments de gouverne à l'étape du grand lancement et de ses suites (2008-2010)

Enjeux	Stratégies	Instrument
<ul style="list-style-type: none"> • Performance • Accès et coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Recourir à des cibles financières pour mesurer la progression du changement • Faire naître un sentiment d'urgence (ex. une clause à la Loi modifiant la <i>Loi</i> abolissant les huit anciennes RRS à la première lecture, acteurs connus comme dirigeants ou administrateurs) • Présenter un plan stratégique • Remplacer le ministre de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Changer la Partie III des services publics de la <i>Loi sur les corporations commerciales</i> (création de FNB) • Modifier la <i>Loi</i> (création des deux RRS) • Adopter la <i>Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé</i> (création du CSNB)
<ul style="list-style-type: none"> • Participation citoyenne <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Accès et coordination <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Besoins de la population acadienne et francophone 	<ul style="list-style-type: none"> • Annoncer un plan quinquennal visant l'équité des soins spécialisés dans les deux RRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les acteurs clés de la communauté francophone (rapport LeBlanc, 2010) • Modifier la <i>Loi</i> (projet de loi 58 : les RRS vont reposer sur une base linguistique) • Modifier la <i>Loi</i> (pour que la ministre de la Santé ait le droit de donner la désignation d'un CHU)

Ceci conclut la deuxième section du cinquième chapitre qui traite de la période du grand lancement de la réforme et de ses suites. La prochaine partie de ce chapitre touche la mise en œuvre de la réforme, c'est-à-dire la période entre 2010 et 2015. Une fois de plus, nous présentons les enjeux et stratégies de l'État ainsi que ceux des autres acteurs concernés pendant cette étape. Les instruments de gouverne permettant d'orienter le changement sont aussi explorés et résumés vers la fin de cette troisième section. Enfin, à la fin du chapitre, nous présentons les résultats atteints du changement.

5.3 Mise en œuvre de la réforme (2010-2015) et résultats atteints

Cette troisième partie du chapitre traite de la phase de mise en œuvre de la réforme (2010 à 2015), soit celle qui suivait les modifications apportées à la structure du système de santé, dans lesquelles la RRS A fonctionnait officiellement en français et la RRS B en anglais¹⁸⁶. Dans cette section, nous visons toujours à démontrer que le changement organisationnel est un processus continu (Brown & Eisenhardt, 1997), défini par l'apprentissage (Nonaka, 1994) et l'évolution (Burgelman, 1991), qui s'inscrit dans un horizon temporel à long terme. Ainsi, nous notons que la direction de la réforme lancée en 2008 demeurait sensiblement la même, et ceci, malgré les quelques changements de gouvernement. Les enjeux de l'État restaient donc à peu près similaires, et son ouverture envers le dialogue avec les citoyens demeurait une stratégie qu'il continuait à privilégier. Autrement dit, ce groupe particulier d'acteurs avait toujours recours à des instruments de type informationnel et communicationnel (Halpern, Lascoumes, & Le Galès, 2014) qui s'inscrivaient dans son adaptation à l'apparition des nouveaux enjeux des acteurs du contexte pluraliste ainsi qu'à une vague d'ouverture envers ceux-ci dans l'environnement externe du système de santé.

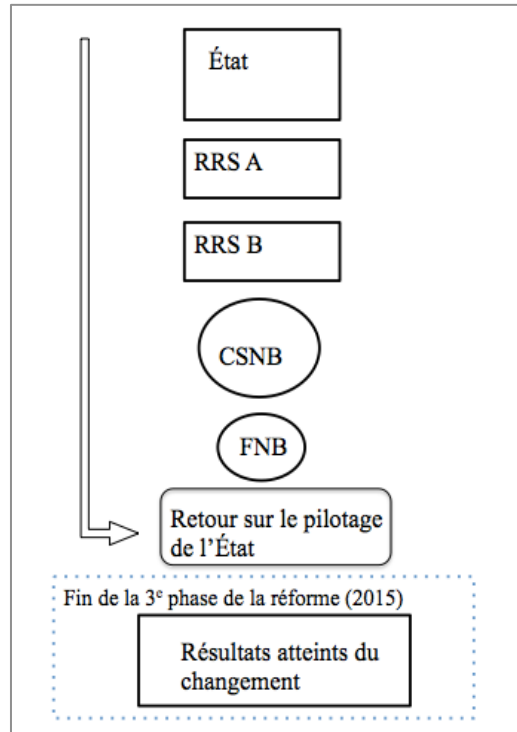
Dans la réalité, le programme d'action de l'État n'était pas mono-instrumental (Lascoumes & Le Galès, 2010). Autrement dit, dans le but d'orienter les relations entre les acteurs de la gouvernance, il ne sélectionnait pas uniquement des instruments de nature relationnelle. Durant cette dernière phase de la réforme, il continuait à miser sur des instruments de type « command and control » (Lascoumes & Le Galès, 2004), ce qui lui permettait d'envoyer un message clair aux parties prenantes. Par exemple, afin de conserver un contrôle sur les opérations, il utilisait son pouvoir législatif pour faire des modifications à la gouvernance des RRS. Symboliquement, en utilisant des instruments législatifs ou réglementaires, qui sont un attribut du pouvoir légitime (Lascoumes & Le Galès, 2004), l'État désirait montrer aux autres acteurs clés qu'il était le « patron ».

¹⁸⁶ Plus précisément, le français allait être la langue de travail du CA et du personnel au siège social de la RRS A et l'anglais allait être la langue de travail du CA et du personnel au siège social de la RRS B. Il est utile de rappeler au lecteur que la Constitution et la *Loi sur les langues officielles* font en sorte que les RRS sont explicitement chargées d'offrir les services de santé dans la langue officielle de choix du patient.

Par ailleurs, l'influence du phénomène systémique de la dualité linguistique sur le système de santé, comme par le passé, se faisait toujours sentir et pouvait contribuer à la mobilisation d'acteurs. Afin de déterminer en partie la manière avec laquelle les acteurs concernés allaient se comporter face aux effets des facteurs du contexte systémique, l'État adoptait certaines stratégies qui détenaient une valeur symbolique. Nous pensons notamment au plan quinquennal de rattrapage des soins spécialisés annoncé durant cette dernière étape du changement, qui cadrait avec les intérêts des acteurs associés à la RRS A, et qui prolongeait l'idée partagée que des possibilités étaient offertes par l'État pour régler le problème d'équité des services spécialisés entre les RRS.

Avant d'en arriver à un état des lieux, et de voir si la réforme a eu des effets ou non sur l'accès et la coordination des soins et des services, nous donnons plus de détails sur les enjeux de l'État ainsi que sur les stratégies et instruments qu'il mobilisait à cette époque. Par la suite, nous nous attardons au contexte des deux RRS et nous examinons leur évolution relativement à l'amélioration de la qualité des soins et services. Alors que nous discutons aussi des enjeux et des stratégies du CSNB, dont ceux entourant l'engagement des citoyens, les données produites depuis sa création nous servent à évaluer les résultats du changement sur la performance du système de santé. Nous montrons que FNB, un organisme créé afin de réaliser des économies de coût, « disparaissait », c'est-à-dire qu'il était intégré dans une nouvelle société de la Couronne, ce qui nous porte à réfléchir sur l'atteinte des objectifs financiers qui étaient escomptés. La figure 6 sert à proposer un découpage des acteurs et autres éléments présentés dans le cadre de cette dernière phase de la réforme.

Figure 6 : Présentation des acteurs du contexte pluraliste et des résultats atteints à l'étape de la mise en œuvre la réforme (2010-2015)



5.3.1 Le contexte de l'État à l'étape de mise en œuvre de la réforme

Les enjeux du Parti progressiste-conservateur demeurent les mêmes et des stratégies sont dirigées vers celui des besoins en santé de la population francophone et acadienne

En septembre 2010, l'environnement externe du système de santé était touché par l'arrivée au pouvoir du Parti progressiste-conservateur avec une majorité significative¹⁸⁷. À l'époque, le gouvernement Alward présentait son Conseil des ministres qui comprenait Madeleine Dubé à la tête du ministère de la Santé¹⁸⁸. Les enjeux de ce nouveau gouvernement tournaient autour de l'efficience, de l'accès et de la coordination des soins et des besoins en santé de la

¹⁸⁷ Murat, Philippe. (2010). « Le Cabinet libéral fait ses adieux ». *L'Acadie Nouvelle*, 6 octobre, p. 6.

¹⁸⁸ Le lecteur peut lire, entre autres, Murat, Philippe. (2010). « Des postes importants pour les ministres francophones. *L'Acadie Nouvelle*, 13 octobre, p. 3.

communauté francophone et acadienne. Alors qu'ils demeuraient sensiblement les mêmes que le gouvernement précédent, l'enjeu de la participation citoyenne venait dorénavant s'ajouter aux autres. En ce qui concerne l'enjeu lié à la dualité linguistique, le gouvernement nouvellement élu poursuivait certains efforts afin « d'améliorer les services en français dans les régions rurales de la province » et continuait à travailler à la mise en oeuvre des recommandations du rapport LeBlanc (2010) (Ministère de la Santé, 2012, p. 95). Une des stratégies mises de l'avant par l'État consistait à désigner l'HDGLD comme un CHU à l'automne 2010.

En gardant à l'esprit les revendications particulières de la communauté acadienne et francophone exprimées pendant la phase précédente de la réforme, le gouvernement Alward avait promis dans sa plateforme électorale de rétablir l'élection des membres aux CA des deux RRS¹⁸⁹. C'est au printemps 2011 que l'État utilisait son pouvoir législatif (*projet de loi 45*) pour mettre en place des changements concernant la composition et le fonctionnement des CA des RRS. En plus de réduire de 17 à 15 les membres votants des CA des RRS, huit seraient dorénavant élus tandis que sept seraient nommés (Ministère de la Santé, 2012)¹⁹⁰.

Un autre instrument moins direct était mobilisé en même temps que la *Loi* était modifiée : une motion (*motion 93*) était présentée à l'Assemblée législative afin de créer un Comité permanent des soins de santé qui allait offrir des recommandations quant à la gouvernance des RRS. Ce comité, ayant comme présidente la ministre de la Santé, avait pour mandat d'examiner certains aspects liés aux mécanismes d'élection des CA des RRS, comme les délimitations territoriales (Comité permanent des soins de santé, 2011a). Donc, une fois de plus, un instrument qui mettait l'accent sur les interactions entre l'État et la société civile avait été mobilisée (Lascoumes, 1996), et ainsi, à l'été 2011, la population du NB était consultée « par le truchement d'Internet, de mémoires et de comparutions aux sept audiences publiques » (Comité permanent des soins de santé, 2011b, p. 2).

¹⁸⁹ Parti progressiste-conservateur du Nouveau-Brunswick. (2010). « Le Nouveau-Brunswick d'abord... Pour un changement ». La plateforme électorale est accessible en ligne en cliquant sur le lien suivant : https://www.poltext.org/sites/poltext.org/files/plateformes/nb2010pc_plt_fr_13072011_132709.pdf.

¹⁹⁰ L'élection de ces nouveaux membres aux CA allait être menée sous l'autorité du directeur des élections municipales à compter de celles qui se dérouleraient au printemps 2012 (Comité permanent des soins de santé, 2011a).

En novembre 2011, le comité présentait ses recommandations, qui en incluaient une particulière, soit celle de ne pas modifier la région géographique de chacune des RRS¹⁹¹. Il faut signaler qu'un groupe d'acteurs associés à la RRS A, ESF, souhaitait que les centres de santé communautaires francophones faisant partie du territoire desservi par la RRS B (Centre communautaire Sainte-Anne, à Fredericton, Centre Communautaire Samuel de Champlain, à Saint John et Conseil communautaire Beausoleil, à Miramichi), soient transférés à la RRS A (Comité permanent des soins de santé, 2011b). ESF proposait également que les villes de Neguac, Rogersville, et Baie Sainte-Anne, faisant partie du territoire de la RRS B, soient intégrées à la RRS A (Comité permanent des soins de santé, 2011b; Égalité Santé en Français, 2011). Par contre, les représentants de ces collectivités et centres de santé s'opposaient à toute suggestion de transfert de la RRS B vers la RRS A (Comité permanent des soins de santé, 2011b)¹⁹². Ceci démontrait qu'une fois de plus que des éléments du contexte systémique venaient influencer les dynamiques entre les acteurs concernés du système de santé, tout particulièrement, que « le problème » de la dualité linguistique n'était toujours pas réglé. Conséquemment, les membres du comité recommandaient à l'État de maintenir la délimitation territoriale, ce qui permettrait de « dissiper les confusions, de faciliter les élections, de compiler au fil du temps les statistiques sur la santé de la population ainsi que de favoriser la stabilité de l'organisation des services de santé ainsi que la capacité à les gérer et à les améliorer » (Comité permanent des soins de santé, 2011b, p. 6). L'encadré 7 revient sur l'ensemble des recommandations du comité (Comité permanent des soins de santé, 2011b) :

¹⁹¹ La région géographique de chacune des RRS était celle qui avait été annoncée par le ministre Murphy en mars 2008. Comme il a été expliqué dans une autre section, chacune des deux RRS avait « englobé » quatre anciennes RRS.

¹⁹² Plusieurs articles dans les médias écrits anglophones et francophones traitaient de l'opposition de ces communautés face à ce changement éventuel. Se référer par exemple aux textes de Huras, Adam. (2011). « Committee hears support for health care status quo ? Crowd gathers to pass on message to not reconfigure province's health care boundaries », *Times & Transcript*, 9 septembre, p. A6, ou « Mayor warns of 'civic' unrest Hearing Miramichi region will rise up if health boundaries redrawn, Cormier tells minister », *Telegraph Journal*, 9 septembre, p. A1, ou encore, à celui de Abboud, Joseph. (2011). « Néguac ne veut pas quitter le Réseau de santé Horizon », *L'Acadie Nouvelle*, 1^{er} septembre, p.8. Le Premier rapport du Comité permanent des soins de santé (2011a) offre les raisons pour lesquelles ces communautés s'opposaient « farouchement » à un transfert vers la RRS B. Le rapport est disponible en cliquant sur le lien suivant : <https://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/57-2/57-2-sante.pdf>.

Encadré 7 : Recommandations du Comité permanent des soins de santé (novembre 2011) concernant le mécanisme d'élection par la population

Recommandations sur la délimitation territoriale des RRS A et B

- Que la délimitation actuelle des RRS A et B ne soit aucunement modifiée
- Que soient respectés l'intégrité et le caractère essentiels des RRS en tant qu'entités régionales
- Que les centres médicaux et les communautés linguistiques qu'ils servent demeurent sous l'égide de la RRS qui a compétence sur leur territoire

Recommandations sur les sous-régions des RRS A et B

- Que chaque RRS se compose de huit sous-régions créées par la division de chacune de ses quatre zones en deux sous-régions¹⁹³
- Le droit de voter et de se présenter aux élections dans chaque sous-région, ne devrait être consenti qu'aux personnes dont la résidence principale se trouve dans cette sous-région
- Les personnes demeurant dans l'ancienne double région (Beauséjour et Sud-Est) devraient être habilités à choisir la RRS pour laquelle elles exerceront leur suffrage¹⁹⁴

Recommandations sur les règles applicables aux élections et aux postes vacants

- Pour poser sa candidature à un CA des RRS, il devrait être obligatoire de résider de façon permanente dans la sous-région à représenter
 - Un membre d'un CA cessant d'occuper sa résidence principale ou qui ne peut ou ne veut plus occuper ses fonctions devrait être tenu de rendre son siège vacant
 - Une vacance devrait être pourvue sur la nomination par le ministre de la Santé d'une personne dont la résidence principale se trouve dans la sous-région dont le siège est vacant
 - Les membres du personnel des RRS et ceux du ministère de la Santé, les membres du CA et le personnel du CSNB, les personnes détenant des privilèges dans les hôpitaux au NB, ainsi que les membres du Sénat, du Parlement ou de l'Assemblée législative devraient être inéligibles aux CA des RRS
-

En combinaison avec la sélection d'un instrument axé sur la communication et l'information, l'État en mobilise un plus direct afin d'accroître son contrôle sur l'opérationnalisation du changement

Peu après la remise du rapport du *Comité permanent des soins de santé*, l'État usait une fois de plus de son pouvoir législatif (*projet de loi 17*), pour influencer les relations entre les acteurs concernés du contexte pluraliste. Ainsi, une modification considérable à la *Loi* touchait les pouvoirs accordés aux PDG des RRS. Dorénavant, ces derniers étaient nommés par le ministre

¹⁹³ Il était recommandé que chacune des quatre zones des RRS soit subdivisée en deux sous-régions adjacentes comptant approximativement la même population. Autrement dit, le comité recommandait une répartition de deux membres du CA par zone, pour un total de huit membres élus par RRS (Comité permanent des soins de santé, 2011b).

¹⁹⁴ Le Comité permanent de soins de santé recommandait que les personnes vivant dans la grande région de Moncton (territoire partagé entre les RRS A et B) continuent à choisir leur bulletin de vote, comme il en était question avant la réforme du système de santé du gouvernement Graham (Comité permanent des soins de santé, 2011b).

de la Santé et ils occupaient ce poste « au gré » de ce dernier, alors qu'ils rendraient compte au CA¹⁹⁵ (Ministère de la Santé, 2012). De manière à la fois concrète et symbolique, il en ressortait deux constats : non seulement le ministre de la Santé accroissait ses pouvoirs, mais aussi, en matière de performance et d'efficience, il pouvait mettre des acteurs « compétents » à la tête des deux RRS. D'ailleurs, le gouvernement suivant allait s'appuyer sur le texte de *Loi* pour congédier un des PDG des RRS. L'État utilisait ainsi son pouvoir législatif pour licencier Rino Volpé, car selon ce premier, la RRS A avait refusé de collaborer avec d'autres acteurs du système de santé du NB ou de participer à certains comités provinciaux¹⁹⁶. Voici comment un répondant explique cette structure de gouvernance des deux établissements de santé :

« Les PDG sont embauchés par le ministre, mais ils travaillent pour le CA. Ce n'est pas tout à fait linéaire, mais c'est un modèle. C'est un modèle qui est en train de se reprendre un peu partout. » DIRIGEANT-31

D'autres stratégies liées à l'enjeu des besoins en santé de la communauté francophone et acadienne ainsi qu'à l'accès et à la coordination des soins et services, dont un plan de rattrapage

Dans une logique de continuité, l'État demeurait ouvert au dialogue avec les citoyens, et donc, il entreprenait des consultations publiques dans l'optique d'élaborer un plan d'action quinquennal visant à « garantir une distribution équitable des services de santé entre les deux RRS » (Ministère de la Santé, 2012, p. 95). À l'automne 2012, le nouveau ministre de la Santé, Hugh J. Flemming, présentait ce plan de rattrapage de cinq ans, d'une somme d'environ 9 millions de dollars¹⁹⁷. Cette stratégie véhiculait un message particulier, c'est-à-dire que l'État était en train de trouver des solutions à l'enjeu des soins spécialisés et tertiaires non répartis équitablement entre les RRS. De plus, l'annonce de ce plan était forte symboliquement pour les

¹⁹⁵ Entre septembre 2008 et ce moment, nous rappelons que les PDG des RRS étaient nommés par le CA de ces organisations.

¹⁹⁶ La lettre du ministre Boudreau, en date du 21 novembre 2014, était présentée dans certains médias écrits. Elle est disponible sur le site Web d'Iciradiocanada.ca en cliquant sur le lien suivant : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2014/11/21/014-changement-directeur-general-reseau-sante-vitalite.shtml#document>.

¹⁹⁷ L'État soulignait que dans le futur, les nouveaux services de santé seraient offerts, dans la mesure du possible, à la RRS qui ne les offraient pas (Ministère de la Santé, 2013).

acteurs associés à la RRS A; certains médias francophones la qualifiant de « moment historique »¹⁹⁸.

L'encadré 8 montre les services de santé spécialisés et tertiaires nouveaux ou élargis offerts aux quatre régions territoriales de la RRS A afin d'améliorer leur répartition entre les deux principales organisations. Ci-dessous, un répondant s'exprime sur les fondements de ce plan tandis qu'un autre explique comment il peut être envisagé comme le résultat d'un processus de négociation auprès d'acteurs associés à la RRS A :

« Tout nouveau service qu'on va offrir, comme la santé mentale, j'ai vu ça, santé mentale chez les enfants cette semaine [...] Tout nouveau service, on regarde s'il est déjà offert. Si oui, si on est en train de créer un deuxième lieu, est-ce que les francophones l'ont? Si non, on l'offre aux francophones en premier. Et s'il n'existe pas, on l'offre aux francophones en premier. Juste pour commencer à faire débouler le rattrapage. »
EXPERT-CONSULTANT-1

« Égalité Santé (*ESF*) voulait un dédoublement complet, la province ne voulait pas, ça fait que les deux on gagné quelque chose. Égalité Santé a gagné la promesse qu'il y allait avoir un rattrapage, qui n'était pas vraiment ce qu'il voulait, mais c'était quand même pas mauvais, la province s'est engagée à se sauver de faire un dédoublement, s'est engagée à commencer à répartir les services un peu plus, un petit meilleur. Ça, ç'a été important. »
ÉTAT-21

¹⁹⁸ Voir le texte de Murat, Philippe. (2012). « Un moment historique ». *L'Acadie Nouvelle*, 1^{er} décembre, p.3.

Encadré 8 : Plan quinquennal pour la répartition équitable des services de santé (présenté par le ministre Flemming en novembre 2012)¹⁹⁹

Région ou établissement
Région Chaleur : <ul style="list-style-type: none"> Établissement d'un programme provincial de chirurgie d'implant cochléaire Désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial Augmentation des services de neurologie Amélioration des services de chirurgie plastique Établissement d'un nouveau service de rhumatologie partagé avec la région de Restigouche Désignation de l'hôpital régional Chaleur à titre de CHU affilié
Région Restigouche : <ul style="list-style-type: none"> Établissement d'un nouveau service de rhumatologie partagé avec la région Chaleur Désignation de l'hôpital régional Restigouche à titre de CHU affilié
Région d'Edmundston : <ul style="list-style-type: none"> Création d'un nouveau programme de gestion de l'insuffisance cardiaque Mise en place d'un nouveau service de rhumatologie Désignation de l'hôpital régional d'Edmundston à titre de CHU affilié
CHU Dr-Georges-L.-Dumont <ul style="list-style-type: none"> Désignation du programme d'oncologie obstétrique et gynécologique comme service provincial Établissement d'un centre d'étude du sommeil Augmentation des services de neurologie Désignation de la chirurgie de l'obésité comme composante d'un programme provincial Établissement d'un nouveau programme provincial de greffe de la cornée Désignation de l'équipe provinciale d'intervention pour les agents pathogènes de niveau 4 et de laboratoire de virologie comme service provincial Amélioration des ressources en oncologie

L'usage d'instruments s'appuyant sur la communication et la concertation afin de trouver des solutions à l'enjeu d'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et services

Un peu avant l'annonce du plan de rattrapage, la ministre de la Santé de l'époque avait formé des groupes de travail dans l'élaboration de plans d'action touchant l'enjeu de l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et des services (Ministère de la Santé, 2011;

¹⁹⁹ Nouveau-Brunswick, Santé, (2012). « Annexe, Plan quinquennal pour la répartition équitable des services de santé ». Le document est disponible en ligne, sur le site Web d'ESF, en cliquant sur le lien suivant : <http://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/RSP-DOCUMENT-ÉSF.pdf>.

Nouveau-Brunswick, 2011a). Des cadres de prévention en santé mentale, en diabète et en gestion des maladies chroniques avaient donc été présentées en 2010 et 2011²⁰⁰. En août 2012, la ministre Dubé rendait public un autre plan provincial concernant le renouvellement des soins de santé primaires qui s'étalait sur une durée de 10 ans. Ce plan, *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*, avait été élaboré en six ans par le Comité directeur sur les soins de santé primaire²⁰¹. Ci-dessous, certains répondants suggèrent que le système de santé du NB était « politisé » et que ceci allait avoir un impact sur l'implantation du plan stratégique visant à améliorer les soins de santé primaires :

« Tout ça, on sait que c'est ce qu'il faut faire, mais comment tu le fais? [...] Pour le faire, c'est pour cela que je dis que je me contredis, pour le faire, faudrait quasiment du leadership politique qui crée un système de santé indépendant de la politique, mais basé sur les besoins, sur la gestion des coûts, sur une meilleure qualité des services. Puis, beaucoup de ça, qui est dans notre système, mais comment est-ce que tu fais le changement d'un système qui est hospitalo-centrique vers ça? Comme les soins primaires, j'ai été six ans dans le comité de soins primaires, huit ans à faire une stratégie, puis avec l'engagement de tout le monde, puis quand tu arrives à implanter ça, well, là tout le monde te "fourre" des bâtons dans les roues par en arrière et le gouvernement te donne quelques millions pour mettre en place une stratégie de soins primaires qui aurait besoin de dix millions ou vingt millions. Ça fait que ça va prendre des années avant que ça se fasse, parce qu'il y a encore quelqu'un par en arrière qui tire pour avoir un "CTScan", avoir un "whatever" qui coûte cher. Faudrait quasiment qu'il y ait quelqu'un qui dise que "c'est assez" et qui crée un système apolitique et que ces gens-là soient engagés à vie pour développer le système. » FORMATION PROFESSIONNELS-5

« We have very strong voice around primary health care reform and what needs to happen, team based care, community based care. And it's very frustrating for us, because we've gone to all those tables with good will, we participated in the prevention primary care initiative for over seven years that it took to get to a policy frame work. And we've been on the steering committee and the review committee for programs. And again, we're seeing that being watered down in change and we're really struggling with where is the

²⁰⁰ Ainsi, à l'été 2011, la ministre Dubé présentait une stratégie provinciale de santé mentale, *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, et une autre sur le diabète, *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoïse 2011-2015*. La stratégie sur la gestion des maladies chroniques, *Cadre de prévention des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*, avait été dévoilée un an plus tôt. Les deux plans d'action sont accessibles sur le site Web du gouvernement du NB en cliquant sous l'onglet « Santé » : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante.html>.

²⁰¹ Nouveau-Brunswick, Santé, (2012). « Cadre des soins de santé primaire rendu public », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2012.08.0716.html>, comme visité le 11 avril 2016. Le lecteur peut lire également : SRC Acadie. (2012). « Le Nouveau-Brunswick prépare des améliorations dans les soins de santé primaires ». 8 août, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2012/08/08/005-cadre-soins-primaires-nouveau-brunswick.shtml>.

challenge, because we believe that there seems to be an ability to ignore the evidences or an act of decision to ignore the evidence, so your study is quite interesting in the aspect that it's going to look at. And obviously there's a huge political dimension [...] »
REGROUPEMENT PROFESSIONNEL-35

Afin de demeurer légitime et d'orienter l'action collective, l'État mobilisait encore un instrument s'inscrivant dans la « démocratie du public » ou de « l'opinion » (Lascoumes & Le Galès, 2004), et ainsi, il lançait près d'une dizaine d'assemblées publiques afin de permettre aux citoyens de contribuer à la vision du nouveau plan provincial de la santé (Ministère de la Santé, 2012). Ces rencontres avec les citoyens, qui étaient dirigées par la ministre de la Santé et coordonnées par le CSNB, touchaient l'avenir du système de santé en regard de l'augmentation des coûts (Ministère de la Santé, 2013). D'ailleurs, une vidéo présentée aux membres de l'auditoire visait à produire un effet symbolique en les renseignant sur le fait que le fonctionnement des soins de santé au NB coûtait 8,6 millions de dollars par jour à la province²⁰². Selon la ministre Dubé, c'était la première fois que les citoyens du NB avaient l'occasion de participer à l'élaboration du plan de santé²⁰³. Par l'entremise de ce geste politique, ou de cette nouveauté en matière de stratégie, l'État cherchait donc à produire une rupture avec les actions antérieures et à démontrer ses compétences (Lascoumes & Le Galès, 2004). Le plan stratégique, *Rebâtir les soins de santé ensemble : le Plan provincial de la santé 2013-2018*, était présenté en septembre 2013 et visait particulièrement les enjeux d'accès et de coordination des soins et de performance. En effet, il soutenait la « vision stratégique du gouvernement du NB en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie et la relance de l'économie tout en vivant selon ses moyens » (Ministère de la Santé, 2013, p. 5). Les principes sur lesquels reposait le plan stratégique (2013-2018) sont présentés dans l'encadré 9.

²⁰² Cette vidéo intitulée « Rebâtir les soins de santé ensemble » peut être visionnée sur le site Web *YouTube*. Le lecteur peut aussi lire l'article de Parker, Jordan. (2012). « Dubé looks to public for N.B. health-care ideas ». *Times & Transcript*, 27 juin, p. A 6.

²⁰³ Nouveau-Brunswick, Santé, (2012). « RÉVISÉ / Début des séances de consultation sur le plan provincial de la santé », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2012.06.0521.html>, comme visité le 8 avril 2016.

Encadré 9 : Principes du plan *Rebâtir les soins de santé ensemble : le Plan provincial de la santé 2013-2018* (Ministère de la Santé, 2013)

Sept principes du plan provincial de la santé (2013-2018)
Accès : Capacité des patients et des clients à obtenir les soins ou les services voulus au bon endroit et au bon moment en fonction de leurs besoins respectifs, et ceci, dans la langue officielle de leur choix.
Gamme appropriée de services : Les soins ou services de santé offerts sont adaptés aux besoins des patients ou des clients et sont conformes aux normes établies.
Efficacité : Les soins ou services offerts, les interventions pratiquées ou les mesures prises permettent d'obtenir les résultats désirés.
Efficienc e : Arriver aux résultats désirés en faisant l'utilisation la plus efficiente possible des ressources.
Équité : Viser la prestation de soins et services de santé équitables pour tous.
Sécurité : Les risques potentiels de l'intervention ou de l'environnement sont évités ou limités.
Viabilité clinique : Les programmes comptent au moins quatre ou cinq fournisseurs et le volume et suffisant pour maintenir l'expertise clinique.

Une combinaison de stratégies et d'instruments mobilisés par l'État dans le but d'améliorer la performance du système de santé

Quatre ans après le grand lancement de la réforme, toujours dans un désir de contrôler les dépenses en santé, l'État mobilisait un instrument de gouverne lui permettant d'induire des comportements compatibles avec l'atteinte de cet objectif (Howlett & Rayner, 2007). En effet, le gouvernement Alward créait le Secrétariat du renouveau du système de santé (SRSS), un comité sectoriel faisant directement rapport au premier ministre et à la ministre de la Santé, et dont le mandat allait être de deux ans²⁰⁴. Par l'entremise de cet instrument direct, l'État continuait à entretenir la croyance partagée qu'il était urgent d'améliorer l'efficience du système de santé pour assurer sa viabilité. Par ailleurs, afin de limiter les résistances, l'État allait chercher deux visages connus des acteurs clés du système de santé pour coprésider le SRSS, soit Rino Volpé, qui était l'ancien président du CA de la RRS A, et John McGarry, un ancien PDG de la défunte Régie Santé de la Vallée²⁰⁵. L'Encadré 10 expose les priorités

²⁰⁴ Nouveau-Brunswick, Santé (2012). « Création du Secrétariat du renouveau du système de santé », Communiqué de presse, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2012.04.03550.html>, comme visité le 12 avril 2016.

²⁰⁵ La Régie Santé de la Vallée était une des huit anciennes RRS. Elle regroupait les établissements de soins de santé de la région centre-ouest du NB, dont celle de Fredericton. Il faut dire que Rino Volpé avait été le premier

initiales du SRSS, dont celle d'étudier les possibilités d'intégrer les activités de FNB dans un nouveau ministère.

Encadré 10 : Priorités initiales cernées dans le cadre du processus de « renouvellement » du gouvernement (annoncées le 26 avril 2012)²⁰⁶

Priorités d'actions initiales du SRSS :
• Examiner la structure du système de santé afin d'améliorer son efficacité
• Surveiller les progrès réalisés par les RRS dans la mise en œuvre de l'initiative de coût par cas pondéré
• Réviser les services non cliniques partagés, plus particulièrement, participer à l'étude de faisabilité visant à intégrer les activités de FNB dans un nouveau ministère des Services gouvernementaux
• Repérer et mettre en œuvre des innovations et des méthodes exemplaires en matière de renouvellement de la santé au NB
• Surveiller et rendre des comptes quant aux résultats relatifs au renouvellement du système de santé

À la suite de la publication d'un document sur les rôles et responsabilités des acteurs clés de la gouverne visant à améliorer l'imputabilité au sein du système de santé, le SRSS allait se chercher une source d'expertise externe comme levier de légitimation (Dupuy & Pollard, 2012)²⁰⁷. L'expertise externe, en l'occurrence RCGT, était donc le ressort essentiel de la légitimité de cet instrument, mais un tel rapport donnait également un sens au projet de l'État en étayant ses valeurs et ses normes et en explicitant ses décisions (Dupuy & Pollard, 2012). En d'autres mots, le langage utilisé par la firme RCGT dans le rapport soumis était cohérent avec celui du SRSS et il structurait les objectifs et priorités d'action en sélectionnant les enjeux à traiter, en particulier, la productivité des hôpitaux du système de santé du NB²⁰⁸. L'analyse

président du CA du CSNB. En janvier 2011, il était devenu le président du CA de la RRS A. Paul Couturier allait remplacer Rino Volpé à la présidence du CA de la RRS A.

²⁰⁶ Cette liste de priorités provient du communiqué de presse du gouvernement du NB : Nouveau-Brunswick, Santé (2012). « Création du Secrétariat du renouveau du système de santé », Communiqué de presse, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2012.04.03550.html>, comme visité le 12 avril 2016.

²⁰⁷ Le document du Gouvernement du NB (2012), « Rôle et responsabilités. Système de santé du Nouveau-Brunswick », est disponible sur le site Web du CSNB en cliquant sur le lien suivant : http://www.nbhc.ca/sites/default/files/roles_et_responsabilites_systeme_de_sante.pdf.

²⁰⁸ Le rapport de RCGT (2013), « Bureau du renouveau du système de santé. *Benchmarking* des services et amélioration de la performance » est disponible sur le site Web d'ESF en cliquant sur ce lien :

des experts dévoilée en 2013 avait permis d'identifier un potentiel d'amélioration de la performance de près de 450 millions de dollars selon trois perspectives différentes : améliorer la productivité dans chaque hôpital, diminuer les durées moyennes de séjours et réduire le taux d'hospitalisation (Raymond Chabot Grant Thornton, 2013).

Afin de nourrir la confiance des acteurs de la gouverne et de construire un contexte favorable à l'atteinte de ses objectifs de performance, l'État plaçait, en janvier 2013, les coprésidents du SRSS à la direction des deux RRS²⁰⁹. Le ministre Flemming déclarait qu'il ne voulait pas « être un autre ministre de la Santé qui produit un autre rapport pour ensuite le mettre sur une tablette » et qu'il était temps que les mesures élaborées par le comité soient mises en oeuvre²¹⁰. Par conséquent, peu de temps après leur arrivée au sein des deux établissements de santé, les nouveaux PDG mettaient en œuvre certains efforts, comme des changements à la structure organisationnelle afin « de rebâtir le système de santé pour le rendre plus efficace et plus efficient et pour garantir sa viabilité »²¹¹. Ces changements, qui visaient à ramener les coûts des soins de santé par habitant plus près de la moyenne canadienne, allaient mener à des centaines de pertes d'emplois²¹².

<http://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/2013-04-25-OHSR-Sommaire-exécutif-indicateurs-de-rendement.pdf>.

²⁰⁹ Le lecteur peut se référer au communiqué en ligne émis par le gouvernement le 24 janvier 2013 : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>.

²¹⁰ Lire l'article de Murat, Philippe. (2013). « Santé: de nouveaux dirigeants pour mettre en place un plan de compressions », *L'Acadie Nouvelle*, 25 janvier, p.4 ou Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « Nomination de nouveaux directeurs généraux aux régions régionales de la santé », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>, comme visité le 13 avril 2016.

²¹¹ Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « RÉVISÉ / Renouveau du système de santé du N.-B. : les partenaires prennent des mesures en vue d'assurer sa viabilité », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>, comme visité le 13 avril 2016. Le lecteur peut aussi se référer à cet article de journal : Huras, Adam (2013). « Health job cuts coming ? Minister Flemming says cuts will not affect health services », *Times & Transcript*, 19 avril, p. A 1.

²¹² Les « partenaires » du système de santé du NB identifiés dans le cadre de cet effort de « renouvellement » sont le ministère de la Santé, la RRS A, la RRS B, et FNB. Voir Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « RÉVISÉ / Renouveau du système de santé du N.-B. : les partenaires prennent des mesures en vue d'assurer sa viabilité », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>, comme visité le 13 avril 2016.

L'enjeu de performance et d'efficience continue à mobiliser le gouvernement qui sélectionne des instruments axés sur la communication et l'information

En octobre 2014, l'environnement externe du système de santé vivait encore des remous alors que le Parti libéral prenait le pouvoir de l'Assemblée législative²¹³. Dans la plateforme électorale du gouvernement Gallant, il était surtout question de contrôle des coûts. Le principal message véhiculé était qu'il était impératif de mettre de l'ordre dans les finances publiques afin de protéger les programmes sociaux (Ministère de la Santé, 2015b; Nouveau-Brunswick, 2015a). Une stratégie de l'État consistait à mettre en œuvre un *Examen de révision stratégique des programmes* qui visait à faire des économies de 500 et 600 millions de dollars afin de réinvestir ces montants dans l'éducation et les soins de santé²¹⁴. Le ministre de la Santé, Victor Boudreau, dirigeait le processus qui privilégiait des lieux publics où les citoyens et autres acteurs clés de la province pouvaient s'exprimer relativement à des enjeux entourant les difficultés financières (Nouveau-Brunswick, 2015b). Le ministre Boudreau répétait dans diverses tribunes, et donc, ançrait l'idée dans l'imaginaire collectif, que ces espaces de discussion allaient « guider les décisions difficiles » par rapport au redressement des finances publiques²¹⁵. Autrement dit, les séances de dialogue et de négociation constituaient un instrument de nature relationnelle mobilisé par l'État qui lui servait, d'un côté, à négocier avec les citoyens, et d'un autre, à ancrer certaines croyances et images dans une compréhension collective, c'est-à-dire qu'il était crucial pour la viabilité du système de santé que l'État contrôle mieux les dépenses.

Divers processus de consultation menaient à la publication à la fin de l'année 2015, d'un document qui comprenait différentes options pour permettre des économies ou des recettes (Nouveau-Brunswick, 2015a). En santé, l'État proposait des changements qui allaient

²¹³ Parti libéral du Nouveau-Brunswick. (2016). « Rencontrez Brian ». En ligne : <http://nliberal.ca/fr/meet-brian/>, comme visité le 14 avril 2016.

²¹⁴ Se référer aux textes de Roy-Comeau, Mathieu. (2015). « Les compressions pourraient atteindre 600 millions \$ ». *L'Acadie Nouvelle*, 16 janvier, p.4 et SRC Atlantique (2015). « Le Nouveau-Brunswick veut économiser jusqu'à 600 millions \$ », 15 janvier, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/01/15/009-objectif-deficit-budgetaire-nouveau-brunswick.shtml>, comme visité le 15 avril 2016.

²¹⁵ Boisvert, Jean-François. (2015). « La consultation est terminée, place aux choix difficiles ». *L'Acadie Nouvelle*, 24 février, p.6.

engendrer des économies de 50 à 80 millions de dollars, dont la fermeture d'hôpitaux situés dans des régions rurales ou leur conversion en centres de santé communautaires (Nouveau-Brunswick, 2015a). Dans cet ordre d'idées, le ministre des Finances expliquerait un peu plus tard qu'une décision « difficile » avait été prise : « nous devons choisir entre augmenter la taxe de vente harmonisée (TVH) ou effectuer des compressions radicales dans les domaines de l'éducation et des soins de santé » (p.5) (Ministère des Finances, 2016). Il affirmait dans le Budget 2016-2017 que les citoyens de la province avaient fait comprendre à l'État qu'ils n'accepteraient pas de compressions radicales dans les domaines de la santé et de l'éducation, ce qui ne concordait pas de toute façon avec « les valeurs du gouvernement » (Ministère des Finances, 2016, p. 15). À la suite de négociations entre l'État et les citoyens, ce premier groupe d'acteurs décidait de sélectionner un instrument de type économique et fiscal (Lascoumes & Le Galès, 2004), c'est-à-dire qu'il augmentait les taxes publiques, afin d'atteindre ses visées économiques, mais aussi, selon Ficet (2016), de satisfaire un maximum d'électeurs.

Cette section montre que les enjeux de l'État sont demeurés sensiblement les mêmes à cette étape de la réforme et qu'il a continué à mobiliser des instruments diversifiés, dont ceux axés sur la communication et la négociation. À la suite de la présentation des contextes des autres acteurs clés de la gouverne, nous revenons sur le pilotage de la réforme par l'État et nous discutons des résultats atteints.

5.3.2 Le contexte de la RRS A

Des enjeux qui sont similaires à l'étape précédente mobilisent les acteurs associés à la RRS A

Dans les prochaines lignes, nous souhaitons démontrer que les enjeux des acteurs associés à la RRS A sont demeurés les mêmes durant cette dernière phase de la réforme. Il était donc toujours question d'améliorer l'accès et la coordination des soins et des services de santé, d'améliorer l'efficacité de l'organisation et de répondre aux besoins en santé de la communauté francophone et acadienne. À l'instar de la RRS B, la RRS A restait une organisation relativement « jeune », et les acteurs la représentant continuaient à mettre en œuvre certaines actions, comme des restructurations ou des plans stratégiques, pour influencer son évolution.

En ce qui concerne justement les buts et les objectifs à long terme de l'organisation, en comparaison avec la RRS B, celle-ci faisait face à de nombreux changements au niveau de l'équipe de leadership et de la structure. À la fin de cette section, nous discutons de l'atteinte de résultats probants relativement à la qualité des soins et services, en gardant à l'esprit les changements à la direction et à la structure de la RRS A, l'influence des facteurs de contexte systémique, et aussi, aux caractéristiques particulières (population desservie, par exemple) la distinguant de la RRS B. Nous constatons que relativement aux résultats atteints en matière d'amélioration de la qualité des soins et des services, peu de différences significatives étaient notées entre les deux RRS en 2015.

Un enjeu d'amélioration de la performance accompagné d'une stratégie de réorganisation de la structure

Durant cette période, la RRS A, qui avait adopté le nom corporatif de *Réseau de santé Vitalité*, vivait donc des chamboulements à sa direction²¹⁶. À la suite de la démission de Andrée Robichaud, deux autres PDGs s'étaient relayés avant que Rino Volpé, qui avait été président du SRSS, prenne les rênes de la RRS A en début d'année 2013²¹⁷. L'enjeu principal du nouveau dirigeant était la performance, et ainsi, il voulait réaliser une « transition vers des soins viables »²¹⁸. L'amélioration de la performance et de la productivité était donc le « cheval de bataille » des acteurs associés à l'organisation (Réseau de santé Vitalité, 2014, p. 2). D'ailleurs, relativement aux actions entreprises par le nouveau PDG, un plan était élaboré afin de réduire les ressources humaines de six pour cent (400 postes au sein de la régie) sur trois années, ce qui permettrait d'économiser 24 millions de dollars sur une base annualisée (Réseau de santé Vitalité, 2013)²¹⁹. Ci-dessous, des répondants discutent de ces compressions, qui étaient plutôt bien reçues par les acteurs clés de la RRS A.

« C'est parce qu'au niveau de la régie Vitalité, on a vraiment mis une emphase à créer cette harmonie-là, au niveau des zones. Dans une période de changement, parce qu'on en a changé des choses [...] On nous a dit quand le nouveau PDG est rentré, "nous autres on va éliminer 400 emplois et on va diminuer de 2 % nos..." Ça a tout été fait ça. En deux ans, on a fait le mandat de trois ans, mais avez-vous vu des gens dans la rue? Non. Je ne dis pas qu'il n'y a pas eu du "rouspétage" à l'interne [...] C'est parce qu'on a pris beaucoup de temps à en parler. Puis le Conseil de la Santé, d'ailleurs, ne faisait pas ça pour nous supporter, mais on a embarqué sur le "tailcoat" de ce que le Conseil de la Santé avait tout préparé. On n'a pas parlé de choses différentes. Beaucoup des

²¹⁶ Le lecteur peut se référer au texte de « Seymour, Béatrice. (2010). « Le Réseau de santé Vitalité est né ». *L'Acadie Nouvelle*, 24 juin, p.10.

²¹⁷ En effet, l'ancienne sous-ministre déléguée de la Santé quittait son poste car elle souhaitait relever de nouveaux défis. Lire Seymour, Béatrice. (2010). « Andrée Robichaud annonce sa démission ». *L'Acadie Nouvelle*, 6 juillet, p.3.

²¹⁸ Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « Nomination de nouveaux directeurs généraux aux régies régionales de la santé », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>, comme visité le 18 avril 2016.

²¹⁹ SRC Acadie. (2013). « Compressions au réseau Vitalité : les avis sont partagés ». En ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2013/02/27/001-compressions-confirmees-reseau-vitalite.shtml>, comme visité le 18 avril 2016. Se référer aussi au communiqué de presse du Gouvernement du NB : Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « RÉVISÉ / Renouvellement du système de santé du N.-B. : les partenaires prennent des mesures en vue d'assurer sa viabilité », Communiqué, qui est accessible en cliquant sur le lien suivant : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqué.2013.01.0057.html>.

statistiques que l'on a utilisées, c'était des statistiques montées par le Conseil de la Santé.
 » DIRIGEANT-9

« Il a été (*Rino Volpé*) sur deux comités et la fin des deux comités, on les a nommés DG. Qu'est-ce qu'on suggérait ? On suggérait de faire des économies au niveau de l'efficience. Je me souviens qu'à la première réunion où Rino Volpé est entré en place, il a annoncé des coupures de 400 postes. Il y avait des choses qui n'avaient pas de bon sens, des congés de maladie étaient trop gros. » CITOYEN-33

Une stratégie mobilisée par le PDG consistait à mettre en oeuvre une série de changements organisationnels, dont l'implantation d'une nouvelle structure dans laquelle les opérations étaient décentralisées (Réseau de santé Vitalité, 2013). Le nombre de VP passait alors de huit à trois et, dans le but de rendre la prise de décisions plus rapprochée des régions, des postes de chefs d'opération (CDO) étaient créés dans les quatre zones composant la RRS A²²⁰. En ce qui concerne le poste de VP aux affaires médicales, celui-ci était aboli, et des directeurs médicaux et médecins-chefs étaient dorénavant présents dans chacune des zones. Au même moment où ces structures administratives étaient modifiées, la RRS A lançait un plan triennal d'amélioration de la performance. Selon le PDG de l'organisation, la structure de la RRS A devait s'accompagner d'une culture d'amélioration continue des processus et de mesure de la performance, ainsi que d'une plus grande imputabilité de la part des dirigeants²²¹. Un répondant discute de la nouvelle structure et de l'abolition du poste de VP aux affaires médicales.

« There was a real decentralization of the management function in some ways and the centralization of others so a lot of positions would go directly to the CEO and in other cases there were these operating officers or executive directors for regions of the health network who had other responsibilities as well, but the fact that the management structure didn't align with Horizon, not that it had to be the same roles, but there are some commonalities in terms of responsibility that exist across both health authorities that, you know... The idea of there being a Vice President of medical affairs, well that existed in

²²⁰ Se référer à Réseau de santé Vitalité. (2013). « Des économies de 24M sur une base annualisée », en ligne : <http://www.vitalitenb.ca/fr/nouvelles/des-economies-de-24m-sur-une-base-annualisee>, comme visité le 21 avril 2016. Le lecteur intéressé par les changements entrepris à ce moment, alors que Volpé prenait la tête de la RRS A, peut aussi lire SRC Acadie. (2013). « Le réseau de santé Vitalité présente son plan de compressions », 27 février.

²²¹ Réseau de santé Vitalité. (2013). « Assemblée générale annuelle du Réseau de santé Vitalité-faits saillants », en ligne : <http://www.vitalitenb.ca/fr/nouvelles/assemblee-generale-annuelle-du-reseau-de-sante-vitalite-faits-saillants>, comme visité le 19 avril 2016.

Horizon and it did in Vitalité for some time and then that role was removed. That has created challenges for our organization and I know officials in the Department of Health have also expressed frustration. So you know, the absence of a role like that is pretty important, so. And that carried through among different management roles within Vitalité, so that lack of clear minds of responsibility, I think that's really what people were confused and unclear about. Who's in charge of what in Vitalité. That really has created a lack of understanding of how things work, how decisions get made, and I think that's very unclear to the people who work there and the people who are on the outside trying to work with them as well. » REGROUPEMENT PROFESSIONNELS-2

Des répondants suggèrent d'ailleurs que la mise en œuvre de cette stratégie de réorganisation de la structure était une des raisons qui avait influencé l'État dans sa décision de congédier le dirigeant à l'automne 2014. Certains d'entre eux suggèrent que bien qu'elle visait à améliorer la prise de décisions locale, celle-ci ne cadrerait pas avec la structure organisationnelle imaginée par l'État lors du lancement de la réforme. Ce nouvel organigramme représentait un retour en arrière, un « avant 2008 », qui ne favorisait pas un mandat de nature régionale. De plus, il était différent de celui qui était simultanément mis en œuvre par la RRS B.

« On m'a dit moi, que Rino a fait des changements organisationnels qui ont eu pour effet de diminuer un peu les effets positifs de la réorganisation. Qui étaient : on est un système intégré, et là, maintenant, lui, il a créé quatre zones, qui sont les vieilles régies. Puis, on me dit que la compétition et le manque de travail ensemble a commencé à augmenter entre les quatre anciennes régies. Alors, ça c'est quelque chose que j'ai entendu. Rino a fait du beau travail du côté fiscal : faire des coupures, mettre la régie sur bon pied fiscal. Mais on me dit qu'il a créé une nouvelle organisation qu'il va être difficile "by the way" de reprendre. » ÉTAT-21

« Donc, ça été un peu une évolution, qui je dois l'admettre, a surpris beaucoup de gens dans la province. Parce que la perception de l'extérieur c'était qu'on revenait un peu à avant 2008, avant la réforme. Sans dire que le chef des opérations, à toutes fins pratiques, avait le même rôle qu'un PDG de régie avant, des choses comme ça. M. Volpé n'a jamais cru bon d'expliquer publiquement le pourquoi de cette nouvelle orientation. » CADRE-26

« Toutefois, je pense que les hôpitaux du Réseau Horizon sont beaucoup plus [...] comment pourrais-je dire ? Ils ont beaucoup moins d'autonomie que ceux de Vitalité. Du fait que [...] à cause du CHU. Également à cause du passage de Rino Volpé. Il s'est rendu compte que ce sont des gros bateaux et qu'on a besoin d'une certaine gestion locale pour régler des problèmes ponctuels. Donc, je pense que nos voisins d'à côté, à Moncton City sont un peu envieux de la manière que ça fonctionne ici parce qu'on a un petit plus de capacités décisionnelles locales. Je pense que c'est pas mal une des raisons pour

lesquelles Rino Volpé a été mis à la porte. Parce que ce n'est pas du tout le mode de fonctionnement que le Ministère de la Santé envisageait. Eux autres, aimerait bien un système où les hôpitaux ont peu ou voire pas de processus décisionnel. » MÉDECIN-19

L'enjeu des besoins en santé de la population francophone et acadienne est toujours présent, malgré la distinction officielle des RRS sur une base linguistique

Des acteurs associés à l'HDGLD, dont l'enjeu connu était les besoins en santé de la population francophone et acadienne, continuaient à influencer les dynamiques relationnelles au sein de la RRS A. À la suite de la désignation de l'HDGLD comme un CHU – un événement, qui selon l'équipe stratégique, venait confirmer le rôle de cet hôpital dans la prestation de services spécialisés et surspécialisés, la formation de médecins et de professionnels de la santé, et enfin, l'avancement de la recherche en santé en français au NB²²² – ESF continuait à user de certaines tactiques pour arriver à ses fins. Parmi celles-ci, nous notons que l'organisme avait canalisé ses efforts pour « mettre de la pression » sur l'État afin qu'il respecte l'entente quant au plan quinquennal de rattrapage des soins de santé entre les deux RRS²²³. Par l'entremise des médias francophones, ESF continuait à mobiliser les citoyens derrière sa cause. D'ailleurs, au niveau des effets symboliques, durant la période des fêtes de Noël 2012, le quotidien *L'Acadie Nouvelle* récompensait la persévérance du Dr Dupuis (qui avait « convaincu le gouvernement provincial de la nécessité d'un plan de rattrapage en santé pour les francophones ») en le désignait « Personnalité de l'année 2012 »²²⁴.

Une autre des manoeuvres de ce même groupe d'acteurs associés à la RRS A était lié à la communication, en particulier, à la publication constante de communiqués et de mémoires, qui peut être envisagée comme un « sermon » visant à persuader (Vedung, 1998). En guise d'exemple, ESF publiait un mémoire dans le cadre du processus de la révision stratégique des programmes dans lequel il encourageait la communauté francophone à revendiquer ses droits (Égalité Santé en Français, 2015). Parmi les recommandations des auteurs figuraient l'abolition

²²² Se référer à l'article de Pedneault, Marjorie. (2010). « Le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont est né ». *L'Acadie Nouvelle*, 15 septembre, p.2.

²²³ Le lecteur peut lire l'article de Roy-Comeau, Mathieu. (2012). « Une très bonne journée pour les francophones ». *L'Acadie Nouvelle*, 5 octobre, p.3.

²²⁴ Roy-Comeau, Mathieu. (2012). « La persévérance de Hubert Dupuis récompensé ». *L'Acadie Nouvelle*, le 27 décembre, p.3.

du CSNB, de FNB et d'AmbulanceNB, et ceci, afin que les droits de la communauté francophone soient respectés (Égalité Santé en Français, 2015)²²⁵. Pour tenter de renflouer les coffres de l'État, ESF suggérait une augmentation de la TVH de 2% (de 13% à 15%). Enfin, durant cette même période, l'organisme se positionnait dans les médias francophones contre la fermeture d'hôpitaux en régions rurales, tout spécialement, contre le scénario du nouveau PDG de fermer 99 lits répartis dans les quatre zones (voir la plan des services cliniques Phase 1 ci-dessous)²²⁶.

Les stratégies du dirigeant actuel sont surtout axées sur l'enjeu des soins et services de santé primaires

À l'été 2015, Gilles Lanteigne devenait le sixième PDG, en incluant les postes par intérim, de la RRS A depuis sa création en 2008²²⁷. Dans le cadre de l'examen stratégique des programmes, l'État avait demandé à la RRS A d'examiner les répercussions possibles de quelques scénarios proposés sur l'organisation des soins, dont un en particulier qui incluait la fermeture de lits ou la diminution des services d'urgence²²⁸. La RRS A explorait ces scénarios et, en octobre 2015, elle présentait un plan de transformation et de modernisation des soins de santé axée sur les services de santé primaires ou, autrement dit, l'amélioration de la santé de la population. Ce « troisième scénario », qui visait « l'amorce d'un véritable virage ambulatoire et communautaire », en réinvestissant des économies de l'ordre de quelques millions de dollars, était donc acheminée au ministère de la Santé et constituait la toile de fond du Plan des

²²⁵ SRC Atlantique. (2015). « Égalité santé en français N.-B. souhaite une augmentation de la TVH », en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/03/10/004-egalite-sante-francais-finances-tvh.shtml>, consulté le 19 avril 2016.

²²⁶ Lire les articles suivants de Raiche-Nogue, Pascal. (2015). « Révision stratégique: le Dr Hubert Dupuis monte au front pour les hôpitaux ruraux ». *L'Acadie Nouvelle*, 4 février, p.4, ou « Lits d'hôpitaux: les changements ne rassurent pas ». *L'Acadie Nouvelle*, 25 novembre, p.15. Voir aussi SRC Acadie. (2015). « Fermeture de lits: le PDG de Vitalité n'a pas respecté la loi selon Égalité santé en français », 28 octobre, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/10/28/020-fermeture-lits-hopitaux-vitalite-loi-regie-egalite-sante-francais.shtml>, comme visité le 21 avril 2016.

²²⁷ Plus précisément, Rino Volpé, Joey Caissie et Andrée Robichaud ont été PDGs permanents de la RRS A tandis que Jean Castonguay a occupé le poste de PDG par intérim à deux reprises.

²²⁸ En effet, le ministère de la Santé proposait deux scénarios touchant trois établissements de santé en régions rurales (Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque, Hôpital Stella-Maris-de-Kent et Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin) (Réseau de santé Vitalité, 2015). Ces scénarios étaient les suivants : 1) la fermeture de lits, la diminution des services d'urgence et la réduction des services diagnostiques; et 2) la transformation des lits de courte durée en lits de longue durée, la diminution des services d'urgence et la réduction des services diagnostiques (Réseau de santé Vitalité, 2015).

services cliniques de la RRS A adopté peu après par son CA (Réseau de santé Vitalité, 2015, p. 6)²²⁹. L'encadré 11 reprend quelques éléments clés du plan de services cliniques de la RRS A présenté au public vers la fin 2015 (Réseau de santé Vitalité, 2015). La RRS A prévoyait réaliser la phase I de son Plan des services cliniques dans une période de 12 à 18 mois. En 2016, la phase II du plan intégrerait les orientations et pistes d'actions concernant les soins spécialisés et surspécialisés, et celles relatives à la recherche et à l'enseignement (Réseau de santé Vitalité, 2015).

Encadré 11 : Plan des services cliniques Phase 1 : Développement des services de santé primaires

Éléments clés	Description
Vision	« un réseau de services hiérarchisés axé sur les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires, de même que sur les soins et les services à domicile » (p.6)
Axes d'action visant à améliorer la performance	1) intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation 2) une meilleure gestion des épisodes de soins hospitaliers
Pistes « d'optimisation »	1) Optimiser le PEM, les services ambulatoires, les services communautaires ; et 2) Optimiser la gestion des épisodes de soins hospitaliers et les continuums de soins et services
Cible en matière de fermeture de lits hospitaliers	Diminution de 99 lits au sein de la RRS A. (Des analyses de l'organisation montraient que le nombre de lits de soins aigus « évitables » ou « mal utilisés » variait entre 177 et 216 lits.)
Ampleur des économies	Économies de l'ordre de 9,8 millions de dollars, dont 4,7 millions de dollars réinvestis dans les services de santé primaire.

Par ailleurs, vers la fin de 2015, un poste de VP aux ressources humaines était rajouté à la structure organisationnelle de la RRS A²³⁰. La création de ce poste laissait supposer un désir de la RRS A de se tourner vers une approche régionale, compatible avec l'atteinte de ses objectifs

²²⁹ Réseau de santé Vitalité. (2015). « Le Conseil d'administration approuve le Plan des services cliniques du Réseau ». En ligne : <http://www.vitalitenb.ca/fr/nouvelles/le-conseil-dadministration-approuve-le-plan-des-services-cliniques-du-reseau>, comme visité le 21 avril 2016.

²³⁰ Se référer à l'article de Delattre, Simon. (2015). « La création d'un poste de Vice-président divise ». *L'Acadie Nouvelle*, 7 octobre, p.10.

relatifs aux soins de santé primaires et à la performance. L'équipe de la haute direction laissait entendre qu'une réforme de la structure administrative était imminente²³¹.

« Ça fait que... et tu vas en entendre beaucoup parler. Le Réseau (*RRS A*) est en train de travailler à mettre sur pied une structure organisationnelle qui est encore va être beaucoup plus 'réseau'. Beaucoup, beaucoup plus 'réseau'. Un continuum de soins, ça veut dire qu'il n'y aurait plus de directeur de zone. Ça fait réagir grandement toute l'organisation. » DIRIGEANT-34

Tandis que des répondants affirment que le nouveau PDG souhaitait que le modèle administratif de cette organisation soit davantage axé sur le travail en « réseau », d'autres soutiennent que le temps n'avait pas permis de valider l'efficacité de la structure organisationnelle instaurée préalablement par Volpé, au sein de laquelle les quatre CDOs assumaient des responsabilités « régionales » de VP. En ce qui concerne l'ajout du poste de VP aux ressources humaines, des répondants rappellent le congédiement par Volpé en 2014 d'une personne occupant ce poste. Cette dernière, qui avait contesté son renvoi, gagnait sa cause devant l'arbitre des relations du travail, ce qui « forçait » en quelque sorte sa réintégration à un poste de VP au sein du RSV²³². Cette réinsertion à la haute direction de l'organisation, qui était rapportée dans les médias francophones de la province²³³, cadrerait bien avec l'idée de créer une fonction « centralisée et coordonnée » au niveau des ressources humaines (DIRIGEANT-23).

Réflexion autour des enjeux et stratégies de la RRS A

Cette section nous a permis de constater que les enjeux de la RRS A pendant cette dernière phase de la réforme étaient en continuité avec la précédente. Toutefois, nous avons vu

²³¹ En février 2016, le PDG présentait la nouvelle structure de la RRS A qui comptait six postes de VP (services cliniques; services communautaires et santé mentale; services de consultation externe et services professionnels; services médicaux, formation médicale et recherche; performance, qualité et services généraux; et enfin, ressources humaines). Le lecteur qui désire en savoir plus sur cette restructuration peut se référer à l'article suivant : Radio-Canada, Ici Acadie. (2016). « Le Réseau de santé Vitalité présente une nouvelle structure allégée », en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/763671/reseau-sante-vitalite-presentation-nouvelle-structure-organisationnelle>, comme visité le 20 juin 2017.

²³² Le lecteur peut lire : Duval, Gilles. (2016). « Réseau Vitalité : un cadre congédié, payé pendant 13 mois, et réembauché ». *L'Acadie Nouvelle*, 6 janvier, p.8.

²³³ Se référer à Radio-Canada, Ici Acadie. « Réseau de santé Vitalité : un haut dirigeant congédié a reçu son plein salaire pendant 13 mois », en ligne : <http://nouveau.eureka.cc/Search/ResultMobile/4>, comme visité le 20 juin 2017.

également qu'ils variaient quelque peu selon la vision des dirigeants et le contexte évolutif de l'organisation. À mi-chemin durant cette étape, un PDG arrivait directement d'un comité sectoriel créé par l'État ayant pour finalité l'amélioration de l'efficacité du système de santé en vue d'en assurer sa viabilité. Dans cette même logique, ce dirigeant intensifiait les efforts afin d'améliorer la performance de l'organisation (par exemple, il modifiait la structure). Vers la fin de cette étape, un dernier PDG poursuivait dans cette même veine, et proposait certaines actions, incluant la fermeture de lits d'hôpitaux, visant à produire des économies d'échelle. Selon l'équipe de direction de la RRS A, ces actions visaient plus que l'amélioration de l'efficacité, puisqu'elles avaient comme objectif principal « une transformation en profondeur des soins axée vers les services de santé primaires », au final, elle se rapportait à l'amélioration de la santé de la population²³⁴.

5.3.3 Le contexte de la RRS B

L'enjeu de certains médecins de la région de Saint John ayant trait au contrôle sur leur pratique est toujours présent

En début de cette troisième phase de la réforme, le PDG de la RRS B affirmait dans un quotidien anglophone de la province qu'il existait toujours de la compétition entre les établissements hospitaliers spécialisés de Moncton, Saint John et Fredericton²³⁵. Durant cette période, des médecins de l'HRSJ faisaient la une des journaux anglophones, car ils déploraient le fait qu'ils n'avaient plus de contrôle sur leurs décisions. Dans le quotidien provincial *Times & Transcript*, une chirurgienne de cet établissement hospitalier, qui était également présidente de la « Saint John medical staff organization », exprimait son désaccord face au lieu du siège social de la RRS B, c'est-à-dire à Miramichi²³⁶. Somme toute, l'insatisfaction principale des

²³⁴ Les détails concernant cette « transformation et modernisation » du système de santé sont offerts dans les documents suivants : Réseau de santé Vitalité. (2015). « Plan des services cliniques Phase 1 : Développement des services de santé primaires. »; Réseau de santé Vitalité. (2015). « Transformation et modernisation du système de santé : un regard vers l'avenir; et Réseau de santé Vitalité. (2017). « En route vers la modernisation et la transformation du système de santé Plan stratégique 2017-2020. »

²³⁵ Voir l'article de Berry, Shawn. (2011). « Health network has broken its silos: CEO Streamlining Official admits there are still competing interests between three biggest cities ». *Telegraph-Journal*, 11 février, p. A3.

²³⁶ Lire le texte de Morris, Chris. (2011). « N.B. gov't to allow health authority elections - Physicians and specialists to meet with Horizon officials tonight ». *Times & Transcript*, 15 mars, p. C3.

médecins de l’HRSJ provenait du délai d’attente « inacceptable » pour les chirurgies. Ainsi, des spécialistes de l’organisation partageaient un message particulier dans les médias, soit que la réduction de leur accès au bloc opératoire allait avoir un impact sur le maintien de leurs habiletés et sur la rétention des jeunes chirurgiens dans la province²³⁷. Un journaliste du *Times & Transcript* affirmait que les patients de l’hôpital partageaient leurs histoires « d’horreur » quant aux longues listes d’attente pour une chirurgie²³⁸. En mars 2011, la haute direction de la RRS B acceptait de rencontrer un groupe de chirurgiens dans le cadre d’une réunion spéciale concernant le manque de ressources dans les salles d’urgence de l’hôpital²³⁹. L’État prenait en compte les dynamiques particulières au sein de l’HRSJ, tout en affirmant que le problème devait être réglé au niveau de la RRS B²⁴⁰.

Des actions entreprises par la RRS B axées sur l’enjeu de l’amélioration de la performance

Durant cette étape du changement, l’organisation acceptait de participer au Processus d’excellence du rendement (PER) mis en branle par l’État. Ce programme, qui visait à améliorer la performance, comprenait diverses actions, par exemple, l’utilisation d’un tableau de bord équilibré, d’un schéma stratégique et d’un plan d’amélioration du processus Six Sigma (Réseau de santé Horizon, 2013a). Au début de l’année 2013, comme il en était question du côté de la RRS A, le coprésident du SRSS, John McGarry, était nommé PDG de la RRS B²⁴¹. McGarry devenait le deuxième dirigeant de la RRS B, et le serait toujours à la fin de cette troisième phase de la réforme. À ce moment, la RRS B avait comme objectif principal d’aligner les coûts des soins de santé à la moyenne nationale d’ici 2017, c’est-à-dire de réaliser

²³⁷ À cette période, plusieurs articles des médias écrits anglophones traitaient du mécontentement des médecins de cet hôpital. Le lecteur peut lire les textes de Weston, Greg. (2011). « Surgeon takes aim at health system Resources Young doctors won't stay in province, says Lalonde ». *Telegraph-Journal*, 18 février, p. A1 de Weston, Greg. (2011). « 'We can't keep new, young surgeons,' says Port City doc Health Veteran physician says limited access to operating room is affecting morale at Saint John Regional Hospital ». *Telegraph-Journal*, 18 février, p. A1 ou de CBC News. (2011). « Surgical waiting times unacceptable: doctor », 9 mars, en ligne : <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/surgical-waiting-times-unacceptable-doctor-1.997965>, comme visité le 6 mai 2016.

²³⁸ Lire Morris, Chris. (2011). « Tories to restore system Health care Minister says government will reinstate elected representation to province's two regional health authorities ». *Telegraph-Journal*, 15 mars, p. A1.

²³⁹ *Ibid.*

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ Le SRSS, créé en avril 2012 par le gouvernement Alward afin d’améliorer la performance du système de santé, est expliqué plus en détail dans la section traitant du contexte et des enjeux de l’État pendant cette phase de la réforme.

des économies de 167 millions de dollars (Réseau de santé Horizon, 2013a). Autrement dit, le travail de McGarry au sein du comité sectoriel lui permettrait de développer au sein de la RRS B « une culture axée sur les patients et sur l'excellence du rendement » (Réseau de santé Horizon, 2013b, p. 13).

Afin de réaliser des économies dans les services administratifs, et aussi, de se concentrer sur la standardisation des processus et procédures, des changements significatifs étaient apportés à la structure de l'organisation (Réseau de santé Horizon, 2013b). Par conséquent, l'équipe des cadres supérieurs était réduite, c'est-à-dire que le nombre de VP passait de 11 à cinq²⁴². Dans les mois qui suivirent, une autre réorganisation des fonctions au sein de la haute direction menait à l'ajout d'un poste de VP des Services de qualité et de soins centrés sur le patient (p.22) (Réseau de santé Horizon, 2014). Une stratégie parallèle, dans l'optique notamment de simplifier l'administration de la RRS B, consistait en la réduction de 131 postes syndiqués, non syndiqués et de gestion administrative médicale dans l'ensemble de l'organisation en 2013 (Réseau de santé Horizon, 2014). À court terme, cette stratégie permettrait à la RRS B de diminuer ses dépenses et de trouver des solutions afin de régler ses défis financiers.

La RRS B présente un nouveau plan stratégique dans lequel elle reprend le discours de l'État

En janvier 2015, la RRS B présentait son deuxième plan stratégique (2015-2020). On rappelait au lecteur, en introduction, que les soins de santé coûtaient cher à la province et qu'il était nécessaire d'utiliser « l'argent de manière plus efficace et efficiente » (Réseau de santé Horizon, 2015, p. 5). La première priorité stratégique, qui jetait les bases pour les autres et qui était la raison d'être de la RRS B, concernait la prestation de soins axés sur les besoins des patients et de leur famille (Réseau de santé Horizon, 2015). Afin d'y parvenir, l'organisation allait notamment créer sept centres d'expertise dans les secteurs suivants, qui participeraient

²⁴² Il faut expliquer que la structure de l'organisation avait subi des changements alors que Peters en était le PDG. Ainsi, les postes de directeurs généraux d'établissements hospitaliers (cinq) n'existaient plus en 2012-2013. Pour plus de détails sur cette restructuration de la haute direction de la RRS B en février 2013, le lecteur peut se référer à l'article de Huras, Adam. (2013). « Horizon network reforms management team ? Restructuring at Vitalité Health Network expected to be announced soon », *Times & Transcript*, 22 février, p. A8.

aux activités de recherche et d'innovation : vieillissement et soins aux aînés, neurosciences, santé maternelle et infantile, soins coronariens, oncologie, néphrologie et réadaptation. L'encadré 12 met en lumière les grandes lignes du plan stratégique « Le Réseau de santé Horizon et ses partenaires : Vers un avenir plus sain pour le Nouveau-Brunswick » (Réseau de santé Horizon, 2015).

Encadré 12 : Intentions et priorités stratégiques de la RRS B en 2015 (Réseau de santé Horizon, 2015)

Intentions ou priorités stratégiques	Description
Mission	Aider les gens à vivre en santé.
Vision	Des soins exceptionnels pour tous, en tout temps.
Valeurs	Nous faisons preuve d'empathie, de compassion et de respect. Nous visons l'excellence. Nous sommes tous des leaders, mais nous travaillons en équipe. Nous agissons avec intégrité et nous sommes responsables.
Priorités stratégiques	1) Travailler avec les patients et les familles pour créer et soutenir un environnement de soins exceptionnel axé sur leurs besoins ; 2) Établir des centres d'expertise qui favorisent et mettent en pratique un solide leadership clinique, améliorent les résultats pour les patients et stimulent les activités de recherche ; 3) Réaffecter les ressources financières afin de répondre aux besoins de la population vieillissante ; 4) Garantir des occasions de partenariat pour améliorer les soins offerts aux citoyens de la province.

Des répondants soulignent des éléments importants qui méritent d'être brièvement rapportés quant au dévoilement de ce plan stratégique. Selon eux, la présentation de ce deuxième plan stratégique prouvait en quelque sorte que la RRS B « s'était sortie des blocs de démarrage » plus rapidement que la RRS A. Ainsi, différents facteurs, comme les capacités en matière de ressources humaines et d'expertise, les changements fréquents à la structure ainsi que l'orientation donnée à l'organisation, avaient mis un frein à la réalisation d'un diagnostic stratégique du côté de la RRS A. D'autres répondants affirment que les acteurs associés à la RRS B restaient « trop ancrés » sur les soins de santé et qu'ils ne prenaient pas en compte les données probantes concernant les soins et services de santé primaires. Enfin, des répondants suggèrent que ce plan stratégique visait essentiellement la transformation d'hôpitaux en milieu

ruraux en centres de santé sans lits réservés à l'hospitalisation, c'est-à-dire que sa principale visée était la conversion de lits hospitaliers en lits de foyers de soins.

« Je dirais que le réseau Horizon a évolué à la première phase beaucoup plus rapidement que Vitalité, il y a eu de la stabilité, ils ont eu une certaine expérience, une expertise, des compétences que Vitalité, à cause de beaucoup de changements au niveau de la direction et au niveau des orientations. Horizon avait aussi une certaine économie d'échelle, une géographie qui était absolument différente et comment dire ? Une perception d'avoir des ressources distribuées très différemment. Nous, la différence, sauf Moncton, c'est qu'on n'a pas beaucoup d'urbains. Ce sont des populations en décroissance, sauf pour ici. Là-bas, c'est en croissance, plus riche. De telle sorte qu'on se retrouve aujourd'hui pris dans une situation où on doit apporter de gros changements et là-dessus Horizon est un peu plus vite. Leur leadership a été plus "impliqué", il a fait beaucoup de choses, il avait déjà une bonne expertise. C'est comme s'ils (*RRS B*) s'étaient sortis des blocs de démarrage plus rapidement que Vitalité [...] Horizon s'est doté d'un plan stratégique pour l'organisation et Vitalité n'a pas encore de planification stratégique, mais ils (*RRS A*), n'ont pas vu immédiatement l'importance, ils n'ont pas eu la capacité de faire une planification stratégique. » DIRIGEANT-33

« I think that was a time of contraction and a lack of engagement by Vitalité and I think that it did some disservice to the patients in that health network. I think Horizon, we've seen a greater coalescence around vision and having a network wide strategic plan and being more patient centered, being less affected, not exclusively, but less affected by political will and political expediency. » REGROUPEMENT PROFESSIONNELS-2

« You've studied public health, you know that there are opportunities. But you know, if we leave other gaps, those investments are all going to *sens for not*. They'll have some impacts, but they won't have their optimal impact. And I feel that we can't afford to do anything but everything we can to ensure we are getting optimal outcomes for our investments in NB right now, because the situation is so grave on so many levels. If I look at what is coming out of the Horizon Health Network, with their strategic planning, they merely look at the evidence and what they need to do. It is clear to me that they have decided on their own, not through policy direction, but that what they are doing is unsustainable, and they just will never, though, they have to. » REGROUPEMENTPROFESSIONNELS-35

« C'est sûr que quand tu changes de PDG souvent comme ça tu n'as pas la stabilité. Tu as un PDG qui est à long terme, il a sa vision, il y va, mais quand tu changes souvent [...] C'est sûr que ça a eu un impact. Comme je te dis, en termes de développement [...] Bien on le voit, les régies travaillent un peu sur leurs plans, puis c'est encore comme [...] Rino Volpé était là, puis il est parti. Il y a des affaires qu'Horizon serait prêt à faire et bien Vitalité n'est pas là tout à fait. Ça s'en vient, on ne parle pas de 10 ans, mais des petits décalages. Je dirais qu'il y a encore dans certaines circonstances des choses qui ne sont pas tout à fait au même niveau. » ÉTAT-8

Les enjeux de la RRS B en bref

Les principaux enjeux de la RRS B sont ceux d'efficience et d'accès et de coordination des soins, et ils sont en continuité avec la phase précédente de la réforme. Nous constatons que deux dirigeants seulement se sont partagé le poste de PDG de la RRS B, ce qui procurait un effet de stabilité chez les acteurs associés à cette organisation de santé. Comparativement à la RRS A, cette constance en matière de structure organisationnelle et de vision constituait un des éléments qui faisait en sorte que la RRS B pouvait réellement envisager son orientation à plus long terme. En effet, en matière de stratégie, les acteurs concernés de la RRS B souhaitent modifier la configuration des services de santé afin de trouver des économies et d'éventuellement les réinvestir en fonction de la population vieillissante. Bref, en dépit d'une certaine continuité au niveau de la direction de l'organisation, nous voyons un peu plus loin que les deux RRS se situent sensiblement au même endroit en 2015 en ce qui concerne l'atteinte de données probantes relativement à l'accès et à la coordination des soins.

5.3.4 Le contexte du CSNB

L'enjeu de la participation citoyenne et des actions concordantes qui viennent se concrétiser

En mars 2010, le CSNB avait amorcé un processus d'engagement auprès de plus de 300 citoyens dans la province (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010). Le CSNB avait pris les deux années suivant sa création pour réfléchir à ce premier dispositif de communication, afin qu'il soit « inclusif, interactif et transparent » (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2010, p. 17). Cette initiative d'engagement permettait au CSNB de recueillir de l'information provenant des participants relativement à ce qu'ils considéraient être un système de santé global axé sur les besoins des citoyens²⁴³. D'ailleurs, le CSNB (2010b) soulignait que l'engagement des citoyens comportait une obligation double, soit celle de donner la parole aux citoyens de la province, et aussi, celle de s'inspirer des résultats obtenus dans le cadre de ce type de dialogue pour produire des données et formuler ses

²⁴³ Un article publié dans *Le Moniteur Acadien (Shédiac, NB)*, le 17 novembre 2010, « Publication de "Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions." » traitait de ce processus d'engagement du CSNB.

recommandations. À la suite de cette première initiative d'engagement, le CSNB allait en proposer quelques autres qui auraient notamment pour thèmes la viabilité du système de santé ainsi que la santé et le bien-être. L'adoption de ces dispositifs de mise en relation allait de pair avec l'ouverture récente de l'État à l'égard de la mobilisation d'instruments visant à créer des structures pour permettre aux acteurs d'interagir autour d'objectifs communs (Lascoumes, 1996).

Les enjeux de performance, d'accès et de coordination des soins et la production de données pour alimenter les réflexions

Afin d'améliorer la performance du système de santé et l'accès et la coordination des soins, le CSNB continuaient à publier des données probantes sur la santé de la population, la qualité des soins et la viabilité du système de santé. Selon le CSNB (2011a), les diverses publications servaient à mieux informer les citoyens pour influencer positivement le discours public concernant l'évolution du système de santé, à offrir des outils aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent apprécier les résultats de leurs efforts et à améliorer l'accès aux informations de qualité utiles aux décideurs. En 2010, la publication des rapports sur la santé de la population destinés au public était d'ailleurs reconnue par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011a).

« Et puis à mon avis c'est absolument nécessaire (*le CSNB*), je pense que ça reste un des grands succès de la réforme. Dès son installation, ça a marché le CSNB, parce que ça s'est activé très rapidement à produire des données et des rapports. Ça donne un beau "snapshot" de qu'est-ce qui se passe dans le système. Ensuite, qu'est-ce qui arrive après ça ce n'est pas leur responsabilité, mais malheureusement il n'y a pas beaucoup de recommandations qui sont mises sur des actions. Encore, à cause du rôle que joue la politique. » FORMATION PROFESSIONNELS-5

Durant cette phase de la réforme, le CSNB allait donc continuer à fournir des données probantes, ce qui allait contribuer à accroître leur demande auprès des parties prenantes (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2012). Par exemple, le CSNB rendait

régulièrement publics les résultats de la santé de la population du NB, en comparant l'état de santé des citoyens de chacune des régions de la province ou avec celle du reste du Canada²⁴⁴. À la fin de cette dernière phase de la réforme, le CSNB avait publié un total de cinq fiches annuelles de rendement du système de santé, dans lesquelles la qualité des soins était évaluée selon les six dimensions retenues. Ces fiches de rendement étaient mises à jour au fil de l'évolution de l'organisation des soins et le nombre d'indicateurs permettant de mesurer les diverses dimensions de la qualité passait d'environ 50 en 2010 à plus de 140 en 2014 (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2014)²⁴⁵. Nous utilisons d'ailleurs la fiche de rendement partagé par le CSNB un peu plus loin dans cette section pour évaluer l'impact de la réforme lancée en 2008 sur l'organisation des soins.

Le CSNB en tant qu'instrument de gouverne

Nous avons déjà discuté de l'idée que le CSNB pouvait lui-même être considéré comme un instrument de gouverne. En effet, l'État, en 2008, avait créé cette agence « indépendante » qui mobiliserait des ressources informationnelles (communication, participation, transparence), afin d'agir sur les administrés et de leur offrir des standards utiles à l'action (Hood, 1986). Conséquemment, le CSNB générait des informations « neutres » qui étaient pertinentes pour l'État dans ses prises de décision. En guise d'exemple concret de ce rôle particulier joué par le CSNB, nous désirons mettre en lumière un rapport qu'il publiait en 2011, dans lequel des recommandations étaient destinées directement à la ministre de la Santé. Ces suggestions visaient un virage vers un système de soins de santé « planifié, intégré et axé sur les besoins des citoyens » (CSNB, 2010b, p.5). Dans ce document, le CSNB soulignait notamment que le rôle de planification du système de santé revenait au ministère de la Santé, et qu'un système de santé axé sur les besoins des citoyens pouvait voir le jour si les résultats souhaités étaient

²⁴⁴ Le CSNB mesurait la santé de la population de sept régions (ou zones) : Région de Moncton et du Sud-Est (Zone 1), Région de Fundy et de Saint John (Zone 2), Région de Fredericton et de la vallée (Zone 3), Région de Madawaska et du Nord-Ouest (Zone 4), Région de Restigouche (Zone 5), Région de Bathurst et de la Péninsule acadienne (Zone 6) et Région de Miramichi (Zone 7).

Les priorités identifiées en santé populationnelle par le CSNB étaient : le poids santé, l'hypertension artérielle, la santé mentale, les blessures accidentelles et le tabac (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2016).

²⁴⁵ Il semble pertinent de rappeler que les six dimensions de la qualité mesurées par le CSNB, soit l'accessibilité, l'équité, la justesse, la sécurité, le rendement et l'efficacité, sont celles qui définissent la qualité des services de santé dans la *Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé*.

mesurés et si des indicateurs clés permettant de monitorer le progrès étaient mis à profit. En somme, un système axé sur les besoins des citoyens signifiait que : son but premier était d'améliorer la santé de la population, il était axé sur l'engagement des citoyens, les soins offerts étaient de très haute qualité, la transition des citoyens se faisait « sans heurts » et les organisations fonctionnaient dans un système intégré (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2011b). L'encadré 13 expose les principales recommandations du CSNB destinées à la ministre de la Santé quant à la planification et à la viabilité du système de santé.

Encadré 13 : Éléments clés nécessaires à la planification des soins et des services de santé et recommandations pour assurer la viabilité du système de santé (CSNB, 2011b)²⁴⁶

Éléments nécessaires à une planification réussie	Description
1. Engagement et alignement au plan provincial de la santé	Mettre à jour lorsque nécessaire le plan stratégique (plan provincial) du ministère de la Santé.
2. Établissement d'un inventaire complet des programmes et services en santé offerts à la grandeur de la province	Évaluer les programmes et services afin de déterminer s'ils répondent aux besoins des citoyens. Établir des normes de qualité pour effectuer cette évaluation.
3. Précision des rôles et des responsabilités des différentes organisations composant le système de santé	S'interroger sur les éléments suivants : Faut-il gérer les programmes et services ou se concentrer sur ses efforts de planification, de financement et de suivis des activités? Quel rôle joue les RRS dans le processus de planification? Pourquoi les RRS développent-elles des plans stratégiques individuels?
4. Réalisation d'une planification à long terme	Mettre en œuvre une approche pluriannuelle qui tient en compte les tendances démographiques et les résultats de santé. Impliquer d'autres ministères, comme celui des Finances, dans la planification à long terme.
5. Une meilleure planification au niveau des RRS	Offrir des lignes directrices aux RRS afin qu'elles puissent élaborer leur plan annuel de manière efficace. Préciser les priorités et objectifs spécifiques ainsi qu'un cadre redditionnel qui facilite l'évaluation du rendement, comme il est inscrit dans la <i>Loi</i> .
Recommandations pour assurer la viabilité du système de santé	Description
« Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, prend des mesures pour développer, au cours de la prochaine année, un plan de services de santé provincial pluriannuel complet et intégré. »	Éléments à définir dans le plan : résultats mesurables en matière de santé, cibles mesurables en ce qui concerne l'étendue et le volume des services, normes de qualité des services, ressources humaines et financières nécessaires à l'atteinte des cibles de services et attribution linguistique et géographique des services et ressources.
« Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, examine l'organisation et la prestation des services de santé primaires dans la province dans le but d'utiliser les ressources humaines et financières existantes à leur plein potentiel. »	Cet examen sert à utiliser les ressources à leur plein potentiel et il vise également l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé primaires ainsi que leur intégration aux autres services, comme ceux hospitaliers.
« Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère de la Santé, s'assure de développer une stratégie concertée visant à améliorer la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la province. » ²⁴⁷	Cette stratégie doit mettre l'accent sur tous les déterminants de la santé et les premiers efforts doivent se concentrer sur les domaines suivants : amélioration de la tension artérielle, atteinte du poids santé, amélioration de la santé mentale et prévention des blessures accidentelles. Cette stratégie doit identifier l'organisation responsable de la coordination des travaux pour une mise en œuvre intégrée des interventions.

²⁴⁶ Les éléments présentés dans l'encadré 13 proviennent du document « Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens. Recommandations à la ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick » du CSNB (2011). Le document est accessible sur le site Web du CSNB : <http://www.csnb.ca/publications/rapports#.VzIHxaY2LZb>.

²⁴⁷ Il importe de souligner qu'à la suite de la publication du rapport, le CSNB acheminait une quatrième recommandation ayant trait à la viabilité du système de santé à la ministre de Santé. L'organisme suggérait qu'un groupe de travail soit créé avec le mandat « de définir ce qui doit être accompli quant à la viabilité de notre système de santé, de clarifier les rôles des organismes faisant partie du système, de développer un cadre de

Retour sur les actions du CSNB : elles influencent les dynamiques entre les acteurs clés du contexte pluraliste

Des répondants affirment que la relative indépendance du CSNB rendait l'organisation crédible et légitime aux yeux des acteurs concernés du système de santé. L'approche mobilisée par le CSNB était « engageante » et suscitait graduellement des relations de confiance entre les acteurs clés du contexte pluraliste. Ces répondants reviennent sur le rôle indéniable que l'organisme jouait relativement à la production de connaissances en matière de performance. L'information claire et pertinente menait peu à peu à un changement des comportements des principaux acteurs du contexte pluraliste, et vers la fin de cette période de la réforme, ceux-ci commençaient à appuyer leurs décisions sur des données probantes. Au regard des parties prenantes, le CSNB avait en quelque sorte permis de « démocratiser » le système de santé en offrant une place à part entière aux citoyens. D'autres commentaires des répondants laissent envisager que les stratégies adoptées par le CSNB bouleversaient les dynamiques en place entre les acteurs concernés du système de santé. Chaque année, les acteurs associés au CSNB produisaient des informations qui « dérangent » diverses parties prenantes. Certains suggèrent que l'arrivée de cet organisme autonome pouvait être perçue comme une menace pour l'appareil administratif gouvernemental, car les relations de pouvoir en étaient affectées.

« Il fait un travail intéressant (*le CSNB*) et produit de l'information et donne des analyses sur l'état de santé et sur l'accès aux soins de santé par la population et c'est indépendant des réseaux hospitaliers. C'est un travail qui doit être fait et je pense qu'il le fait bien [...] Puis il y a la communauté comme telle qui exprime plus clairement ses attentes, ses désirs et est en mesure d'identifier ses besoins de façon beaucoup plus volubile qu'anciennement surtout grâce au travail du Conseil de la Santé du NB. Alors, tout le monde a le potentiel d'exercer le rôle de leader. » DIRIGEANT-23

« Le Conseil de la Santé a sûrement été l'idée la plus brillante que le gouvernement a eue. Ils (*le gouvernement*) ont sûrement dû le regretter à plus d'une reprise parce qu'il est devenu au fil des ans, une, sinon « LA » référence en matière des données sur la santé et le mieux-être au NB. J'imagine que tu as consulté leur site web. Les profils communautaires qui ont été créés l'année dernière sont une mine d'or qui devrait servir à la planification. Nous, c'est notre dada. Nous autres, on prend les profils communautaires du Conseil de la Santé et on met ça sous notre bras. Quand on s'assoit avec les autorités de Santé, on n'a

référence en matière de viabilité et d'adresser le fait que nos gestionnaires doivent être équipés pour livrer des résultats différents » (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2012, p. 11).

pas besoin de chercher loin pour l'information parce qu'elle est là et très bien détaillée [...] » CITOYEN-22

« As far as the Health Council goes, at the end of the day, do they make a difference, no. In my opinion, I mean, all the information the Health Council produces with surveys and all the other stuff that they do. I could have hired UdeM, or UNB could have done the same thing. Why do you need a separate organization to produce data that already existed in the department of Health? All the stats that they give already existed. But, I think the government wanted them to sort of be at arm's length away from the control of the government, or so to speak. But, you know, be as honest as you could, do you really need it? No, I don't think so... I think the Health Council at the time was more politics, more for show than anything else. I don't think really that the Health Council has done anything to change health care in New Brunswick. Most provinces had got rid of them. » DIRIGEANT-28

5.3.5 Le contexte de FNB

Les stratégies de FNB axées sur l'enjeu d'économie de coûts sont influencées par la conduite d'autres acteurs clés du contexte pluraliste

En début de cette troisième phase de la réforme, FNB continuait à mettre en place des stratégies dans le but ultime de produire des économies d'échelle. Parmi celles-ci, il était question d'effectuer la transition de toutes les buanderies des établissements de santé de la province vers Fundy Linen, un organisme de la région de Saint John fusionné à FNB (FacilicorpNB, 2010)²⁴⁸. Une transition de 170 employés se terminait en avril 2012, tandis que la fermeture de buanderies de quatre autres hôpitaux (Moncton Hospital, CHU Dr-Georges-L.-Dumont, Hôpital régional Chaleur de Bathurst et Hôpital de Tracadie-Sheila) était imminente²⁴⁹. Ce regroupement des quatre buanderies était annoncé dans le cadre de l'exercice

²⁴⁸ La buanderie Fundy Linen Services Inc. était fusionnée à FNB le 1^{er} janvier 2010.

²⁴⁹ FacilicorpNB (2012). « INFOEVOLUTION. Le bulletin d'information de FacilicorpNB », printemps, vol. 4, (4), en ligne : http://facilicorpnb.ca/files/InfoEvolution_printemps2012.pdf, comme visité le 23 mai 2016. Le nombre de buanderies des hôpitaux de la province serait réduit de huit à quatre. Le linge du Moncton Hospital et du CHU Dr-Georges-L.-Dumont serait traité à la buanderie de Saint John (Fundy Linen). Le linge de l'Hôpital régional Chaleur (Bathurst) et de l'Hôpital de Tracadie-Sheila serait traité à la buanderie de l'Hôpital régional de Campbellton. Les buanderies d'Edmundston et de Fredericton demeureraient en activité.

entrepris par le SRSS, et représenterait une réduction éventuelle nette de 57 postes équivalents à temps plein et des économies annuelles de 2,4 millions de dollars²⁵⁰.

Durant la première phase de fermeture des buanderies, soit celle des installations du Moncton Hospital et de l'Hôpital de Tracadie-Sheila, des acteurs concernés par le système de santé se mobilisaient contre ce processus. En guise d'exemple, le conseil municipal de la ville Tracadie-Sheila se prononçait contre la fermeture de la buanderie de l'hôpital et une manifestation avait lieu en juillet 2013 afin de dénoncer cette décision²⁵¹. Pendant ce temps, d'autres regroupements d'acteurs étaient formés, comme ceux du Conseil des Syndicats hospitaliers du Nouveau-Brunswick et du Conseil des syndicats des foyers de soins du N-B, et ils s'exprimaient contre cette restructuration dans les environs des hôpitaux et des foyers de soins touchés ou devant les bureaux de certains élus²⁵². Cette mobilisation se soldait en une répercussion concrète sur la stratégie de FNB : la deuxième phase de fermeture des buanderies, celle du CHU Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital régional Chaleur de Bathurst, était reportée (FacilicorpNB, 2015).

Par ailleurs, certaines complications découlant d'une diminution de la productivité d'une buanderie en raison de l'augmentation importante du volume de linge reçue et à la livraison de blanchisseries dans des foyers de soins avaient eu un impact sur l'atteinte des cibles économiques de FNB²⁵³. Dans une note que FNB faisait parvenir au ministère de la Santé à

²⁵⁰ Nouveau-Brunswick, Santé, (2013). « RÉVISÉ / Renouvellement du système de santé du N.-B. : les partenaires prennent des mesures en vue d'assurer sa viabilité », Communiqué, en ligne : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2013.01.0057.html>, comme visité le 23 mai 2016.

²⁵¹ Se référer aux articles de DC (2013). « Tracadie-Sheila contre la fermeture des buanderies de l'hôpital », *L'Acadie Nouvelle*, 23 avril, p.11 et SRC Atlantique (2013). « Des manifestants dénoncent la fermeture de la buanderie de l'hôpital de Tracadie-Sheila », 15 juillet, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2013/07/15/008-manifestation.shtml>, comme visité le 23 mai 2016.

²⁵² Plusieurs articles de journaux francophones et anglophones traitaient du mécontentement provoqué par la fermeture des buanderies des quatre hôpitaux ainsi que des protestations y étant liées. Le lecteur peut lire par exemple Trevors, Jeremy. (2013). « Hospital laundry employees take to streets Health CUPE rep believes job cuts will be worse than expected », *Telegraph-Journal*, 22 juin, p. H1 ; Lewis, Eric. (2013). « Union protests cuts to hospital laundry », *Times & Transcript*, 2 novembre, p. A6 ou Toogood, Allison. (2013). « Changes to nursing home laundry services protested ? Nursing home workers upset with mandated, government-run laundry service », *Times & Transcript (Moncton)*, 4 juin, p. A3.

²⁵³ Ces informations proviennent de sections d'une note de breffage de FNB (2014) intitulée « Status of laundry transitions » et destinée au ministère de la Santé. Cette note caviardée faisait partie d'une nouvelle de SRC Atlantique (2015) « Centralisation des buanderies d'hôpital au N.-B. : pas autant d'économies que prévu », 4 février : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/02/04/001-centralisation-buanderies-hopitaux-nouveau->

l'été 2014, l'organisme indiquait qu'en raison des difficultés survenues lors de la première phase de la transition, les économies estimées de 1,7 million de dollars n'étaient pas atteintes²⁵⁴. Des répondants commentent l'opération « ratée » de la transition des buanderies des hôpitaux vers FNB, en questionnant la légitimité de l'organisation ou les ressources et compétences nécessaires au déploiement de cette stratégie, ou encore, en montrant comment les RRS se sentaient menacées par cette restructuration.

« Toute la question de la mise en place des buanderies, ç'a été un désastre. C'était un véritable désastre. Ils (*FNB*) n'étaient pas prêts à prendre la charge des buanderies. Ils ont sous-estimé les coûts, ils ont sous-estimé l'organisation que ça demandait et on a eu les difficultés qu'on a eues depuis la fermeture de certaines buanderies. »
ADMINISTRATEUR-19

« Tu peux faire dire pas mal n'importe quoi à de la comptabilité. Un moment donné, si tu entres dans les comptes généraux, tu vas dire oui on aura dépensé moins en frais de buanderie cette année que l'année passée. C'est comique qu'on ne puisse pas voir les dépenses en essence et du chauffeur du camion parce que c'est dans une autre catégorie de dépenses. Ç'a coûté moins cher laver des guenilles parce qu'on les lave toutes à la même place, mais : est-ce que ça coûté moins cher ? Là quand le monde a commencé à faire des analyses. D'abord, comme tu te rends compte l'information n'est pas facilement accessible. » CITOYEN-22

« It took [...] Facilicorp [...] It took Horizon and Vitalité longer that I wanted or hoped that it would them to understand the role of Facilicorp. Because Facilicorp... let's say for instance the laundry... they were still holding on to do their own laundry. It's time to let it go... With those things that I feel that are more... not clinical care, I felt that those could of moved a little quicker than what they did. » ÉTAT-14

brunswick-pas-autant-economies.shtml, comme visité le 24 mai 2016. Le lecteur peut également lire : SRC Atlantique (2015). « Centralisation des buanderies d'hôpital au N.-B. : pas autant d'économies que prévu », 4 février, en ligne : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/02/04/001-centralisation-buanderies-hopitaux-nouveau-brunswick-pas-autant-economies.shtml>, comme visité le 24 mai 2016.

²⁵⁴ Se référer à la note de breffage accessible sur le site de SRC Atlantique : <http://ici.radio-canada.ca/regions/atlantique/2015/02/04/001-centralisation-buanderies-hopitaux-nouveau-brunswick-pas-autant-economies.shtml>, comme visité le 24 mai 2016.

L'enjeu des soins de santé en français – FNB est perçue symboliquement comme une « entreprise anglophone » – a des effets significatifs sur le développement de l'organisme

Nous avons déjà expliqué dans une autre section de quelle façon le lieu du siège social de FNB, soit dans la « ville anglophone » de Saint John, avait poussé certains acteurs associés à la RRS A à se mobiliser. D'ailleurs, dans le rapport du consultant externe qui avait été remis plus tôt au gouvernement Graham, le lecteur apprenait que la présence de la RRS A au sein de la structure de gouvernance de FNB allait atténuer plusieurs craintes à l'égard des enjeux linguistiques (LeBlanc, 2010). C'est donc à la suite des changements annoncés par ce gouvernement que la structure de gouvernance de FNB était modifiée à l'automne 2011 afin d'y inclure des représentants des deux RRS. Dorénavant, les deux PDG des RRS faisaient partie du CA de l'organisation et participaient aux processus de planification, de prises de décision et de budgétisation (FacilicorpNB, 2012)²⁵⁵.

Des répondants affirment que ce changement à la gouvernance de FNB a eu des répercussions sur son évolution. D'autres suggèrent même qu'il a carrément mené à sa perte : « ce changement à la structure d'actionnariat, ça voulait dire la mort certaine de FNB » (DIRIGEANT-23). Enfin, aux yeux de certains répondants, les modifications apportées à la composition du CA de FNB allaient faire en sorte que l'organisme, qui appliquait jusque-là des pratiques associées du secteur privé, ne serait plus en mesure de le faire, car il perdrait son autonomie décisionnelle et la prise de décisions serait influencée par les jeux politiques.

« So, at the very beginning we had much more of a private board that we did at the end. Although we had government involvement, the whole idea was to have the board acting in a very business manner. So, based not on politics, not bureaucracy, but based on good business judgement, good return on investments, good business cases. So, the majority of the board were off of the private sector [...] I think during one of the changes we shifted from a business board to a more public centered board and that really [...] There were two things about that, one of the things that was really compelling for me at the very beginning was that we talked about the money that we saved, that we had reinvested in

²⁵⁵ Comme il a été expliqué dans la section traitant de la phase précédente de la réforme (2008-2010), le gouvernement Graham avait annoncé en avril 2010 quelques changements au système de santé de la province, dont certaines modifications qui allaient toucher la gouvernance et la stratégie de FNB. D'une part, le mandat de FNB était modifié afin que l'organisme communique avec les RRS dans la langue de leur choix. D'autre part, le gouvernement modifiait la structure des actionnaires de FNB afin d'y inclure des représentants des deux RRS.

transformation. So, a lot of us that were private members on the Board were really excited by that prospect, we would be able to put some really different kind of tools in place for the system that could help everyone to work better together and during a couple of iterations of the legal entity, a lot of our autonomy was brought back and all of the savings went back into the treasury, if you will, and they decided. During that process, even at the very early days, we were trying to figure out, yes some of it was transformation, but some of it has to go back into our partners who were helping us save money, that was the RHAs, we were trying to figure that equation out and it really flipped to, the treasury took it and they put the money back in, it became much more of an evolve back into less of a private sector board, the RHAs were more [...] the CEOs became board members instead of representatives, more government involvement and [...] » ADMINISTRATEUR-9

Réflexions sur l'évolution de FNB

En mai 2015, après sept ans d'existence, FNB disparaissait du système de santé de la province. En effet, le ministre de la Santé annonçait que FNB était consolidé dans une nouvelle société de la Couronne, *Service Nouveau-Brunswick*, qui allait gérer les services partagés²⁵⁶. Nous notons de l'ambivalence dans les propos des répondants quant au rôle joué par FNB à l'égard de la gestion des services non cliniques, comme les buanderies des hôpitaux. Des expressions comme « complexifie les choses », « beaucoup de détracteurs de FNB », « pas les compétences en gestion de changement », « créé trop rapidement » revenaient souvent lorsqu'ils décrivaient les actions et l'histoire de l'organisation. En matière d'effet symbolique, l'évolution de FNB était influencée par des éléments du contexte systémique du système de santé associés à la dualité linguistique. Plusieurs répondants ont d'ailleurs constaté que les acteurs associés à la RRS A ont eu du mal à accepter cette « entreprise anglophone ». L'adaptation de l'État aux enjeux des acteurs de la gouverne expliquée plus tôt s'était soldée par un changement substantiel par rapport à la composition du CA de FNB. Ce changement à la gouvernance de l'organisation avait mené, selon certains, à « sa mort ». Relativement aux cibles économiques fixées par l'État, le seul fait que l'organisation disparaissait, laisse croire selon différents répondants qu'elles n'avaient pas été atteintes. Ils suggèrent qu'il est difficile de tirer des

²⁵⁶ En plus de FNB, la nouvelle agence combinerait les fonctions de Service Nouveau-Brunswick, de l'Agence des services internes du Nouveau-Brunswick et du ministère des Services gouvernementaux. D'autres informations sont mises à la disposition du lecteur dans le communiqué du Bureau du conseil exécutif du NB datant du 28 mai 2015 : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2015.05.0468.html>.

informations compréhensibles des rapports annuels de l'organisation quant aux économies de coûts engendrés par ses activités et aux sommes réinvesties dans le système de santé²⁵⁷. Une chose nous semble claire : la grande majorité des répondants partageaient la perception que la création de FNB n'avait pas été un succès.


5.3.6 Pilotage de cette dernière phase de la réforme par l'État : enjeux, stratégies et instruments

Notre principale observation découle de l'élément de constance relativement aux enjeux de l'État et aux stratégies adoptées, et ceci, depuis la première étape de la réforme (2006 à 2008). En effet, malgré les quelques changements de gouvernement, les enjeux des acteurs associés à l'État étaient surtout liés à la performance, à l'accès et à la coordination des soins et aux besoins en santé de la population francophone et acadienne. Le projet de ce groupe d'acteurs n'était pas mono-instrumental, puisqu'une source variée d'instruments était sélectionnée. Malgré tout, en matière de perceptions et d'expériences passées, l'État prenait en compte le processus d'adaptation du gouvernement Graham à l'enjeu de participation citoyenne des acteurs associés à la RRS A, et continuait à adopter des instruments visant la mobilisation des acteurs du contexte pluraliste sans contraintes directes (Ficet, 2016). Ce type d'instruments de nature relationnelle était plus légitime auprès des acteurs clés de la gouverne, et donc, les risques de contestation lors de son introduction, par le biais de manifestations par exemple, se trouvaient réduits (Le Bourhis & Lascoumes, 2014). Il faut dire également que d'autres ministères ou secteurs de politiques publiques expérimentaient avec un certain succès ce type d'instrument fondé sur la démocratie du public (Lascoumes & Le Galès, 2004), ce qui influençait l'État dans son utilisation à l'égard du pilotage de la réforme du système de santé. Les enjeux et stratégies de l'État pendant cette étape de la réforme (2010-2015), ainsi que les

²⁵⁷ Le ministre Murphy avait annoncé que l'État prévoyait avec la création de FNB réaliser des économies de l'ordre de 4,6 millions de dollars par année dans les trois premières années et de 19,4 millions de dollars annuellement dans les prochains cinq ans (Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 9 juin 2016). Dans le rapport annuel 2014-2015 de FNB, il est indiqué qu'un total de moins d'un million de dollars avait été investi dans les TI et T (FacilicorpNB, 2015).

instruments sélectionnés, sont regroupés dans le tableau XV. La flèche discontinue indique que la stratégie d'adoption du plan quinquennal sur la répartition équitable des services de santé visait à la fois l'enjeu de l'accès et de la coordination des soins et celui des besoins en santé de la population francophone et acadienne.

Tableau XV : Enjeux, stratégies de l'État et instruments de gouverne à l'étape de la mise en œuvre de la réforme (2010-2015)

Enjeux	Stratégies	Instrument
<ul style="list-style-type: none"> Besoins de la communauté francophone et acadienne 		<ul style="list-style-type: none"> Changer la <i>Loi</i> (projet de loi 45 : composition du CA des RRS) Créer un Comité permanent des soins de santé (gouvernance des RRS) Mettre en œuvre des consultations publiques (plan d'action quinquennal sur la répartition équitable des services)
<ul style="list-style-type: none"> Contrôle sur les opérations 		<ul style="list-style-type: none"> Changer la <i>Loi</i> (ministre de la Santé nomme et « limoge » les dirigeants des RRS)
<ul style="list-style-type: none"> Accès et coordination des soins et services 	<ul style="list-style-type: none"> Adopter le plan quinquennal sur la répartition équitable des services Présenter un nouveau plan stratégique (et d'autres cadres comme celui sur les services de santé primaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer les citoyens en vue de préparer le nouveau plan stratégique
<ul style="list-style-type: none"> Performance 	<ul style="list-style-type: none"> Placer les co-dirigeants du SRSS à la tête des RRS 	<ul style="list-style-type: none"> Créer un comité sectoriel (SRSS) Lancer des séances de dialogue avec le public (Examen stratégique des programmes) Hausser la taxe de vente harmonisée

5.3.7 Résultats atteints de la réforme

Cette dernière section du chapitre 5, qui est arrimée à notre cadre théorique, présente un état des lieux. Autrement dit, elle permet de se pencher sur l'écart existant entre les résultats qui étaient attendus relativement à la progression de la réforme et ceux qui ont réellement été atteints (« où étions-nous et où sommes-nous rendus »).

5.3.7 a) Résultats attendus par rapport à la progression de la réforme

L'État ne présente pas de cibles claires en matière d'accès et de coordination des soins

D'entrée de jeu, nous avons vu au début de ce chapitre que des enjeux particuliers poussaient l'État à réformer le système de santé. Il avait l'ambition de mieux contrôler les activités, dans l'optique d'améliorer l'efficacité et l'accès et la coordination des soins. Les enjeux du gouvernement Graham étaient en continuité avec ceux des partis politiques qui l'avaient précédé, c'est-à-dire que les besoins des patients étaient placés au premier plan et que les leviers structurels mobilisés afin d'y parvenir permettraient également de mieux gérer les dépenses (Ministère de la Santé, 2008d)²⁵⁸. En effet, le contrôle des coûts en santé et l'amélioration des soins et services offerts aux patients avaient poussé les gouvernements McKenna et Lord à réformer le système de santé du NB, respectivement en 1992 et 2002 (Bouchard & Vézina, 1994; Ministère de la Santé et du Bien-être, 2004).

En ce qui concerne maintenant les objectifs visés par les transformations, nous constatons qu'ils étaient surtout d'ordre économique. Il faut rappeler que durant la période d'élaboration de la réforme, l'État précisait son discours avec des indicateurs liés à l'augmentation des coûts en santé. Comme nous l'avons dit déjà, la stratégie de ce groupe d'acteurs pour faire naître l'urgence prenait racine dans la viabilité des finances publiques. Cette constatation allait devenir réalité lors du grand lancement de la réforme en mars 2008. Les décideurs publics suggéraient que l'amélioration de qualité des soins était un but central des « changements

²⁵⁸ Voir également Nouveau-Brunswick, Santé, (2008). « Des changements transformateurs qui mettront les patients au premier plan », Communiqué de presse, en ligne : <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/he/2008f0299he.htm>, comme visité le 4 octobre 2016.

transformateurs » annoncés, mais le langage mobilisé quant à la performance demeurait centré sur l'aspect financier. Autrement dit, lors de l'implantation de la réforme, les cibles à atteindre relativement à la performance demeuraient surtout financières.

Lors de l'étape d'élaboration de la réforme, les données que l'État partageait sur l'accès et la coordination des soins demeuraient donc plutôt vagues. Dans cette logique, durant la phase d'implantation et de mise en oeuvre, ce groupe d'acteurs ne présentait pas aux parties prenantes des cibles claires à atteindre quant à l'accès et à la coordination des soins. Autrement dit, des indicateurs nécessaires pour mesurer la progression de la réforme sur l'organisation des soins et des services étaient absents. Les nouveaux établissements de santé devaient ainsi naviguer dans un environnement laissant place à différentes interprétations quant à la mesure de la qualité. De plus, il faut ajouter qu'à cette époque, les informations standardisées sur la qualité des soins ne se retrouvaient pas dans un lieu commun. Comme le suggèrent des répondants, ceci vient compliquer l'analyse de l'effet de la réforme (« avant » et « après ») sur l'accès et la coordination des services.

5.3.7 (b) Résultats atteints du changement

Il n'y a pas d'effets en matière d'accès et de coordination des soins

En raison du manque de clarté relativement aux résultats tangibles à atteindre et de la difficulté à accéder à des données standardisées sur la qualité, notre analyse se concentre sur l'épisode temporel s'étalant entre 2010 et 2016²⁵⁹. Comme nous l'avons déjà mentionné, des données normalisées sur la qualité des soins utiles à la prise de décision étaient publiées annuellement par le CSNB à partir de 2010. Nous nous appuyons sur ces informations pour

²⁵⁹ Nous sommes conscients que l'espace temporel à l'étude est celui se situant entre 2008 et 2015. Par contre, comme le CSNB ne publiait pas de fiche de rendement en 2015, nous trouvons plus approprié en matière d'atteinte d'objectifs de recherche d'analyser la performance du système de santé entre 2010 et 2016, qu'entre 2010 et 2014.

démontrer que la performance du système de santé ne s'est pas améliorée depuis l'implantation de la réforme.

Ainsi, dans un langage simple et commun, le CSNB mesure la performance du système de santé en s'arrêtant sur les six dimensions de la qualité suivantes : accessibilité, justesse, efficacité, rendement, sécurité et équité. L'organisme mesure aussi la qualité des soins et services en fonction de trois secteurs : santé primaire, soins aigus, soutien et spécialité²⁶⁰. Chaque dimension ou secteur est composé d'un nombre donné d'indicateurs sélectionnés qui facilitent entre autres la planification des priorités dans la perspective du système de santé²⁶¹. La notation par lettre d'un indicateur est calculée en identifiant la valeur la plus basse et la valeur la plus élevée de sept tranches de lettres (A+, A, B, C, D, E, F), dans laquelle A+ correspond à la tranche la plus élevée pouvant être atteinte, et F, à la tranche la plus basse (CSNB, 2016). Le CSNB compare le rendement du système de santé du NB avec les autres ailleurs au Canada et il attribue un score global au système de santé. À chaque année entre 2010 et maintenant, la note pour la performance du système de santé est demeurée un « C ». (CSNB, 2016). À titre comparatif, le CSNB suggère que ce score attribué au système de santé du NB est semblable à celui des autres provinces du pays. La figure 7 sert à illustrer que la performance du système de santé ne s'est pas améliorée depuis l'implantation de la réforme.

²⁶⁰ Les services de soins aigus représentent les « services hospitaliers », la santé primaire est définie comme « les premiers points de contact », et enfin, les secteurs de soutien et de spécialité sont les « soins de longue durée et les soins ambulatoires ou soins reçus dans la communauté » (CSNB, 2016).

²⁶¹ En 2016, le nombre d'indicateurs variait entre 12 pour la dimension « Rendement » et 31 pour la dimension « Accessibilité ». Les indicateurs sont tirés des bases de données administratives du NB ou du domaine public (ministère de la Santé du NB, Institut canadien d'information sur la santé, Sondage national des médecins et Statistique Canada). Ces informations proviennent de la fiche Excel du CSNB (2016) traitant des détails de la fiche du rendement du système de santé. Ce document est disponible sur le site Web du CSNB en cliquant sur le lien suivant : <https://www.csnb.ca/fiche-rendement-systeme-sante#.WUvVxxRUTp0>.

Figure 7 : Performance du système de santé du NB entre 2010 et 2016 (Fiche de rendement du système de santé du CSNB, 2016)²⁶²

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick	2010	2011	2012	2013	2014	2016
Rendement global	C	C	C	C	C	C
Par secteur de santé						
Santé primaire [?]	D	C	D	D	D	D
Soins aigus [?]	C	C	B	C	C	B
Soutien et spécialité [?]	B	B	B	C	D	D
Par dimension de qualité						
Accessibilité [?]	C	B	C	C	C	C
Justesse [?]	C	B	C	C	C	C
Efficacité [?]	C	C	C	D	D	C
Rendement [?]	C	C	C	D	D	D
Sécurité [?]	A	B	A	A	C	C
Équité [?]	-	D	C	C	C	C

Malgré des contextes organisationnels distincts, les deux RRS sont à peu près au même niveau en matière de résultats atteints

Nous avons déjà expliqué les caractéristiques particulières des RRS ayant trait à la population desservie (langue parlée ou état de santé, par exemple) et à leur capacité stratégique, en matières de compétences et de ressources humaines, à atteindre des résultats. Nous avons aussi mentionné que la stratégie (orientation à long terme) et à la structure organisationnelle de la RRS B avaient fait face à moins de bouleversements que la RRS A. Du côté de cette dernière

²⁶² Cette figure provient du CSNB (2016). « Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick, Rendement de 2010 à 2016 », comme accessible en ligne en cliquant sur le lien suivant : <http://www.csnb.ca/fiche-rendement-systeme-sante#.VzMyG6Y2LZb>.

RRS, des changements fréquents au niveau de la direction résultaient au niveau opérationnel, en un « essoufflement du personnel » (Réseau de santé Vitalité, 2017, p. 8). Comme un répondant le souligne, divers facteurs avaient fait en sorte que, globalement, la RRS A sortait « des blocs de démarrage » moins rapidement que la RRS B. Malgré le contexte particulier à chaque organisation de santé, nous constatons en 2015, que leurs résultats en matière d'atteinte de données probantes relatives à l'accès et la coordination des soins sont similaires. En somme, les réorganisations et restructurations dont les RRS avaient fait l'objet semblaient avoir jusqu'à ce moment peu d'effets en matière de prestation de soins et de services de santé (Glouberman & Mintzberg, 2002).

En ce qui a trait aux six dimensions de la qualité des soins et services mesurées par le CSNB, les résultats variaient grandement d'une région géographique de la province à une autre à la fin de cette étape de la réforme (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2015a). Des régions de chacune des RRS, enregistraient de faibles rendements en matière de qualité, tandis que pour d'autres, elles affichaient de très bons rendements. Les figures 9 et 10 donnent des exemples de variabilité en ce qui a trait aux dimensions de l'accessibilité et de la justesse des services de santé. Comme le soulignait un répondant, ces données montrent que pour certaines indicateurs mesurant la qualité, les résultats étaient supérieurs du côté de la RRS A. La figure 8 sert à rappeler au lecteur quel est le découpage territorial des 7 « zones » en santé du NB.

Figure 8 : Découpage territorial du système de santé (source : CSNB, 2015, p.4)²⁶³

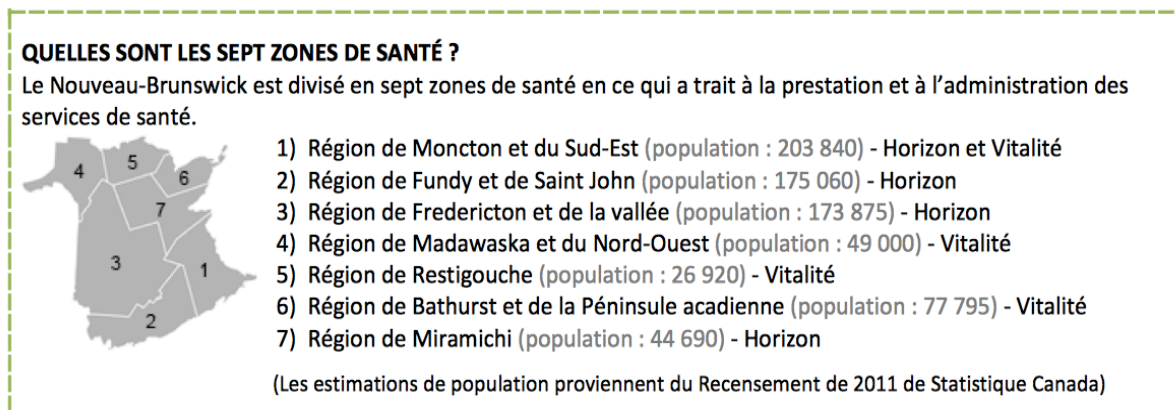
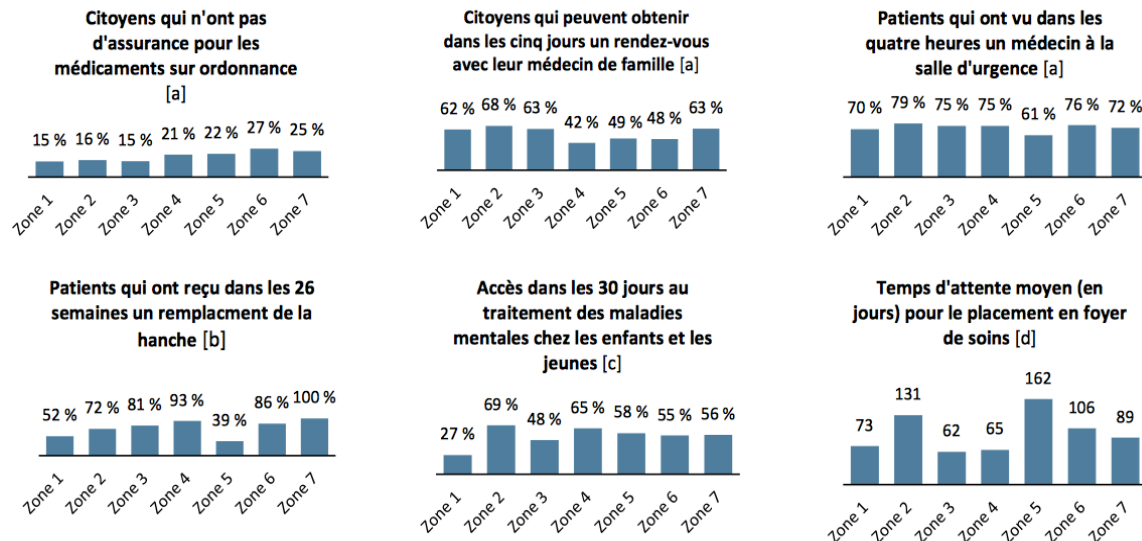
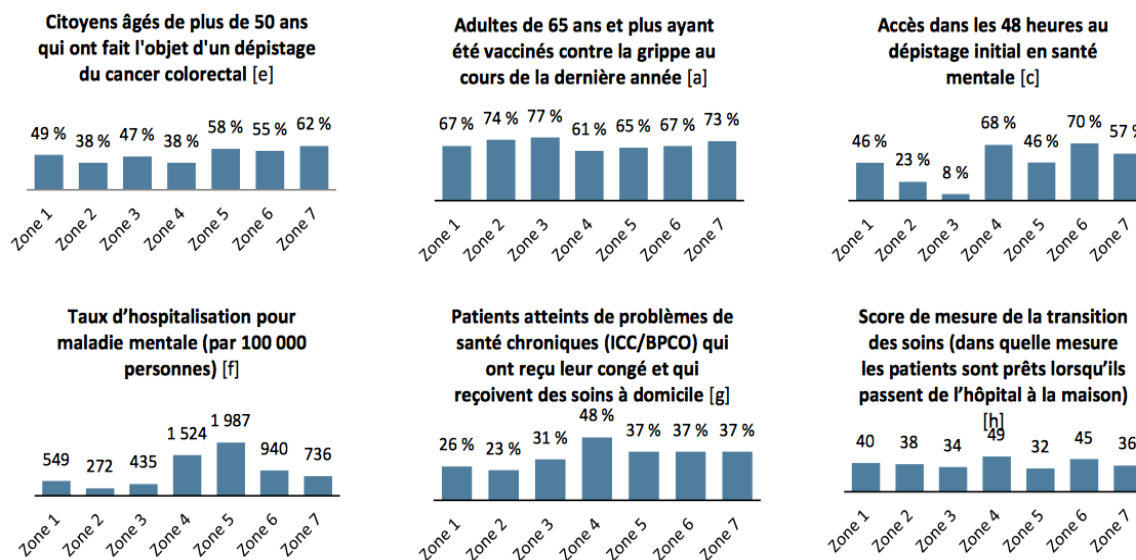


Figure 9 : Variabilité liée à la dimension de l'accessibilité des services de santé (source : CSNB, 2015)



²⁶³ Nous tenons à rappeler que le nom corporatif de la RRS A est le Réseau de santé Vitalité et celui de la RRS B est le Réseau de santé Horizon. La figure 9 et 10 sont retrouvées à la page 9 du document suivant : CSNB (2015). « La variabilité dans la qualité des services de santé au Nouveau-Brunswick ».

Figure 10 : Variabilité liée à la dimension de la justesse des services de santé
(source : CSNB, 2015)

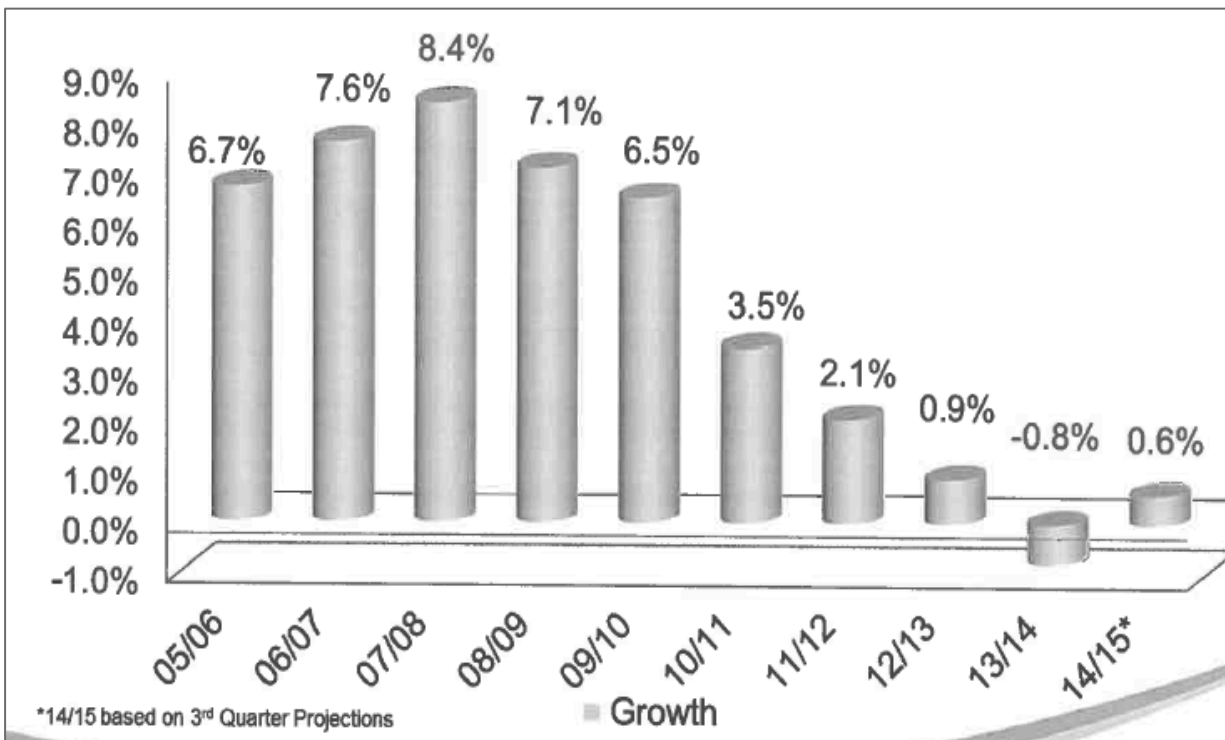


Un meilleur contrôle de l'augmentation des dépenses en santé

Nous ne pouvons passer sous silence l'enjeu du contrôle de l'augmentation des dépenses en santé qui avait motivé le gouvernement Graham à réformer le système de santé en 2008. Nous croyons que l'État a effectivement réussi à contrôler l'augmentation des coûts à court terme. Ainsi, il faut préciser qu'en 2015, l'augmentation annuelle des dépenses publiques en soins de santé se situait à un taux de 0,6 % (Ministère de la Santé, 2015a). Relativement à la croissance budgétaire par année du ministère de la Santé, celle-ci était donc passée de plus de 8 % à moins de 1 % entre 2008 et 2015 (Ministère des Finances, 2015). En ce qui concerne les dépenses totales en santé, celles-ci demeuraient stables, puisque l'État y consacrait toujours, vers la fin de la dernière période de la réforme, environ 40 % de son budget global (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2015b; Institut canadien d'information sur la santé, 2015). Alors que FNB n'avait peut-être pas réussi à engendrer les économies d'échelle initialement prévues par l'État, nous croyons que le fait d'avoir réduit le nombre de RRS de huit à deux, constituait un levier structurel qui permettait à l'État de « mettre de l'ordre dans le système de santé », et

ainsi, de limiter l'augmentation des dépenses. La figure 11 donne des détails sur l'augmentation annuelle des dépenses en santé (en %) entre 2005 et 2015.

Figure 11 : Augmentation annuelle des dépenses en santé au NB (Source : Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2015b)



Selon nous, il faut toutefois jeter un regard prudent sur ces données, en gardant à l'esprit l'enjeu particulier de l'amélioration de l'efficacité qui avait poussé l'État « à passer à l'action ». La figure 7 du CSNB (2016) qui concerne la performance du système de santé montre que la dimension de la qualité « rendement » (c'est-à-dire l'efficacité clinique, qui prend en compte les coûts et les programmes et services) est passée du score « C » au score « D » entre 2010 et 2016. Ceci signifie que les transformations mises en œuvre en 2008 ne permettaient pas une utilisation plus adéquate des ressources. Le CSNB (2016) souligne par ailleurs que les indicateurs clés qui contribuent à ce rendement moindre sont : l'hospitalisation évitable, la durée moyenne du séjour ainsi que l'utilisation de lits pour un niveau alternatif de soins.

Ainsi, l'utilisation de ressources en soins aigus pour des services qui pourraient être mieux assurés par des soins primaires ou de longue durée est liée en grande partie à la lettre « D » attribuée au rendement du système de santé du NB. Toujours selon le CSNB (2015b), les efforts qui menaient à la maîtrise des coûts (dans la figure 11) reflétaient des économies financières à court terme, qui ne pouvaient assurer la viabilité du système de santé. L'efficacité clinique représente l'élément clé d'économies équilibrées à long terme (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2015b).

Partie IV : Discussion et conclusion

Dans le cadre de cette quatrième partie, nous proposons tout d'abord dans le chapitre 6 une réflexion sur le phénomène de « réforme » de systèmes complexes, comme les systèmes publics de santé. Dans cette section, nous avançons notamment qu'une réforme est un processus difficile à piloter, d'une part, car l'État est soumis aux influences de différents acteurs avec lesquels il est en interaction, comme la population, et d'autre part, parce qu'il se déroule sur une longue période de temps. Par la suite, afin de mieux comprendre la complexité du processus en cours, nous posons un regard particulier sur les types d'instruments mobilisés par l'État qui lui permettent de s'inscrire dans les actions stratégiques des acteurs concernés dans la direction souhaitée. Nous notons que l'adoption de types particuliers d'instruments par l'État lui permet de « s'insérer » dans les dynamiques d'interaction des autres acteurs de la gouverne et d'orienter leurs actions. Le choix de ces instruments peut être envisagé comme un processus d'adaptation de son comportement au contexte en évolution ou comme un apprentissage qui peut potentiellement susciter la confiance. Dans cet ordre d'idées, nous montrons que dans un contexte pluraliste, l'État n'a d'autre choix que de mobiliser des instruments de nature relationnelle, comme les consultations publiques, afin d'entrer directement en contact avec les acteurs clés ou de « réagir » à leurs initiatives. Par conséquent, la mobilisation simultanée de différents instruments peut poser des difficultés lorsqu'il est question pour l'État de maintenir le cap. C'est donc pour cette raison qu'il lui importe de définir une finalité et de partager des objectifs tangibles et mesurables tout au long du parcours. Enfin, le lecteur constate à la fin de ce chapitre que nous proposons des modifications ou précisions certaines dimensions incluses dans notre cadre théorique de départ. Nous suggérons par exemple de mettre en lumière le phénomène d'apprentissage organisationnel et d'y spécifier les différents types d'instruments de gouverne mobilisés par l'État pour diriger l'action collective.

Finalement, dans le chapitre 7, nous émettons certaines recommandations pratiques aux preneurs de décisions en ce qui a trait au pilotage d'une réforme d'un système public de santé et à l'atteinte des résultats escomptés. Ce chapitre présente également nos principales

contributions théoriques et pratiques ainsi que nos pistes de réflexion pour de futurs travaux de recherche.

Chapitre 6 - Discussion

6.1 Les réformes des systèmes publics de santé : pourquoi sont-elles difficiles à piloter ?

Rappelons tout d'abord que l'objectif général de notre étude était de comprendre et d'analyser les capacités de gouverner de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé. Avant de discuter de ce processus complexe, il convient de partager une réflexion sur les principales caractéristiques qui distinguent une « réforme » d'une autre forme de changement. Dans les lignes qui suivent, nous avançons l'idée qu'une réforme implique des bouleversements importants à différents niveaux et que son succès passe par l'amélioration de résultats escomptés. Toutefois, nous désirons surtout démontrer qu'une réforme se déroule sur une période de temps qui est longue et qu'elle est difficile à orchestrer, puisque l'évolution de ce processus est influencée par les stratégies parfois en contradiction des acteurs du contexte pluraliste.

6.1.1 Une brève définition du processus que représente une réforme

D'entrée de jeu, une réforme est un processus aux multiples interventions, et donc, à « grande échelle », qui est enclenché pour régler un problème ou changer un état des choses. Elle peut être imaginée, d'une part, comme un processus de transformations sociales (Lamarche, 2006) ou d'un système complexe (Best et al., 2012; D. Contandriopoulos & Denis, 2012) et, d'autre part, comme une manière « de changer en mieux » ou de « ramener à une forme meilleure » (Le Robert, 2017)²⁶⁴. Lorsqu'il est question de gouverner, ce qui caractérise la réforme, c'est qu'elle est planifiée, voulue et volontaire, et qu'elle se présente sous la forme d'un projet (Rocher, 2005). Dans ce processus, l'État, qui occupe une position d'autorité particulière, s'inscrit dans les dynamiques d'interaction entre les acteurs clés et il est obligé d'intervenir en permanence afin de structurer leurs actions dans la direction souhaitée (Hatchuel, 2000;

²⁶⁴ Dans le dictionnaire « Le Grand Robert de la langue française », le mot « réforme » réfère également aux verbes suivants : « améliorer », « corriger » et « modifier ». La page web de ce dictionnaire de langue a été consultée le 20 septembre 2017 et est accessible en cliquant sur le lien suivant : <https://www.lerobert.com>.

Lascoumes & Le Galès, 2004). Le plan permet par exemple à ce groupe d'acteurs d'« envelopper » l'action collective et d'en déterminer intentionnellement le cours (Hatchuel, 2000). En bref, l'État souhaite agir sur un système, en l'occurrence le système de santé, dont il a la responsabilité et dont les déficiences perçues posent un problème (Turgeon, Jacob, & Denis, 2011).

Selon Rocher (2004), trois critères différencient les réformes des autres formes d'un changement : 1) elles sont caractérisées par une intention explicite d'engager un changement majeur et exprimé par des acteurs identifiables ; 2) elles sont une analyse critique d'une situation ou de problèmes à changer ; et 3) elles sont accompagnées d'un plan d'action plus ou moins détaillé. Dans le cas du phénomène à l'étude, c'est-à-dire du projet de réforme du système de santé du NB, ces trois critères étaient satisfaits. Premièrement, le 11 mars 2008, un membre de l'État, c'est-à-dire le ministre de la Santé, annonçait dans le cadre d'une conférence de presse des « changements transformateurs » qui allaient mettre les besoins des patients au premier plan. Deuxièmement, cet acteur associé à l'État présentait les « problèmes » de la structure en place, dont les suivants : les huit RRS fonctionnaient de manière indépendante et concurrençaient pour les ressources, leurs déficits annuels étaient récurrents et les mesures officielles de rendement étaient absentes²⁶⁵. L'État précisait par ailleurs que des examens et études conduits par des gouvernements précédents avaient résulté en diverses recommandations, comme celle touchant la consolidation des services non cliniques qui mèneraient potentiellement à des économies d'échelle. Troisièmement, un plan provincial en santé (2008-2012) accompagnait l'annonce de la réforme, dans lequel notamment les lois adoptées concernant la mise en oeuvre de la nouvelle structure organisationnelle étaient révélées, ce qui obligeait donc un changement²⁶⁶.

Le fait que les trois critères de Rocher (2004) énumérés ci-dessus étaient remplis sert à illustrer qu'un projet de réforme était bel et bien formulé par l'État dans une période donnée, et ensuite,

²⁶⁵ Tous les « problèmes de la structure actuelle » du système de santé du NB avant le 11 mars 2008 sont recensés dans le document suivant : Nouveau-Brunswick (2008). Faire progresser les soins de santé en mettant les patients au premier plan, Ministère de la Santé (Mars 2008) (sous embargo).

²⁶⁶ Le plan provincial en santé du Gouvernement du NB (2008), « Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012 Initiatives majeures », est disponible en cliquant sur le lien suivant : <http://www.macsnb.ca/vitrine/document/35/file/PlanSanteProvNB.pdf>.

lancé en mars 2008. Aussi, nos résultats produits montrent que des bouleversements considérables étaient vécus par les acteurs clés de la gouverne, au niveau de leurs représentations et de leurs rôles, et qui découlaient des « changements transformateurs » annoncés par l'État. Les perturbations ou les diverses interventions qui prenaient la forme d'une restructuration, de rationalisation des effectifs du système ou de visages nouveaux à la tête des organisations, les RRS, venaient ébranler les habitudes bien ancrées des acteurs de différents niveaux organisationnels, incluant le niveau opérationnel. Pourtant, à la fin de cette étude, soit après sept ans de mise en œuvre, les efforts consentis afin de réformer le système de santé public de la province n'ont pas mené à l'atteinte des objectifs qui étaient escomptés par l'État. Autrement dit, le projet de réforme n'a pas changé ce qui importait réellement à ce groupe d'acteurs particuliers, soit la qualité des soins et des services offerts aux patients. La naissance de pratiques nouvelles sur le terrain, qui mèneraient à une amélioration de la performance, ne s'est pas concrétisée entre le grand lancement de la réforme et la fin de la période étudiée. Ce constat nous incite à réfléchir au phénomène du temps ainsi qu'aux dynamiques d'interaction entre les principaux acteurs, qui sont en constante évolution et qui rendent le projet de réforme difficile à piloter.

6.1.2 Les projets de réforme dans un long horizon temporel

Puisque les réformes initiées dans des systèmes complexes, comme ceux en santé, perturbent les relations entre acteurs interdépendants et entraînent divers changements à grande échelle, nos résultats tendent à confirmer les écrits de différents auteurs lorsqu'il est question de concevoir ce processus dans un long horizon temporel (Forest, Denis, Brown, & Helms, 2015; Glouberman & Zimmerman, 2002; Murray & Frenk, 2000). Il nous apparaît donc pertinent de nous interroger sur le progrès des résultats en matière de performance du système public de santé sur une période de temps allant au-delà de celle qui a été analysée (2008 à 2015). Dès lors que le changement peut être perçu comme un long processus continu, il ne serait pas faux de croire que l'apprentissage en cours pourrait avoir des conséquences sur la qualité des soins et services et sur les liens de confiance dans quelques années. En particulier, les données standardisées produites par le CSNB sur la performance du système de santé du NB ne sont à la disposition des acteurs du système de santé de la province que depuis 2010. En gardant à

l'esprit l'idée que l'évolution des systèmes publics de santé est un processus qui est lent, cet instrument mobilisé par l'État procure un encadrement normatif qui est récent et ses effets à long terme sur les relations entre les acteurs du contexte pluraliste devraient être explorés. Le lecteur peut donc noter que nous discutons du processus d'apprentissage continu dans les lignes qui suivent.

6.1.3 Les projets de réforme soumis aux influences des acteurs en interaction

Notre compréhension des comportements des acteurs du contexte pluraliste, plus particulièrement ceux associés à l'État, la RRS A, la RRS B, le CSNB et FNB, nous a permis de mettre en lumière leurs dynamiques d'interaction, ou ce que Crozier et Friedberg (1987) nomment le construit organisationnel. Nous avons démontré que les stratégies des acteurs concernés d'un contexte pluraliste nourrissent l'action collective et qu'elles rendent ainsi difficile sa programmation par l'État. En d'autres mots, cette complexité quant aux dynamiques d'influence entre les acteurs concernés, mais également, les facteurs de l'environnement externe, rendent la mise en œuvre d'une réforme difficile à orchestrer dans un horizon temporel précis.

Conséquemment, une réflexion que nous souhaitons partager concerne l'inscription constante des acteurs clés, y compris l'État, dans la grande trame des transformations en cours. Nous avons constaté que les changements de partis politiques formant le gouvernement ne représentaient pas des moments charnières relativement à l'évolution du système de santé du NB. Pendant la période de temps couverte par notre étude, soit entre 2006 et 2015, le contexte systémique du système de santé de la province a été touché par quelques changements de gouvernement. Malgré tout, le mouvement du projet de réforme est demeuré sensiblement le même durant la période analysée. Nous avons remarqué que les différents gouvernements en place continuaient à avancer à tâtons en présumant qu'ils étaient « en train de régler quelque chose ». Les enjeux d'amélioration de la performance et de l'accès et de la coordination des soins et services de santé, qui avaient motivé le gouvernement libéral à « passer à l'action » en 2008, ont continué à motiver le gouvernement à la tête de la province jusqu'en 2015. Par ailleurs, comme il en est question plus loin, les différents gouvernements ont continué à «

réagir » aux dynamiques de relation influençant le cours de l'action collective, et ainsi, ils se sont adaptés à l'apparition de nouveaux enjeux, comme celui de la participation citoyenne.

Donc, au sein d'un contexte pluraliste, ceci vient confirmer que l'État, même s'il occupe une position d'autorité particulière, s'inscrit dans un processus d'échanges durables avec d'autres acteurs, qui se fait sous l'ombre d'un passé et d'un futur (Friedberg, 2009). Les acteurs clés d'une réforme se mobilisent autour de certains enjeux qui, effectivement, « organisent, médiatisent et régulent à la fois les interdépendances » et les processus d'échange qui s'en suivent (Friedberg, 1993, p. 156). Dans ce réseau de relations, la programmation du changement n'appartient pas à l'État, qui cherche plutôt à composer avec les enjeux et diriger les parties qui l'entourent dans une trajectoire souhaitée. Ainsi, pour assumer son rôle de pilote du projet, l'État doit s'appuyer sur la mobilisation d'un éventail d'instruments mis à sa disposition. C'est par la mobilisation de ces instruments que l'État cherche à demeurer légitime et qu'il consolide ses capacités de négociation. Autrement dit, ils lui permettent d'infléchir l'action collective ou de « réajuster le tir » en temps voulu.

6.2 Les réformes des systèmes publics de santé : des instruments mobilisés par l'État pour diriger l'action collective

6.2.1 Le choix des instruments de gouverne en tant que dynamique d'apprentissage continu

Dans cette section, nous offrons des exemples concrets de différents types d'instruments que l'État a mobilisés entre 2008 et 2015, ceci, en concevant leur choix dans une dynamique d'apprentissage continu. Un peu plus loin, le tableau XVI reprend la typologie de Lascoumes et Le Galès (2004) sur les différents types d'instruments de gouverne en y offrant des exemples précis²⁶⁷. Nous rappelons que les instruments directs, comme la législation ou la réglementation, sont à la disposition de ce groupe d'acteurs et représentent un attribut de son

²⁶⁷ Le tableau original apparaît à la page 361 du livre phare de Lascoumes et Le Galès (2004), « Gouverner par les instruments ». Presses de Sciences po. Il a déjà été présenté dans le chapitre traitant de l'état des connaissances.

pouvoir légitime (Lascoumes & Le Galès, 2004). En plus de permettre à l'État d'exprimer son autorité, leur utilisation sert à manifester clairement ses orientations. Cependant, dans un contexte pluraliste, au sein duquel des acteurs hétérogènes sont en interaction et les objectifs poursuivis sont souvent variés, l'État doit avoir recours à des instruments qui visent à impliquer les parties concernées et à influencer leur dynamique, comme les commissions d'étude (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Ces instruments sont plus adaptés à l'orientation de groupes, de sous-secteurs ou de réseaux, et donc, ils sont censés faciliter le pilotage de la société dans des environnements changeants et des hiérarchies compliquées (Lascoumes & Le Galès, 2010).

Dans les prochains paragraphes, nous offrons certains repères temporels qui servent à illustrer l'adaptation de l'État au contexte évolutif, ou autrement dit, ses réactions aux dynamiques entre les parties concernées par le projet de réforme. Tout d'abord, il est pertinent de rappeler qu'entre 2006 et 2008, l'État avait préparé les transformations en cercle fermé sans mettre en relation les acteurs. Dans cette foulée, ce sont surtout des instruments directs qui étaient mobilisés en mars 2008 afin d'envoyer un message clair aux acteurs clés. Un exemple au sein tableau XVI montre que l'État utilisait son pouvoir législatif pour introduire le projet de loi 38 afin de modifier la structure organisationnelle et imposer la fusion des huit RRS pour n'en former que deux.

C'est finalement à la fin de l'année 2009, en réaction aux actions stratégiques d'acteurs de la gouverne et à la remise en question de sa légitimité, que l'État « s'ouvrait » au dialogue avec des membres de la population francophone et acadienne. Certains événements, comme la poursuite judiciaire intentée par des acteurs associés à la RRS A concernant les droits linguistiques, poussaient l'État à s'ajuster aux dynamiques d'interaction en cours. Il faut noter que cet ajustement allait également de pair avec des événements prenant racine dans le contexte systémique du système de santé de la province. D'un côté, l'approche des élections provinciales encourageait l'État à mettre en œuvre des exercices de dialogue public, car il ne voulait pas répéter des erreurs passées ayant remis en cause sa crédibilité, et d'un autre côté, le recours à de tels types d'instruments dans d'autres secteurs gouvernementaux l'incitait à les expérimenter en santé.

L'enjeu nouveau de la participation citoyenne le « forçait » donc à introduire un instrument de gouverne s'inscrivant dans un mouvement plus large d'ouverture avec le public. De manière symbolique, alors qu'une poignée d'acteurs avaient participé à l'élaboration du projet de réforme, l'État démontrait qu'il était dorénavant ouvert à la négociation. La mobilisation d'un instrument moins dirigiste, en plus de lui permettre de réorganiser les rapports entre les acteurs concernés, renouvelait les fondements de sa légitimité (Lascoumes & Le Galès, 2004), et essentiellement, lui permettait d'accroître ses capacités de pilotage. Les consultations menées auprès d'acteurs clés de la communauté acadienne et francophone et chapeautées par monsieur LeBlanc représentent effectivement un instrument de type informationnel et communicationnel, et on le retrouve dans le tableau XVI.

Alors que l'État s'adaptait aux manœuvres des acteurs concernés en misant sur des instruments indirects pour favoriser leur adhésion au projet de réforme, il en mobilisait simultanément d'autres lui permettant surtout d'exprimer son autorité. En 2011, il utilisait son pouvoir législatif pour rappeler aux acteurs clés du système de santé qu'il était dans une position particulière d'autorité. Le dépôt du projet de loi 45, c'est-à-dire la *Loi modifiant La Loi sur les régies régionales de la santé*, touchait la composition des CA des RRS et les règles de désignation. En matière de désignation des PDG des RRS, ce projet de loi signifiait que le ministre de la Santé avait dorénavant le pouvoir de nommer et de limoger les dirigeants. D'ailleurs, plus tard, l'État allait s'appuyer sur cette mesure législative pour congédier un des PDG des RRS, ce qui allait susciter de vives réactions auprès de certains acteurs associés à cette organisation, mais qui lui permettrait d'exercer sa fonction symbolique de pouvoir légitime.

Quoi qu'il en soit, par la suite, l'État continuait à s'adapter aux enjeux des acteurs du contexte pluraliste, et donc, à mobiliser des instruments favorisant la communication directe avec eux. En guise d'exemple, au début de l'été 2012, la ministre de la Santé invitait les citoyens des quatre coins de la province à participer à des tables rondes afin qu'ils puissent exprimer leurs opinions sur la viabilité du système public de santé et la qualité des soins et des services. Par

l'entremise de ces réunions publiques, l'État suggérait qu'il ne travaillait pas « en silo », et qu'au contraire, il lui importait d'impliquer les citoyens dans la préparation du prochain plan stratégique en santé²⁶⁸. Nous croyons que l'utilisation de ce type d'instruments (informationnel et communicationnel dans le tableau XVI) par l'État lui servait également à persuader ou à faire passer un message particulier : le système de santé coûtait cher à la province du NB.

Vers la fin de la période étudiée, soit en 2015, les initiatives mises de l'avant par des acteurs clés de la gouverne et les événements ayant cours dans l'environnement externe appuyaient l'évolution du choix des instruments de gouverne. Comme mentionné dans le chapitre précédent, à ce moment, l'État proposait notamment la fermeture ou la conversion de lits d'hôpitaux en régions rurales dans le cadre du processus de révision stratégique des programmes. Cette prise de position animait des acteurs associés à la RRS A, et dans l'optique de canaliser l'action collective, l'État « réagissait » à cet enjeu relatif à l'accès et la coordination des soins et services. En réponse au mécontentement exprimé par ceux-ci, plutôt que d'effectuer des « compressions radicales » au sein du système de santé, l'État décidait d'augmenter la TVH²⁶⁹. Cet instrument de type économique et fiscal, qui n'avait jamais été mobilisé par l'État jusqu'à la fin de la période étudiée, est donné en exemple dans le tableau XVI.

6.2.2 La dynamique d'apprentissage continu et le rôle du CSNB

Comme indiqué dans le tableau XVI, le CSNB représente selon nous un instrument de type « normes et standards », surtout par rapport aux rôles distincts qu'il joue au sein du système de santé. Nous rappelons qu'un des principaux mandats de cet organisme est de produire des

²⁶⁸ Plusieurs articles de journaux traitaient de ces séances de consultation publique. Le lecteur peut se référer à celui de Boisvert, Jean-François. « Santé : les citoyens invités à prendre la parole ». *L'Acadie Nouvelle*, 21 juin, p.8.

²⁶⁹ Nous rappelons que dans le cadre du processus de révision stratégique des programmes, le gouvernement Gallant avait annoncé que des choix difficiles devaient être pris collectivement. Ainsi, lors de l'annonce du budget 2016-2017, le ministre des Finances soulignait qu'après « avoir procédé à un examen exhaustif et à l'élimination du gaspillage et du double emploi au sein de l'appareil gouvernemental à hauteur de dizaines de millions de dollars et après avoir mesuré l'ampleur du défi à relever, nous devons choisir entre augmenter la taxe de vente harmonisée (TVH) ou effectuer des compressions radicales dans les domaines de l'éducation et des soins de santé » (Ministère des Finances, 2016, p. 5). Le choix financier « difficile » s'était donc arrêté sur l'augmentation de la TVH.

données standardisées sur la qualité des soins et services et l'état de santé de la population de la province. Aux yeux de l'État, la mobilisation de ce type d'instrument supposait donc que les acteurs concernés, comme les gestionnaires et les professionnels, allaient ajuster leurs actions devant la publication d'informations pertinentes normalisées. Il nous apparaît évident que le CSNB est au cœur du processus d'apprentissage organisationnel et que la mobilisation de cet instrument de gouverne pouvait avoir différentes visées.

D'une part, la production des données cliniques par le CSNB sert à évaluer la progression du projet de changement, et dans notre cas, à confirmer qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la qualité des soins et services de santé entre 2010 et 2015. Pour l'État, cet instrument soutient donc le pilotage du projet de réforme. D'autre part, les normes et standards produits par le CSNB, qui modifient les interactions des acteurs de la gouverne, représentent un levier à la dynamique d'apprentissage en cours au sein du système de santé. Dans cette perspective, certains répondants nous suggèrent que des acteurs concernés s'engagent aujourd'hui à intégrer les données du CSNB disponibles depuis 2010 dans leur gestion, ce qui met en évidence une réorganisation des rapports de négociation ainsi que le caractère continu du changement. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, il nous semble donc pertinent de mieux comprendre les effets de ce processus d'apprentissage sur l'évolution de la réforme au-delà de la période étudiée.

Par ailleurs, il nous apparaît essentiel de nous pencher sur le rôle de toutes les parties concernées au sein du système de santé du NB dans le processus d'expérimentation. En plus de « nourrir » les acteurs clés afin qu'ils puissent inventer le futur, le processus d'apprentissage doit selon nous émerger aussi au sein de l'organisme qui produit les données standardisées, en l'occurrence le CSNB. L'échange de connaissances de part et d'autre est nécessaire pour élaborer de nouvelles manières de régler des problèmes relativement à la prestation des soins et services, ou en d'autres mots, afin d'innover. Cette adaptation quotidienne et continue entre tous les membres de l'organisation, en réaction notamment au contexte en évolution, peut favoriser leur appropriation des objectifs poursuivis par l'État. Pour sa part, l'État, qui a

l'obligation de s'inscrire dans les dynamiques ayant cours, devrait tirer parti des projets et des besoins émergents pour renouveler les arrangements organisationnels (Demers, 1999).

Tableau XVI : Exemples d'instruments mobilisés par l'État pour piloter une réforme²⁷⁰

Type d'instrument	Exemple	Autres informations
Législatif et réglementaire	Projet de loi 38 Projet de loi 58 Projet de loi 45	La <i>Loi modifiant La Loi sur les régies régionales de la santé</i> afin d'établir deux nouvelles RRS (RRS A et RRS B) La <i>Loi relative à la langue et aux services de santé</i> (RRS A est officiellement francophone et RRS B est officiellement anglophone) La <i>Loi modifiant La Loi sur les régies régionales de la santé</i> (changements à la composition des CA des RRS et aux règles de désignation)
Économique et fiscal	Augmentation du taux de la composante provinciale de la TVH (8 % à 10 %)	Le taux combiné fédéral-provincial de la TVH passe de 13 % à 15 %
Conventionnel et incitatif	Contrat entre l'État et FacilicorpNB	Entreprise de la partie III de la <i>Loi sur les corporations commerciales</i> (elle offre des services non cliniques partagés, comme les services de buanderie, aux deux RRS) ²⁷¹
Informationnel et communicationnel	Consultations publiques chapeautées par monsieur Gino LeBlanc Réunions publiques relativement à la préparation d'un plan stratégique en santé	Le mandat s'articulait autour des enjeux de gouvernance de la communauté acadienne et francophone et de l'accessibilité des services de santé en français Des réunions publiques se déroulant dans une dizaine de communautés au NB précédaient le dévoilement du plan <i>Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013- 2018</i>
Normes et standards <i>Best practices</i>	Données standardisées produites par le CSNB sur la performance du système de santé.	Parmi les fonctions du CSNB, l'organisme doit évaluer la qualité des services de santé et la santé de la population. Pour y arriver, l'organisme mesure six dimensions de la qualité ainsi que l'état de santé des citoyens en fonction de sept régions distinctes.

²⁷⁰ Ce tableau s'appuie sur la typologie présentée dans l'ouvrage de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (2004), « Gouverner par les instruments » (p.361).

²⁷¹ En effet, le transfert à FNB de la responsabilité des services non cliniques allait permettre aux deux RRS de mieux se concentrer sur la prestation de services cliniques à la population (FacilicorpNB, 2009).

6.2.3 La convergence des intérêts des acteurs concernés et les liens de confiance

Cette réflexion sur les instruments de gouvernance montre que l'État a intérêt à faire converger les intérêts des acteurs concernés vers les résultats escomptés, ceci, tout au long du processus de pilotage d'une réforme. Différents auteurs suggèrent d'ailleurs que les relations de confiance sont nécessaires à la coopération et la coordination entre les parties concernées (Arrow, 1984; Beaulieu et al., 2006; Gilbert et al., 2007; Lamothe, 2002; Milward, Provan, Fish, Isett, & Huang, 2009; O'Toole, 2015; Ring & Van de Ven, 1994). Or, dans le cadre de nos entretiens, plusieurs répondants ont partagé des opinions quant au manque de confiance qui régnait entre les acteurs et les organisations du système public de santé du NB.

Au sein d'un contexte pluraliste, dans lequel les capacités de gouvernance sont limitées, il importe que les acteurs concernés puissent apprendre des autres et échanger sur le projet de réforme (Denis & Langley, 2002). Le déploiement d'instruments directs fondés sur la coercition risque de miner la confiance entre les acteurs du contexte pluraliste (Gilbert et al., 2007). De plus, l'environnement complexe et incertain du système de santé impose à l'État d'en mobiliser différents types. Les instruments axés sur la persuasion, la négociation et la coopération, comme les instruments de type informationnel et communicationnel dans le tableau XVI, fournissent des cadres d'interaction qui peuvent servir à tisser des liens de confiance entre acteurs d'un contexte pluraliste (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Peters & Pierre, 1998; Salamon, 2002). Les espaces réservés au dialogue, et suscitant les débats, offrent des occasions aux acteurs interdépendants de réfléchir sur leurs manières de faire les choses et d'en trouver collectivement de nouvelles. En somme, nous croyons que ces types d'instruments sont plus adaptés au pilotage d'une réforme dans un contexte pluraliste et leur recours ne doit pas être sous-estimé par l'État.

6.2.4 La population est un acteur important dans le contexte pluraliste

Les résultats produits dans le cadre de notre étude appuient l'idée que des conflits ou soulèvements populaires accompagnent souvent les transformations et bousculent les croyances et les intérêts partagés (Le Bourhis & Lascoumes, 2014). Nous avons déjà expliqué

de quelles manières les stratégies de groupes d'acteurs associés aux RRS avaient eu des conséquences sur la progression du changement. Ainsi, à la suite du grand lancement de la réforme, des membres des deux principales communautés linguistiques ont manifesté de la résistance face à l'usage d'un instrument de type législatif et réglementaire qui servait à réduire le nombre de RRS de huit à deux. Ces contestations populaires sont un exemple supportant l'idée que le pouvoir de contrainte des instruments de gouverne n'est pas absolu (Le Bourhis & Lascoumes, 2014).

Dans cet ordre d'idées, nous pensons que les mécanismes de consultation publique peuvent à la fois favoriser l'engagement des citoyens et légitimer les décisions « difficiles » de l'État (Abelson et al., 2003; Li, Abelson, Giacomini, & Contandriopoulos, 2015). Lors du pilotage d'un changement d'envergure qui se déroule sur une longue période de temps comme une réforme, et particulièrement, dans une société au sein de laquelle il y a présence d'enjeux délicats, comme l'équité des soins et des services de santé entre deux communautés linguistiques, les consultations publiques sont peut-être un « mal nécessaire ». Autrement dit, l'État a avantage à réfléchir à la mise en œuvre d'exercices de dialogue avec les acteurs du contexte pluraliste, tout particulièrement, lorsque des décisions qui impliquent des valeurs conflictuelles doivent être prises ou lorsque leur niveau de confiance envers celui-ci est faible (Solomon & Abelson, 2012). Enfin, les structures participatives peuvent également servir à mettre en exergue les conflits de valeur et les affrontements de légitimités, qu'elles soient morales ou politiques, des acteurs qui se sentent concernés par le changement. En matière de pilotage, la bonne ou la mauvaise gestion des valeurs et des légitimités par l'État peut mener au succès ou à l'échec d'un projet de réforme (Rocher, 2005).

6.2.5 La réussite des projets de réforme et les objectifs tangibles et mesurables

Le recours à différents types d'instruments, parfois simultanément, et sur une longue période de temps, vient par ailleurs supporter l'idée générale qu'il est important pour l'État de rendre explicite une finalité. Lorsqu'une réforme est réfléchie dans un horizon temporel de plusieurs années, il nous semble crucial qu'un point convergent soit précisé, dès le départ, dans l'optique d'influencer les actions stratégiques des acteurs en relation. Quelques répondants nous ont

d'ailleurs exprimé leurs pensées quant aux changements structuraux qui ne devraient pas être imaginés comme la fin d'un projet de réforme, mais plutôt, comme des leviers utiles à l'atteinte des résultats souhaités par l'État.

Dans un autre chapitre, nous avons précisé qu'à la suite du grand lancement, le langage mobilisé par l'État pour nourrir le sentiment d'urgence et les cibles visées pour rediriger les intérêts et les attentes des acteurs étaient surtout orientés vers les aspects financiers. À l'instar de la période d'élaboration des transformations, il était principalement question de la viabilité du système public de santé, ou plus précisément, du contrôle de l'augmentation annuelle des coûts en santé. Au lendemain de l'annonce du projet de réforme par le ministre Murphy, les acteurs concernés naviguaient donc dans un environnement incertain relativement aux objectifs escomptés en matière de qualité des soins et services.

Or, la progression de l'atteinte des résultats visés par une réforme d'un système public de santé pourrait être clarifiée grâce à la formulation de cibles claires et cohérentes (Denis et al., 2015; Keiser & Meier, 1996) qui vont au-delà de celles financières et qui interpellent les acteurs concernés. Dans une logique d'apprentissage continu, les acteurs en interaction doivent être au courant de leurs performances respectives de même que des résultats positifs de leur coopération et de ses modalités (Friedberg, 1993). Des « feedback loops » (*boucles de rétroaction*) (Best et al., 2012) quant à la qualité des soins et des services pourraient ainsi inciter l'État et les autres acteurs clés de la gouverne à s'adapter tout au long du parcours.

Toutefois, nous sommes conscientes que le monitoring de l'évolution d'un changement peut poser un dilemme pour l'État. La mesure précise de la performance peut mettre en évidence certaines failles présentes au sein du système public de santé, et donc, soulever des risques politiques. Ces failles, qui ne peuvent pas toujours être dissociées du contexte systémique et de l'histoire de la société, sont souvent hors du contrôle direct de l'État. En considérant que ce geste d'appréciation des résultats peut être périlleux politiquement, nous pensons qu'il peut également être le point de départ d'un processus de mobilisation et de légitimation. En somme, l'engagement des acteurs clés autour d'indicateurs de qualité ou de performance, en plus de réduire la manifestation de diverses interprétations ou la dispersion des efforts, peut mener au

développement d'un processus de production commune de connaissances portant sur le devenir d'un collectif (Hatchuel, 2000).

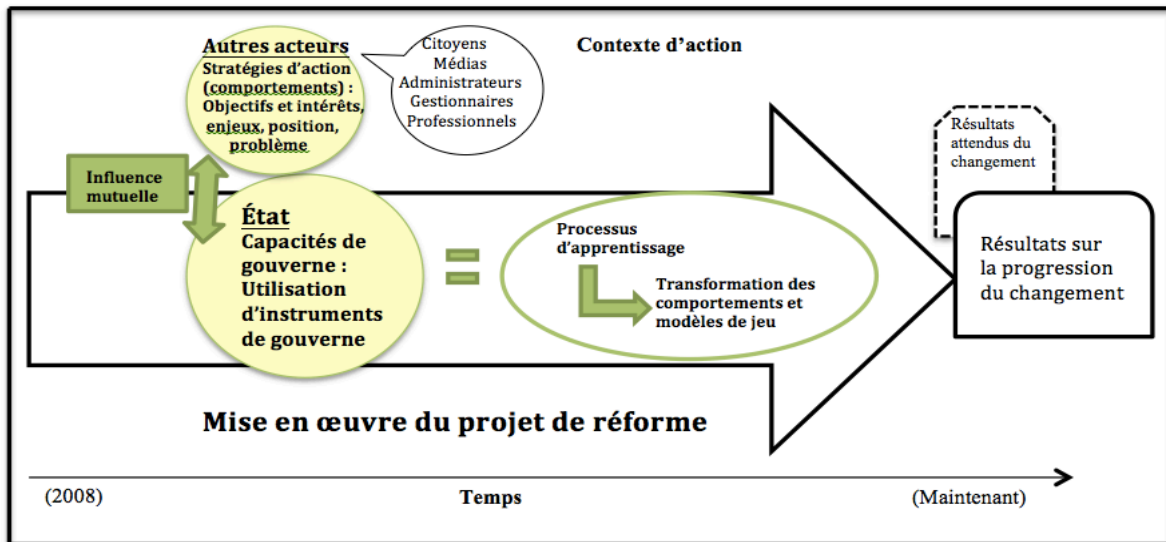
6.3 Amendements au modèle théorique sur la mise en œuvre et le pilotage d'une réforme dans un contexte pluraliste

Nos réflexions relatives au pilotage d'un projet de réforme mené à un système public de santé et aux dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés qui influencent son évolution, nous mènent maintenant à apporter des modifications à notre cadre théorique de départ. Notre analyse de la progression du changement dans le système de santé du NB entre 2008 et 2015 nous permet donc de préciser certaines dimensions clés de notre cadre théorique. Ces précisions touchent notamment les instruments de gouverne, le processus d'apprentissage continu et la finalité. À la suite de ces explications, la figure 12 révèle notre cadre théorique « Pilotage d'une réforme d'un système public de santé » avec les modifications apportées.

6.3.1 Le choix des instruments de gouverne s'inscrit dans les dynamiques d'interaction des acteurs

Le lecteur peut constater que dans notre cadre théorique de départ qui est repris ci-dessous, l'État et les autres acteurs du contexte pluraliste, comme les citoyens ou les professionnels, font partie de deux espaces distincts. Le grand cercle entourant les acteurs associés à l'État vise à mettre en évidence la place particulière qu'ils occupent dans la gouverne (Hatchuel, 2000). Une flèche ombrée vise à montrer que ces deux groupes d'acteurs s'influencent mutuellement, ce qui peut avoir des répercussions sur la mise en œuvre du projet de réforme ainsi que son pilotage.

Figure 1 : Pilotage d'une réforme d'un système public de santé : cadre théorique



Ainsi, l'État et les autres acteurs concernés du contexte pluraliste sont interdépendants et leurs relations sont imprégnées d'échanges négociés (Friedberg, 1993) qui ont lieu sur une base continue et qui influencent la direction du changement. L'État, afin de composer avec les attentes et intérêts de ces acteurs, et par surcroît, de s'inscrire dans l'action collective, mobilise des instruments mis à sa disposition dans l'optique de diriger le changement dans la direction voulue (Lascoumes & Le Galès, 2004). Afin d'orchestrer l'avancement du projet de réforme, l'État a recours à des instruments qui lui permettent d'exprimer son autorité, mais aussi, il en mobilise d'autres, moins directs, en réaction aux comportements des acteurs de la gouverne. Comme il en est question dans la section suivante, cette adaptation de l'État au contexte en évolution caractérise le processus d'apprentissage continu.

L'approfondissement de nos connaissances sur les différents types d'instruments de gouverne et la manière avec laquelle ils s'insèrent dans les enjeux et stratégies des acteurs du contexte pluraliste nous incitent à les préciser dans notre cadre théorique. Cet éclaircissement nous semble nécessaire, puisque nous avons constaté qu'au sein d'un contexte pluraliste en constante évolution, autant des instruments directs que d'autres, indirects, sont mobilisés par

l'État pour s'inscrire dans les dynamiques des acteurs. La figure 12 inclut donc les différents types d'instruments de gouverne, qui s'insèrent dans les catégories de pensée, d'action et de jugement des acteurs, et qui tentent de les déplacer ou de les reformuler (Lascoumes, 1996).

6.3.2 Le choix des instruments de gouverne fait partie d'un processus d'apprentissage continu

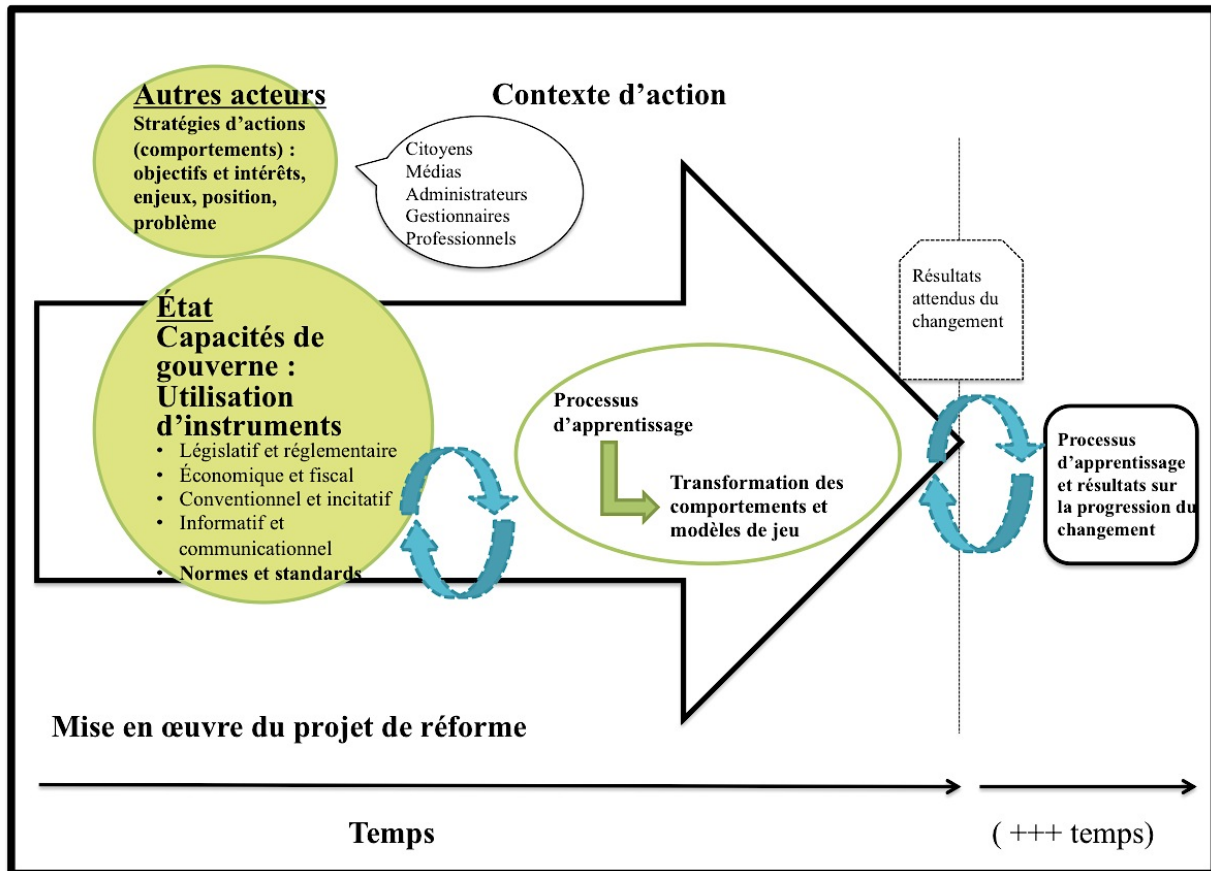
Nos résultats ont permis d'appuyer les propos de Lascoumes (1996) qui suggère que les projets de transformations conduits par l'État s'accomplissent sous influences. Comme nous l'avons déjà dit, la mobilisation d'instruments de gouverne particuliers se fait en grande partie pour réagir aux dynamiques relationnelles des acteurs de la gouverne. En d'autres mots, les actions stratégiques des acteurs et certains événements forcent en quelque sorte l'État à s'adapter et à rechercher de « meilleurs » instruments pour canaliser les comportements et renouveler sa légitimité. Le recours par l'État à des instruments différents s'inscrit dans les croyances et les intérêts des acteurs, et aussi, dans un contexte systémique qui dépasse les bornes du système de santé.

Comme il est possible de le constater dans la figure 1, notre cadre théorique de départ incluait la dimension de processus d'apprentissage. Nous souhaitions étudier les conséquences du processus d'apprentissage sur les capacités de gouverne de l'État et les comportements des autres acteurs concernés. La durée temporelle du phénomène étudié ne nous a pas permis d'approfondir comme il avait été souhaité le processus d'apprentissage en cours et nous croyons que des modifications à notre modèle théorique devraient aller en ce sens. Nous pensons effectivement qu'une étude longitudinale permettrait d'approfondir les connaissances quant au processus d'apprentissage actuel de l'État, en gardant à l'esprit son recours à un instrument particulier, soit le CSNB. Dans le cadre d'une plus longue période de temps, il serait pertinent d'étudier les conséquences de la mobilisation de cet instrument (en gras dans la figure 12), qui a contribué au développement de normes et de standards, et ainsi, à la modification des comportements, sur la mise en oeuvre et le pilotage du projet de réforme. Notre nouveau cadre théorique inclut donc cet ajout en matière de temporalité et de progression du processus continu d'apprentissage organisationnel.

6.3.3 Le maintien des alignements proposés par l'État

La figure 1 montre que notre cadre théorique de départ incluait la dimension « résultats attendus du changement ». Or, nous avons vu qu'au fil du temps, les acteurs du contexte pluraliste ont perdu de vue la finalité concrète imaginée par l'État, qui devait bien évidemment dépasser les changements structurels. Le recours à des instruments variés, parfois de façon simultanée, peut comporter des risques quant au maintien des alignements proposés par l'État sur une longue période de temps. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les objectifs poursuivis en matière de performance du système de santé, ou de qualité des soins et des services, ne sont pas définis clairement dès le départ. Dans la figure 12, les flèches bleues en boucle servent à mettre l'accent sur deux dimensions inter reliées qui nous apparaissent dorénavant cruciales lorsqu'il est question d'évolution et de pilotage d'un projet de réforme. D'une part, elles montrent l'importance pour l'État de mesurer et de faire connaître les résultats atteints tout au long du processus afin de garder le cap sur leur progression. D'autre part, elles servent à révéler l'adaptation constante de l'État en réaction à la trajectoire du changement et à la finalité poursuivie, et donc, aux stratégies des autres acteurs concernés et à l'évolution du contexte dans une longue période de temps.

Figure 12 : Cadre théorique « Pilotage d'une réforme d'un système public de santé » avec modifications



Chapitre 7 - Conclusion et contributions de notre étude

Les modifications que nous avons apportées à notre cadre théorique terminaient donc notre discussion sur la mise en œuvre et le pilotage d'une réforme d'un système public de santé au sein d'un contexte pluraliste. Dans ce chapitre, nous présentons notre conclusion, dans laquelle nous proposons des recommandations concrètes aux décideurs publics en matière de conduite de réforme de système public de santé, les principales contributions de notre étude à la théorie et à la pratique, ainsi que des pistes de recherches futures.

7.1 Conclusion et recommandations concrètes aux décideurs publics

Ce projet de recherche visait à répondre à certaines interrogations touchant les projets de réforme d'un système public de santé, comme celles de comprendre le pilotage d'un changement exercé par l'État ainsi que les dynamiques et facteurs qui influencent son évolution. Pour y arriver, nous avons développé un modèle théorique qui s'appuie sur l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) et sur l'approche des instruments d'action publique de Lascoumes et Le Galès (2004). Les résultats produits ont mis en évidence les dynamiques interactionnelles des acteurs du contexte pluraliste et leurs influences sur le cours de l'action collective. Nos observations ont montré comment les comportements stratégiques des acteurs concernés et d'autres facteurs du contexte systémique, comme les enjeux linguistiques, rendent très difficile la programmation du changement par l'État dans un long horizon temporel. Dans l'optique de rediriger la trajectoire du changement dans le sens voulu, l'État a recourt à différents instruments et leur choix peut être envisagé comme un processus continu d'apprentissage organisationnel.

Au sein du système de santé du NB, nous avons montré de quelles façons les acteurs clés identifiés, c'est-à-dire l'État, les deux RRS, le CSNB et FNB, se sont mobilisés au fil du temps autour d'enjeux ayant trait notamment à l'accès et à la coordination des soins et services et à la performance du système de santé. Ces quelques enjeux ont poussé ces différents acteurs à « passer à l'action » à certains moments, ce qui a fait progresser le projet de réforme dans une

trajectoire spécifique. L'État, qui occupe une position d'autorité particulière, a l'obligation de s'inscrire dans les dynamiques d'interaction des acteurs, c'est-à-dire de « réagir » face à celles-ci. C'est dans cette optique qu'il mobilise divers instruments, qu'ils soient directs, comme les modifications apportées à la *Loi*, ou indirects, à l'exemple de la création du CSNB et de son rôle joué dans la production de normes et de standards. L'adaptation naturelle de l'État aux enjeux et stratégies des acteurs, par exemple à l'apparition de l'enjeu de la participation citoyenne, sert à mettre en évidence le caractère continu du changement. Pendant la période analysée, le projet de réforme a évolué en fonction de la réaction de l'État au contexte en évolution, par son expérimentation dans l'action, et comme nous l'avons vu, il va continuer à progresser dans le temps.

En gardant à l'esprit cette grande complexité entourant la mise en œuvre des projets de réforme des systèmes publics de santé, qui rend ces processus difficiles à orchestrer, nous émettons quatre recommandations utiles aux décideurs publics quant à la production de futures transformations. Afin d'orienter les actions stratégiques des acteurs de la gouverne et d'être en mesure de déterminer intentionnellement le cours de l'action collective, nous proposons :

1. Des objectifs tangibles pour orchestrer l'avancement du projet de réforme

Puisqu'une réforme d'un système public de santé est un long processus qui est soumis à la présence de nombreux acteurs en relation, et que la mobilisation en simultané d'instruments de gouverne peut avoir des conséquences sur le maintien des alignements proposés, afin de produire les transformations, il importe que l'État précise une finalité dès le départ. En plus de la définition de cette finalité, l'État devrait mesurer les résultats atteints et les partager avec les autres acteurs concernés, et ceci, tout au long de la progression du projet de réforme. La direction souhaitée est relative à l'amélioration des soins et des services offerts à la population et elle dépasse donc la restructuration du système de santé.

2. Des normes et standards comme support au processus continu d'apprentissage

Les organismes comme le CSNB jouent un rôle crucial au sein d'un système public de santé en raison principalement des données standardisées qu'ils produisent. Ces données standardisées sont utiles à l'État dans le monitoring d'un projet de réforme, mais surtout, elles sont à l'origine d'un processus continu d'apprentissage au sein du contexte pluraliste en influençant les dynamiques entre les acteurs concernés. Lorsque l'État a recours à un tel instrument, il doit envisager les effets de l'encadrement normatif qu'il engendre sur l'amélioration de la qualité des soins et des services dans un long horizon temporel. Par ailleurs, l'État doit réfléchir aux liens qui caractérisent les relations entre un organisme comme le CSNB et les autres acteurs clés, car ils peuvent avoir des conséquences sur l'appropriation et l'interprétation des indicateurs de performance, et de manière générale, sur l'apprentissage organisationnel.

3. Des instruments moins dirigistes pour canaliser l'action collective

Dans un contexte pluraliste, la diversité des acteurs, et les relations complexes de pouvoir qui les unissent, limitent les capacités de pilotage de changements profonds. L'État a cependant la responsabilité de s'inscrire dans les enjeux de ces parties afin de diriger l'action collective dans la trajectoire imaginée. Afin de produire des transformations au sein d'un tel contexte, il ne doit pas laisser pour compte les instruments indirects, c'est-à-dire ceux moins dirigistes, qui sont basés sur la communication et la mobilisation, et conséquemment, qui peuvent lui servir à renouveler sa légitimité.

4. Des mécanismes de consultations publiques pour gérer les résistances

La population représente un acteur clé des projets de réforme des systèmes publics de santé, et les résistances ou les mouvements de contestations qui suivent leur annonce et qui bouleversent les représentations ne sont pas des phénomènes anormaux. Tandis que la mise en oeuvre d'espaces de dialogue public peut être coûteuse en matière de temps et de l'énergie et qu'elle comporte certains défis, nous croyons qu'elle permet à l'État d'interagir de manière directe avec ce groupe d'acteurs particuliers. De tels mécanismes de délibération lui permettent ainsi

de « réagir » aux manœuvres ou aux stratégies des parties concernées, ceci, en les persuadant par la communication d'arguments ou en trouvant des terrains d'entente par le biais de négociations. En somme, les consultations populaires devraient permettre à l'État de prendre des décisions plus éclairées et basées sur des informations, et donc, elles sont des leviers de légitimation.

7.2 Contribution de notre étude à la théorie

Le modèle théorique qui découle de notre étude contribue à enrichir la question de la mobilisation d'instruments de gouverne dans la conduite de changement d'envergure, et ceci, à différents niveaux :

- À notre connaissance, il n'existe pas de recherches qui mettent en relation les approches de l'analyse organisationnelle de Crozier et Friedberg (1987) et de l'instrumentation de l'action publique de Lascoumes et Le Galès (2004) dans le contexte du pilotage d'une réforme d'un système public de santé. Dans le cadre de notre étude, nous avons démontré de manière originale comment les dynamiques entre les acteurs d'un contexte pluraliste influencent l'évolution de l'action collective et la mobilisation d'instruments de gouverne.
- Nous avons enrichi la typologie de Lascoumes et Le Galès (2004) en proposant des exemples concrets pour chaque type d'instrument (législatif et règlementaire; économique et fiscal; conventionnel et incitatif; informatif et communicationnel; normes et standards).
- Nous avons proposé d'envisager le recours aux instruments de gouverne dans une perspective d'évolution du contexte et d'adaptation continue de l'État. À notre connaissance, il existe peu d'études qui ont exploré le choix des instruments de gouverne comme faisant partie d'un processus continu d'apprentissage.

7.3 Contributions de notre étude à la pratique

Les connaissances nouvelles et pratiques produites dans le cadre de notre étude peuvent avoir une valeur pragmatique pour les décideurs publics et les autres acteurs concernés des systèmes de santé. Voici de quelles manières elles peuvent être utiles :

- Puisque nous sommes la première chercheuse à documenter le système de santé du NB sous l'angle des instruments de gouverne et des enjeux et stratégies des acteurs d'un contexte pluraliste, nous fournissons une plateforme de travail originale aux étudiants en politiques publiques.
- Les décideurs publics peuvent intégrer nos connaissances sur les dynamiques entre les acteurs en relation au sein d'un système de santé public et le recours aux divers instruments de gouverne dans le but d'influencer leurs comportements et de faire avancer un projet de réforme dans une direction voulue.
- Les acteurs en position d'autorité peuvent dorénavant porter une attention particulière à l'importance de définir une finalité dès le départ et de mesurer des résultats tangibles pendant tout le parcours.
- En somme, les acteurs en position d'autorité peuvent maintenant réaliser toute la complexité qui entoure les processus de réforme et les considérer dans un long horizon temporel.

7.4 Pistes de recherches futures

Nous sommes consciente que les résultats que nous avons produits contribuent modestement à la compréhension de la mise en œuvre et du pilotage d'un changement d'envergure, comme une réforme d'un système public de santé. En revanche, nous croyons que les réflexions

concernant ce processus complexe peuvent être enrichies par de futurs travaux de recherche qui touchent différents aspects de notre cadre théorique :

- Durant la période étudiée, nous n'avons pas été en mesure d'analyser en profondeur l'adaptation de l'État aux dynamiques d'interaction des acteurs concernés et les conséquences de celles-ci sur le processus continu d'apprentissage. De futures recherches, s'inscrivant dans un plus long horizon temporel, pourraient s'intéresser aux choix des instruments de gouverne dans une perspective d'apprentissage organisationnel.
- Dans cet ordre d'idées, il semblerait pertinent de se pencher sur les effets à plus long terme d'un type d'instrument particulier identifié par Lascoumes et Le Galès (2004), en l'occurrence les normes et standards. Nous avons convenu que ce type d'instrument fournissait un cadre normatif influençant les relations entre les acteurs du contexte pluraliste. Des travaux pourraient explorer les effets à long terme des données standardisées produites par un organisme comme le CSNB sur la performance du système de santé.
- Nous avons expliqué que certains facteurs du contexte systémique, nommé « contexte d'action » dans notre cadre théorique, peuvent avoir des répercussions sur la trajectoire d'un changement. D'une part, des facteurs de l'environnement externe, comme les enjeux linguistiques, motivent de temps à autre des acteurs clés de la gouverne à « passer à l'action ». D'autre part, des événements, comme les changements au niveau des partis politiques, ne semblent pas influencer considérablement la grande trame du changement. Il nous apparaît donc pertinent d'explorer de manière plus approfondie les caractéristiques dynamiques du contexte systémique sur l'évolution d'une réforme d'un système public de santé, et plus particulièrement, sur l'adaptation de l'État face à celles-ci.

Bibliographie

- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F.-P. (2002). Obtaining public input for health - systems decision - making: Past experiences and future prospects. *Canadian Public Administration*, 45(1), 70-97.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F.-P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*, 57(2), 239-251.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big questions in public network management research. *Journal of public administration research and theory*, 11(3), 295-326.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2004). *Collaborative public management: New strategies for local governments*. Washington: Georgetown University Press.
- Allaire, Y., & Firsirotu, M. (1985). How to implement radical strategies in large organizations. *Sloan Management Review*, 26(3), 19.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livian, Y.-F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Éditions du Seuil.
- Angus, D. E. (1997). Les systèmes de santé publics de demain: l'équité sacrifiée au profit de l'efficience? *RUPTURES-MONTREAL*, 4, 206-217.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Arrow, K. J. (1984). *The economics of information* (Vol. 4). Cambridge: Harvard University Press.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-145.
- Autissier, D., Vandangeon, I., & Vas, A. (2014). *Conduite du changement: concepts-clés: 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs* (Deuxième ed.). Paris : Dunod.
- Balkundi, P., & Kilduff, M. (2006). The ties that lead: A social network approach to leadership. *The Leadership Quarterly*, 17(4), 419-439.
- Barde, J.-P. (1994). Instruments économiques pour la protection de l'environnement : l'expérience des pays de l'OCDE. *D.P.C.I.*, 1(20), 41-67.
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J.-M. (2007). La collecte de données et la gestion de leurs sources. *Méthodes de recherche en management*, 228-262.

- Beard, H. P. J. R., & Bloom, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*, 385(9968), 658.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Guay, H. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- Béjean, S., & Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, 81(1), 77-97.
- Belley, S., & Saint-Pierre, D. (2017). *L'administration des territoires et les instruments de l'action publique*. Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Belliveau, J. (2008). *Tradition, libéralisme et communautarisme durant les «Trente glorieuses»: Les étudiants de Moncton et l'entrée dans la modernité avancée*. (Thèse de doctorat), Université de Montréal Montréal : Faculté des études supérieures.
- Belliveau, J., & Boily, F. (2005). Deux révolutions tranquilles? Transformations politiques et sociales au Québec et au Nouveau-Brunswick (1960-1967). *Recherches sociographiques*, 46(1), 11-34.
- Benson, J. K. (1982). A framework for policy analysis. In T. Miyakawa (Ed.), *The science of public policy: Essential Readings In Policy Sciences* (Vol. V, pp. 137-201). Ames: Iowa State University Press.
- Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large - system transformation in health care: a realist review. *The Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456.
- Blank, R. H., & Burau, V. (2013). *Comparative health policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Bouchard, P., & Vézina, S. (1994). La réforme des services de santé : rationalisation ou rationnement. *Égalité*, 36, 121-142.
- Bouchard, P., & Vézina, S. (2001). Modernisation de l'administration publique au Nouveau-Brunswick, démocratie et bureaucratie : le modèle de Louis J. Robichaud *L'ère Robichaud* (pp. 55-68). Moncton : Collection Maritimes.
- Bouchard, P., & Vézina, S. (2005). Décentralisation, gouvernance et développement de la minorité francophone au Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*(19), 95-106.
- Boudreau, A. (2009). La construction des représentations linguistiques: le cas de l'Acadie. *The Canadian Journal of Linguistics/La revue canadienne de linguistique*, 54(3), 439-459.

- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bressers, H. T. A., & Klok, P.-J. (1988). Fundamentals for a theory of policy instruments. *International journal of social economics*, 15(3/4), 22-41.
- Bressers, H. T. A., & O'Toole Jr, L. J. (1998). The selection of policy instruments: A network-based perspective. *Journal of public policy*, 18(03), 213-239.
- Bressers, H. T. A., & O'Toole Jr, L. J. (2005). Instrument selection and implementation in a networked context. In P. Eliadis, M. M. Hill, & M. Howlett (Eds.), *Designing government: From instruments to governance* (pp. 132-153). Montréal : McGill-Queen's University Press.
- Brock, D. M. (2006). The changing professional organization: A review of competing archetypes. *International Journal of Management Reviews*, 8(3), 157-174.
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2005). *L'analyse stratégique, modèle d'analyse ou démarche théorique pour l'évaluation de l'implantation*. Montréal : Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas/Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université McGill/Université de Montréal.
- Brown, S. L., & Eisenhardt, K. M. (1997). The art of continuous change: Linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations. *Administrative science quarterly*, 1-34.
- Burgelman, R. A. (1991). Intraorganizational ecology of strategy making and organizational adaptation: Theory and field research. *Organization science*, 2(3), 239-262.
- Burnes, B. (2004). Emergent change and planned change-competitors or allies? The case of XYZ construction. *International Journal of Operations & Production Management*, 24(9), 886-902.
- Byrne, E. G. (1963). *Rapport de la Commission Royale sur la finance et la taxation municipale au Nouveau-Brunswick*. Nouveau-Brunswick.
- Callon, M., Barthe, Y., & Lascoumes, P. (2014). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Seuil.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Étude No. 39).
- Champagne, F., & Romanow, R. J. (2002). *The ability to manage change in health care organizations*. Ottawa : Commission on the Future of Health Care in Canada (Discussion paper No. 39).

- Child, J., & McGrath, R. G. (2001). Organizations unfettered: Organizational form in an information-intensive economy. *Academy of Management journal*, 44(6), 1135-1148.
- Comité d'étude sur les services de santé. (1999). *Étude sur les services de santé : Rapport du Comité*. Nouveau-Brunswick.
- Comité permanent des soins de santé. (2011a). *Document de travail sur la gouvernance des régies régionales de la santé préparé à l'intention du Comité permanent des soins de santé* Nouveau-Brunswick.
- Comité permanent des soins de santé. (2011b). *Premier rapport du Comité permanent des soins de santé*. Nouveau-Brunswick.
- Comité spécial des soins de santé. (2001). *Ensemble pour le mieux-être : Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*. Nouveau-Brunswick : Troisième session de la 54^e législature
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2009). *Rapport annuel 2008-2009*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2010). *Rapport annuel 2009-2010*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2011a). *Rapport annuel 2010-2011*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2011b). *Recommandations à la ministre de la Santé du Nouveau - Brunswick, Vers un système de santé public provincial planifié, intégré et axé sur les citoyens*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2012). *Rapport annuel 2011-2012*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2014). *Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2014*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2015a). *La variabilité dans la qualité des services de santé au Nouveau-Brunswick*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2015b). *La viabilité du système de santé du Nouveau-Brunswick*.
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2016). *Reconnaître et cibler les priorités en santé de la population*
- Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3), 142-150.
- Contandriopoulos, A.-P. (2005). *L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec*: PUM.

- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Contandriopoulos, A.-P., & Trottier, L.-H. (1998). Epilogue: L'hôpital dans le système de soins de demain. *RUPTURES-MONTREAL*, 5, 106-120.
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health policy*, 95(2), 144-152.
- Contandriopoulos, D., & Denis, J.-L. (2012). Leading transformation in public delivery systems. In C. Teelken, E. Ferlie, & M. Dent (Eds.), *Leadership in the Public Sector: Promises and Pitfalls* (pp. 44-61).
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1987). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cuccurullo, C., & Lega, F. (2013). Effective strategizing practices in pluralistic settings: the case of Academic Medical Centers. *Journal of Management & Governance*, 17(3), 609-629.
- Cyr, G. (2001). Le programme Chances égales pour tous : une vue d'ensemble *L'ère Robichaud* (pp. 143-168). Moncton: Collection Maritimes.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94.
- De Bruijn, J., & Ten Heuvelhof, E. (1997). Instruments for network management. *Managing complex networks: Strategies for the public sector*, 119-136.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *GESTION-MONTREAL*, 24, 131-139.
- Demers, C. (2007). *Organizational change theories: A synthesis*: sage.
- Denis, J.-L. (2004). Gouvernance et changement dans le système de santé au Canada. In P.-G. Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Les forces de changement dans le système de santé canadien, les études de la commission romanow : volume II* (pp. 87-122). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

- Denis, J.-L., Brown, L., Forest, P.-G., Normandin, J.-M., Cambourieu, C., Cannizzaro, V., & Préval, J. (2015). Policy capacity for health system reform: Montreal: GETOSS.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (1989). Politique publique et changement dans les organisations de santé: le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec. *Politiques et management public*, 7(2), 191-216.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management journal*, 44(4), 809-837.
- Denis, J.-L., & Langley, A. (2002). Conclusion. Faut-il changer nos façons de changer? *Gestion*, 27(3), 151-152.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Pineault, M. (1996). Devenir leader dans une organisation complexe. *Gestion*, 21(4), 15-24.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2006). The power of numbers in strategizing. *Strategic Organization*, 4(4), 349-377.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.
- Denis, J.-L., & van Gestel, N. (2015). Leadership and innovation in healthcare governance *The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance* (pp. 425-440). New York : Springer.
- Dente, B. (1995). Introduction: The globalization of environmental policy and the search for new instruments *Environmental Policy in Search of New Instruments* (pp. 1-20): Springer.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, L. Groux, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Desrosières, A. (2000). *La politique des grands nombres: histoire de la raison statistique*. Paris : La Découverte.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche: guide pour le chercheur en sciences de la santé*: PUM.
- Dufour, Y., & Lamothe, L. (1999). Les approches au changement dans les systèmes de santé. In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, & V. Lemieux (Eds.), *Le système de santé québécois: un modèle en transformation* (pp. 313-339). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

- Dupuy, C., & Pollard, J. (2012). A quoi servent les rapports administratifs d'expertise? Retour sur une source écrite centrale en sociologie de l'action publique. *Travaux de science politique/Political Science Working Paper Series*, 1-32.
- Edelenbos, J., & Klijn, E.-H. (2007). Trust in complex decision-making networks a theoretical and empirical exploration. *Administration & Society*, 39(1), 25-50.
- Égalité Santé en Français. (2011). *Présentation au Comité permanent des soins*. Retrieved from <http://www.egalitesante.com/wp-content/uploads/ESF-PresentationComitepermanentdesoinsdesante20110826.pdf>
- Égalité Santé en Français. (2013). *Vers l'égalité réelle en santé au Nouveau-Brunswick : à pas de tortue!* .
- Égalité Santé en Français. (2015). « *Malgré le contexte budgétaire actuel, l'égalité réelle en santé doit être la priorité* » *La révision des programmes du gouvernement du NB*
- Elmore, R. F. (1987). Instruments and strategy in public policy. *Review of Policy Research*, 7(1), 174-186.
- FacilicorpNB. (2009). *FacilicorpNB Rapport annuel 2008-2009*.
- FacilicorpNB. (2010). *FacilicorpNB Rapport annuel 2009-2010*.
- FacilicorpNB. (2012). *FacilicorpNB Rapport annuel 2011-2012*
- FacilicorpNB. (2015). *FacilicorpNB Rapport annuel 2014-2015*.
- Feldman, M. S. (2000). Organizational routines as a source of continuous change. *Organization science*, 11(6), 611-629.
- Ferlie, E., & FitzGerald, L. (2002). Le changement dirigé par le haut au Royaume-Uni : un point de vue politique. *Gestion*, 27(3), 125-133.
- Ficet, J. (2016). Les instruments d'action publique. Choix, mise en oeuvre, évaluation. In L. Albarello, D. Aubin, C. Fallon, & B. Van Haepere (Eds.), *Penser l'évaluation des politiques publiques* (pp. 55-75). Paris : De Boeck Supérieur.
- Fines, L. (2010). L'utilisation des données médiatiques en recherche qualitative: contexte d'histoire immédiate, informations pertinentes et arènes de négociation. *Recherches Qualitatives*, 29(1), 165-188.
- FitzGerald, L., Ferlie, E., McGivern, G., & Buchanan, D. (2013). Distributed leadership patterns and service improvement: Evidence and argument from English healthcare. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 227-239.
- Fooks, C., & Lewis, S. (2002). *Romanow and beyond: A primer on health reform issues in Canada*. Ottawa : Canadian Policy Research Networks (Discussion paper No H05).

- Ford, J. D., & Ford, L. W. (1994). Logics of identity, contradiction, and attraction in change. *Academy of management review*, 19(4), 756-785.
- Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L. D., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity. *International journal of health policy and management*, 4(5), 265.
- Foro, A., Denis, J.-L., & Champagne, F. (2011). Comprendre les défis de la gouvernance en contexte pluraliste: le cas du programme VIH en Haïti. *Revue Gouvernance*, 8(1), 1-27.
- Foudriat, M. (2011). *Sociologie des organisations*. Londres : Pearson.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle* (Deuxième édition revue et complétée ed.). Paris, Seuil.
- Friedberg, E. (2009). Pouvoir et négociation. *Négociations*(2), 15-22.
- Gherardi, S., Nicolini, D., & Odella, F. (1998). Toward a social understanding of how people learn in organizations: The notion of situated curriculum. *Management learning*, 29(3), 273-297.
- Gilbert, F. (2010). *L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins : l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille*. (Thèse de doctorat), Université de Montréal, Montréal : Faculté des études supérieures.
- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M., & Denis, J.-L. (2007). Le pilotage des réformes. *Le système sociosanitaire du Québec: gouvernance, régulation et participation*, 39-47.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3), 12-22.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes: En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie? : Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Étude No 8)*.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of management review*, 21(4), 1022-1054.
- Habib, J., & Vandangeon-Derumez, I. (2015). Le rôle du leader formel dans la transformation des organisations pluralistes. *Revue française de gestion*(2), 45-66.
- Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2014). *L'instrumentation de l'action publique: controverses, résistances, effets*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2009). *Théorie des organisations: de l'intérêt de perspectives multiples* (Deuxième ed.). Paris : De Boeck Supérieur.

- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? In E. Heurgon & J. Landrieu (Eds.), *Prospective pour une gouvernance démocratique* (pp. 29-41). Paris: Editions de l'Aube.
- Hedberg, B., & jöhsson, S. (1977). Strategy formulation as a discontinuous process. *International Studies of Management & Organization*, 7(2), 88-109.
- Helms-Mills, J. (2003). *Making sense of organizational change*. Londres : Routledge.
- Hood, C. (1983). *The tools of government* London: Palgrave.
- Hood, C. (1986). *The tools of government*. Chatham: NJ: Chatham House.
- Hood, C. (2007). Intellectual obsolescence and intellectual makeovers: Reflections on the tools of government after two decades. *Governance*, 20(1), 127-144.
- Howlett, M. (1991). Policy instruments, policy styles, and policy implementation. *Policy Studies Journal*, 19(2), 1-21.
- Howlett, M. (2005). What is a policy instrument? Tools, mixes, and implementation styles. In P. Eliadis, M. M. Hill, & M. Howlett (Eds.), *Designing government: From instruments to governance* (pp. 31-50). Montréal: McGill-Queen's University Press.
- Howlett, M. (2009). Government communication as a policy tool: A framework for analysis. *Canadian Political Science Review*, 3(2), 23-37.
- Howlett, M. (2010). *Designing public policies: Principles and instruments*. New York : Routledge.
- Howlett, M. (2014). Policy Design What, who, why and how? . In C. Halpern, P. Lascombes, & P. Le Galès (Eds.), *L'instrumentation de l'action publique* (pp. 281-316): Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1993). Patterns of policy instrument choice: Policy styles, policy learning and the privatization experience. *Policy Studies Review*, 12(1), 3-24.
- Howlett, M., & Rayner, J. (2007). Design principles for policy mixes: cohesion and coherence in 'new governance arrangements'. *Policy and Society*, 26(4), 1-18.
- Huberman, A. M., Miles, M. B., De Backer, C., & Lamongie, V. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université
- Huq, J.-L., Reay, T., & Chreim, S. (2016). Protecting the Paradox of Interprofessional Collaboration. *Organization Studies*, 38(3-4), 513-538.
- Imbeau, L. M., Chenard, K., & Dudas, A. (2002). *Les conditions de la viabilité d'un système public de santé au Canada*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Étude No 11).

- Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé
- Kassim, H., & Le Galès, P. (2010). Exploring governance in a multi-level polity: A policy instruments approach. *West European Politics*, 33(1), 1-21.
- Kaufmann-Hayoz, R., Bättig, C., Bruppacher, S., Defila, R., Di Giulio, A., Flury-Kleubler, P., . . . Jäggi, C. (2001). A typology of tools for building sustainability strategies. In R. Kaufmann-Hayoz & H. Gutscher (Eds.), *Changing Things—Moving People* (pp. 33-107). Springer Science & Business Media
- Keast, R., Mandell, M. P., Brown, K., & Woolcock, G. (2004). Network structures: Working differently and changing expectations. *Public administration review*, 64(3), 363-371.
- Keiser, L. R., & Meier, K. J. (1996). Policy design, bureaucratic incentives, and public management: The case of child support enforcement. *Journal of public administration research and theory*, 6(3), 337-364.
- Kickert, W. J. (1993). Autopoiesis and the science of (public) administration: Essence, sense and nonsense. *Organization Studies*, 14(2), 261-278.
- Kickert, W. J. (2010). Comment gérer le changement émergent et complexe: le cas de l'agencification néerlandaise. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 76(3), 515-541.
- Kickert, W. J., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing complex networks: strategies for the public sector*: Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kickert, W. J., & Koppenjan, J. F. (1997). Public management and network management: An overview. In W. J. Kickert, E. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing complex networks. Strategies for the public sector* (pp. 35-61). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Klijn, E.-H. (1996). Analyzing and managing policy processes in complex networks a theoretical examination of the concept policy network and its problems. *Administration & Society*, 28(1), 90-119.
- Klijn, E.-H. (1997). Policy networks: An overview. *Managing complex networks: Strategies for the public sector*, 14-34.
- Klijn, E.-H., Edelenbos, J., & Steijn, B. (2010). Trust in Governance Networks Its Impacts on Outcomes. *Administration & Society*, 42(2), 193-221.
- Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. (2016). The Shift toward Network Governance. In S. Van de Walle & S. Groeneveld (Eds.), *Theory and Practice of Public Sector Reform* (pp. 158-177). New York: Routledge.

- Klijin, E.-H., Koppenjan, J., & Termeer, K. (1995). Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. *Public administration*, 73(3), 437-454.
- Klijin, E.-H., & Teisman, G. R. (1997). Strategies and games in networks. In W. J. Kickert, E. Klijin, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing complex networks. Strategies for the public sector* (pp. 98-118). Thousand Oaks: Sage Publication Inc.
- Koppenjan, J. F. M., & Klijin, E.-H. (2004). *Managing uncertainties in networks: a network approach to problem solving and decision making*. London: Routledge.
- Kuzel, A. J. (1999). Sampling in qualitative inquiry. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (Second ed., pp. 33-45). Thousand Oaks: Sage.
- Ladouceur, S., & Robichaud, M. (2011). *Vivre sa santé en français au Nouveau-Brunswick. Le parcours engagé des communautés acadiennes et francophones dans le domaine de la santé*. Moncton : Institut d'études acadiennes.
- Lamarche, P. (2006). *Réforme*. Note du cours. Analyse du système de santé II, Université de Montréal.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés: un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30.
- Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2006). The emergence of new organizational forms: The case of networks of integrated services in healthcare. In M. Wallace, M. Fertig, & E. Schneller (Eds.), *Managing change in the public services* (pp. 57-74). Oxford : Blackwell Publishing
- Landry, R., & Varone, F. (2005). The choice of policy instruments: confronting the deductive and the interactive approaches. In P. Eliadis, M. M. Hill, & M. Howlett (Eds.), *Designing Government. From Instruments to Governance* (pp. 106-131). Montréal: McGill-Queen's University Press.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of management review*, 24(4), 691-710.
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques*, 13-32.
- Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H., & Van de Ven, A. H. (2013). Process studies of change in organization and management: unveiling temporality, activity, and flow. *Academy of Management journal*, 56(1), 1-13.
- Lascoumes, P. (1996). Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique *La gouvernabilité*, 325-338.

- Lascoumes, P. (1998). La scène publique, nouveau passage obligé des décisions? *Annale des Mines, 10*, 51-62.
- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité: de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique*(13-14), 1-15.
- Lascoumes, P. (2007). Les instruments d'action publique, traceurs de changement: l'exemple des transformations de la politique française de lutte contre la pollution atmosphérique (1961-2006). *Politique et Sociétés*., 26(2-3), 73-89.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences po.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). Introduction: L'action publique saisie par ses instruments. *Académique*, 11-44.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2010). Instrument *Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 3, pp. 325-335). Paris : Presses de Sciences Po
- Lascoumes, P., & Simard, L. (2011). L'action publique au prisme de ses instruments. *Revue française de science politique, 61*(1), 5-22.
- Lascoumes, P., & Valluy, J. (1996). Les activités publiques conventionnelles (APC): un nouvel instrument de politique publique? L'exemple de la protection de l'environnement industriel. *Sociologie du travail, 551-573*.
- Lazar, M. (1994). L'invention et la désagrégation de la culture communiste. *Vingtième siècle. Revue d'histoire, 9-18*.
- Le Bourhis, J.-P., & Lascoumes, P. (2014). Les résistances aux instruments de gouvernement. Essai d'inventaire et de typologie des pratiques. In C. Halpern, P. Lascoumes, & P. Le Galès (Eds.), (Vol. L'instrumentation de l'action publique, pp. 493-520): Paris : Presses de Sciences po.
- Le Galès, P. (2011). Policy instruments and governance. In M. Bevir (Ed.), *The sage handbook of governance* (pp. 142-159). London: Sage
- LeBlanc, G. (2010). *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*. Nouveau-Brunswick
- Lecy, J. D., Mergel, I. A., & Schmitz, H. P. (2014). Networks in public administration: current scholarship in review. *Public Management Review, 16*(5), 643-665.
- Li, K. K., Abelson, J., Giacomini, M., & Contandriopoulos, D. (2015). Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making. *Social Science & Medicine, 138*, 14-21.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing trustworthiness. *Naturalistic inquiry*, 289, 331.
- Linder, S. H., & Peters, B. G. (1989). Instruments of government: Perceptions and contexts. *Journal of public policy*, 9(01), 35-58.
- Linder, S. H., & Peters, B. G. (1998). The study of policy instruments: four schools of thought. *Public policy instruments: Evaluating the tools of public administration*, 33-45.
- Llewelyn-Davies, W., Forestier-Walker & Bor. (1970). *Study of Health Facilities in the Province of New Brunswick: Summary of Report on the Study Undertaken for the Department of Health and Welfare. Unpublished report* Fredericton, New Brunswick: Department of Health and Welfare
- Longpré, C., & Dubois, C.-A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? *BMC Health Services Research*, 15(1), 84.
- Lundy, V., & Morin, P. P. (2013). Project leadership influences resistance to change: The case of the Canadian public service. *Project Management Journal*, 44(4), 45-64.
- Lynn Jr, L. E., Heinrich, C. J., & Hill, C. J. (2001). *Improving governance: A new logic for empirical research*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Majone, G. (1997). The new European agencies: regulation by information. *Journal of European Public Policy*, 4(2), 262-275.
- Marchildon, G. P., & O'Byrne, N. C. (2013). Last Province Aboard: New Brunswick and National Medicare. *Acadiensis*, 42(1).
- Margetts, H., & Hood, C. (2016). Tools Approaches. In B. G. Peters & P. Zittoun (Eds.), *Contemporary Approaches to Public Policy* (pp. 133-154). London: Springer.
- Marin, B., & Mayntz, R. (1991). *Policy networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Mayntz, R. (1993). Governing failures and the problem of governability: some comments on a theoretical paradigm. In J. Kooiman (Ed.), *Modern governance: New government-society interactions* (pp. 9-20). London: Sage Publications.
- Mayntz, R. (2002). Common goods and governance. In A. Héritier (Ed.), *Common goods: Reinventing European and international governance* (pp. 15-27). Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Menon, A., & Sedelmeier, U. (2010). Instruments and intentionality: civilian crisis management and enlargement conditionality in EU security policy. *West European Politics*, 33(1), 75-92.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* Bruxelles: Éditions du Renouveau pédagogique: De Boeck.
- Milward, H. B., Provan, K. G., Fish, A., Isett, K. R., & Huang, K. (2009). Governance and collaboration: An evolutionary study of two mental health networks. *Journal of public administration research and theory*, 20(suppl_1), i125-i141.
- Ministère de la Santé. (2008a). *Faire progresser les soins de santé en mettant les patients au premier plan* Nouveau-Brunswick
- Ministère de la Santé. (2008b). *Faire progresser les soins de santé en mettant les patients au premier plan, Ministère de la Santé (Mars 2008) (sous embargo)*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2008c). *Rapport annuel 2006-2007*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2008d). *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2008e). *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012 Initiatives majeures*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2011). *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2012). *Rapport annuel 2011-2012*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2013). *Rebâtir les soins de santé ensemble : Plan provincial de la santé 2013-2018*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé. (2015a). *Department of Health Annual Rate of Growth*. Nouveau-Brunswick
- Ministère de la Santé. (2015b). *Rapport annuel 2014-2015*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (1989). *Commission sur certains programmes de soins de santé, Résumé du rapport sur la Commission de certains programmes de soins de santé*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires. (1995a). *Obligation pour les corporations hospitalières de rendre des comptes* Nouveau-Brunswick
- Ministère de la Santé et des Services communautaires. (1995b). *Réinvestir dans un système de santé viable, Services de santé et services communautaires planifiés* Nouveau-Brunswick.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires. (1996). *Rendre le système de santé et de services communautaires viable* Nouveau-Brunswick.

- Ministère de la Santé et du Mieux-être. (2001). *Renouveler les soins de santé au Nouveau-Brunswick-Régies régionales de la santé-Une nouvelle direction pour le 21e siècle*. Nouveau-Brunswick
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. (2004). *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick. Plan provincial de la santé 2004-2008*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2000). *Documents budgétaires*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2005). *Points saillants Budget 2005-2006*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2006). *Budget 2006-2007*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2007a). *Budget 2007-2008*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2007b). *Consultations pré-budgétaire 2007-2008*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2015). *Budget 2015-2016*. Nouveau-Brunswick.
- Ministère des Finances. (2016). *Budget 2016-2017 Fondements pour notre avenir. Investir dans les priorités du Nouveau-Brunswick*. Nouveau-Brunswick.
- Mintzberg, H. (1982). Structures et dynamique des organisations. *Economica, Paris (éd. originale: The Structuring of Organizations, 1979)*.
- Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review, 22(4)*, 9-18.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (1999). Safari en pays stratégie. *Paris, Village Mondial*.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization, 78(6)*, 717-731.
- Nadler, D. A., & Tushman, M. L. (1990). Beyond the charismatic leader: Leadership and organizational change. *California management review, 32(2)*, 77-97.
- Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science, 5(1)*, 14-37.
- Nouveau-Brunswick. (1951). Province of New Brunswick, Report of the Health Survey Committee.
- Nouveau-Brunswick. (1978). Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

- Nouveau-Brunswick. (1984). Les soins de santé au Nouveau-Brunswick 1784-1984. *Santé Nouveau-Brunswick*.
- Nouveau-Brunswick. (1992). Plan des services de santé et des services communautaires pour le Nouveau-Brunswick. *Ministère de la Santé et des Services communautaires, Fredericton, Nouveau-Brunswick*.
- Nouveau-Brunswick. (1999). Rapport du vérificateur général du Nouveau-Brunswick : 1999. *Fredericton, NB : Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick*.
- Nouveau-Brunswick. (2011a). Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018.
- Nouveau-Brunswick. (2011b). Plan sur les langues officielles, Le bilinguisme - Une force, 2011-2013.
- Nouveau-Brunswick. (2015a). Des choix pour remettre le Nouveau-Brunswick en marche. Révision stratégique des programmes
- Nouveau-Brunswick. (2015b). Impliquez-vous NB. Révision stratégique des programmes. Ce qui s'est dit.
- O'Toole Jr, L. J. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public administration review*, 45-52.
- O'Toole, L. J. (2015). Networks and networking: the public administrative agendas. *Public administration review*, 75(3), 361-371.
- Olsen, M. E. (1970). *Power in societies*. New York: Macmillan.
- Orlikowski, W. J. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information systems research*, 7(1), 63-92.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of management review*, 15(2), 203-223.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paquette, M.-A. (2012). *L'État et la gouverne des services de santé : Étude du secteur de la génétique au Québec*. (Thèse de doctorat), Université de Montréal, Montréal : Faculté des études supérieures.
- Parti Libéral du Nouveau-Brunswick. (2006). *Pacte pour le changement : le plan de Shawn Graham pour un meilleur Nouveau-Brunswick*.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage Publications

- Perret, S. (2010). *Vers une nouvelle approche instrumentale des politiques publiques de protection de l'environnement: implications conceptuelles, théoriques et méthodologiques à la lumière du cas de la politique climatique suisse*. (Thèse de doctorat), Université de Genève
- Peters, B. G., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of public administration research and theory*, 8(2), 223-243.
- Peters, B. G., & Pierre, J. (2015). Governance and policy problems: instruments as unitary and mixed modes of policy intervention. *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 37(4), 224-235.
- Pettigrew, A. M. (1985a). Contextualist research and the study of organizational change processes. *Research methods in information systems*, 53-78.
- Pettigrew, A. M. (1985b). Examining change in the long-term context of culture and politics. *Organizational strategy and change*, 269-318.
- Pettigrew, A. M. (1987). Researching strategic change. *The management of strategic change*, 337-348.
- Pettigrew, A. M. (1992). The character and significance of strategy process research. *Strategic management journal*, 13(S2), 5-16.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management journal*, 44(4), 697-713.
- Pierson, P. (1993). When effect becomes cause: Policy feedback and political change. *World politics*, 45(04), 595-628.
- Poole, M. S., & Van de Ven, A. H. (2004). Theories of organizational change and innovation processes. In M. S. Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of organizational change and innovation* (pp. 374-398). New York: Oxford University Press.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of management*, 33(3), 479-516.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.
- Provan, K. G., & Lemaire, R. H. (2012). Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public administration review*, 72(5), 638-648.

- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public - sector organizational networks. *Public administration review*, 61(4), 414-423.
- Quinn, J. B. (1980). Managing strategic change. *Sloan Management Review*, 21(4), 3-20.
- Ravinet, P. (2011). La coordination européenne «à la bolognaise». *Revue française de science politique*, 61(1), 23-49.
- Raymond Chabot Grant Thornton. (2013). *Bureau du renouveau du système de santé. Benchmarking des services et amélioration de la performance. Rapport Final, Phase 1 - Benchmarking*. Nouveau-Brunswick
- Reamy, J. (1995). Health service regionalization in New Brunswick, Canada: A bold move. *International Journal of Health Services*, 25(2), 271-282.
- Régie Régionale de la Santé A. (2009). *Rapport annuel 2008-2009*.
- Régie Régionale de la Santé A. (2010). *Rapport annuel 2009-2010*.
- Régie Régionale de la Santé B. (2009). *Rapport annuel 2008-2009*.
- Réseau de santé Horizon. (2010a). *Rapport annuel 2009-2010*.
- Réseau de santé Horizon. (2010b). *Strategic Plan 2010-2013*.
- Réseau de santé Horizon. (2013a). *Le réseau de santé Horizon et le processus d'excellence du rendement*.
- Réseau de santé Horizon. (2013b). *Rapport annuel 2012-2013*.
- Réseau de santé Horizon. (2014). *Rapport annuel 2013-2014*.
- Réseau de santé Horizon. (2015). *Le réseau de santé Horizon et ses partenaires. Vers un avenir plus sain pour le Nouveau-Brunswick*.
- Réseau de santé Vitalité. (2013). *Rapport annuel 2012-2013*.
- Réseau de santé Vitalité. (2014). *Rapport annuel 2013-2014*.
- Réseau de santé Vitalité. (2015). *Plan des services cliniques Phase 1 : Développement des services de santé primaires*.
- Réseau de santé Vitalité. (2017). *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé Plan stratégique 2017-2020*.
- Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 5-18.

- Rhodes, R. A. (1996). The new governance: governing without government. *Political studies*, 44(4), 652-667.
- Rhodes, R. A., & Marsh, D. (1992). New directions in the study of policy networks. *European journal of political research*, 21(1 - 2), 181-205.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of management review*, 19(1), 90-118.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2003). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford university press.
- Robichaud, J.-B. (1985). *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick, Tome I, La santé des francophones*. Moncton: Éditions d'Acadie.
- Rocher, G. (2004). *Les réformes : une perspective sociologique*. Université de Montréal, Centre de recherche en droit public
- Rocher, G. (2005). *La gouvernance des différents types de réformes*. Paper presented at the XXIVe Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*: Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sainsaulieu, R. (1993). *L'identité au travail: les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de SciencesPo.
- Salamon, L. M. (2002). *The tools of government: A guide to the new governance*: Oxford University Press.
- Salamon, L. M., & Lund, M. S. (1989). *Beyond privatization: The tools of government action*. Washington, D.C.: The Urban Institute.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). *European health care reform: analysis of current strategies*: World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen.
- Santé Canada. (2011). Le système de soins de santé du Canada.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (Vol. 4, pp. 293-316). Québec : Presse de l'Université du Québec
- Schilling, M. A., & Steensma, H. K. (2001). The use of modular organizational forms: an industry-level analysis. *Academy of Management journal*, 44(6), 1149-1168.
- Sheaff, R., & Schofield, J. (2016). Inter-Organizational Networks in Health Care. In E. Ferlie, K. Montgomery, & A. R. Pedersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Care Management* (pp. 434-458). Oxford: Oxford University Press

- Solomon, S., & Abelson, J. (2012). Why and when should we use public deliberation? *Hastings Center Report*, 42(2), 17-20.
- Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel: de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29(4), 31-42.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2005). The democratic anchorage of governance networks. *Scandinavian political studies*, 28(3), 195-218.
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2016). *Theories of democratic network governance*: New York: Springer.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *International social science journal*, 50(155), 17-28.
- Thiétart, R.-A. (2001). Management et complexité : concepts et théories. In Vuibert FNEGE (Ed.), *Stratégies, actualité et futurs de la recherche* (pp. 361-375): Martinet, A.C., Thiétart, R.A. (dir.).
- Torfing, J., Peters, B., Pierre, J., & Sorensen, E. (2012). *Interactive governance—advancing the paradigm*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec: comment tirer profit de l'expérimentation sociale? *Sciences sociales et santé*, 23(2), 75-102.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J.-L., Pineault, R., Cazale, L., & Tremblay, D. (2007). Governance, health policy implementation and the added value of regionalization. *Healthcare Policy*, 2(3), 97.
- Tsoukas, H., & Chia, R. (2002). On organizational becoming: Rethinking organizational change. *Organization science*, 13(5), 567-582.
- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé*(1), 57-85.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public administration*, 88(2), 528-550.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of management review*, 20(3), 510-540.
- Varone, F. (2001). Les instruments de la politique énergétique: analyse comparée du Canada et des États-Unis. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 34(01), 3-28.

- Vedung, E. (1998). Policy instruments: typologies and theories. In M. L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist, & E. Vedung (Eds.), *Carrots, sticks, and sermons: Policy instruments and their evaluation* (Vol. 5, pp. 21-58). New Brunswick/London: Transaction
- Vedung, E., & Van der Doelen, F. C. (1998). The sermon: Information programs in the public policy process: Choice, effects and evaluation.
- Weick, K. E. (2000). Emergent change as a universal in organizations. *Breaking the code of change*, 223-241.
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual review of psychology*, 50(1), 361-386.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization science*, 16(4), 409-421.
- Yin, R. K. (2004). *The case study anthology*. Thousand Oaks: Sage.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Young, R. A. (2001). Le programme Chances égales pour tous: une vue d'ensemble *L'ère Robichaud* (pp. 23-37). Moncton : Collection Maritimes.

**Annexe 1a : Grille d'entretien individuel (préliminaire)
(Acteurs du contexte d'action)**

Identification

Date : Numéro de la grille :

Introduction

- Rappeler le projet de recherche et ses objectifs
- Présenter les règles d'éthique et autres procédures : consentement éclairé, protection de l'anonymat, proposition d'enregistrer l'entrevue, possibilité d'arrêter l'enregistrement lorsque la personne le souhaite, etc.
- Présenter le formulaire de consentement (envoyé préalablement par courriel)
- Signature du formulaire de consentement

Section 1 : Introduction

1) Pouvez-vous me donner de l'information par rapport à votre fonction au sein du système de santé?

Section 2 : Élaboration de la réforme et mise en œuvre

2) Si on remonte en arrière, avant 2008, pouvez-vous m'expliquer pourquoi a-t-on décidé de mettre en œuvre cette réforme? Pourquoi a-t-elle été lancée à ce moment précis?

3) On se situe encore en 2008, est-ce que vous vous rappelez des principaux objectifs qui étaient visés par la réforme en santé de la province? Pouvez-vous les décrire?

4) Est-ce que tous les éléments permettant de réussir le changement étaient présents à cette époque? Autrement dit, est-ce que des éléments essentiels à la réussite du changement étaient manquants?

5) Nous savons que la réorganisation structurelle s'est entre autres appuyée sur la mise en place de deux réseaux : Réseau de santé Vitalité et Réseau de santé Horizon. Expliquez-moi les raisons qui justifiaient d'implanter ces deux réseaux de cette manière.

6) Comment décririez-vous chacun de ces deux réseaux? Racontez-moi le rythme (ou l'évolution) avec lequel les deux réseaux ont été implantés.

7) De façon globale, racontez-moi de quelle manière la réforme a évolué entre 2008 et maintenant.

Section 3 : Gouvernance

8) Expliquez-moi quel acteur représente le mieux l'État selon vous (ex. Premier ministre de la province, ministère de la Santé, etc.). Cette représentation de l'État a-t-elle évolué depuis 2008?

9) On retourne encore en arrière, avant mars 2008, expliquez-moi quelle place occupait l'État lorsque la réforme a été conçue. Maintenant, racontez-moi la place qu'a occupée l'État lors de la mise en œuvre de la réforme.

10) Pouvez-vous me raconter comment on a choisi les priorités d'action à cette époque?

11) Entre 2008 et maintenant, racontez-moi comment l'État a piloté le changement.

Section 4 : Compétences : Création et gestion d'un réseau

12) Qu'est-ce qu'un réseau comme organisation?

13) Quelles sont les compétences qu'il faut avoir pour développer, créer et gérer un réseau? Comment se fait l'apprentissage de ces compétences?

14) Qui fait partie du leadership? Comment s'exerce le leadership?

Section 5 : Conclusion

15) Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons d'aborder?

**Annexe 1b : Grille d'entretien individuel (préliminaire)
(Représentants de l'État)**

Identification

Date : Numéro de la grille :

Introduction

- Rappeler le projet de recherche et ses objectifs
- Présenter les règles d'éthique et autres procédures : consentement éclairé, protection de l'anonymat, proposition d'enregistrer l'entrevue, possibilité d'arrêter l'enregistrement lorsque la personne le souhaite, etc.
- Présenter le formulaire de consentement (envoyé préalablement par courriel)
- Signature du formulaire de consentement

Section 1 : Introduction

1) Pouvez-vous me donner de l'information par rapport à votre fonction au sein du système de santé?

Section 2 : Élaboration de la réforme et mise en oeuvre

2) Si on remonte en arrière et on revient en 2008, est-ce que vous vous rappelez des principaux objectifs qui étaient visés par la réforme en santé de la province? Pouvez-vous les décrire?

3) Si on remonte en arrière, avant 2008, pouvez-vous m'expliquer pourquoi on a décidé de mettre en œuvre cette réforme? Pourquoi a-t-elle été lancée à ce moment précis?

4) Est-ce que tous les éléments permettant de réussir le changement étaient présents à cette époque? Autrement dit, est-ce que des éléments essentiels à la réussite du changement étaient manquants?

5) Nous savons que la réorganisation structurelle s'est entre autres appuyée sur la mise en place de deux réseaux : Réseau de santé Vitalité et Réseau de santé Horizon. Expliquez-moi les raisons qui justifiaient d'implanter ces deux réseaux de cette manière.

6) Comment décririez-vous chacun de ces deux réseaux? Racontez-moi le rythme (ou l'évolution) avec lequel les deux réseaux ont été implantés.

7) De manière globale, racontez-moi de quelle manière la réforme a évolué entre 2008 et maintenant.

Section 3 : Pilotage de la réforme

8) Pouvez-vous me raconter comment on a choisi les priorités d'action de la réforme en 2008?

9) En 2008, aviez-vous mobilisé des instruments (ex. législation, réglementation, incitatifs) pour influencer la mise en œuvre de la réforme? Pouvez-vous me les expliquer?

10) Par la suite, expliquez-moi comment le choix de ces instruments a évolué dans le temps et a influencé la mise en œuvre de la réforme.

11) Si on vous demande d'expliquer les raisons pour lesquelles vous avez choisi d'intervenir sur la mise en œuvre de la réforme de cette manière et pas autrement, comment répondez-vous?

12) Expliquez-moi quel acteur représente le mieux l'État selon vous (ex. Premier ministre de la province, ministère de la Santé, etc.). Cette représentation de l'État a-t-elle évolué depuis 2008?

Section 4 : Compétences : Création et gestion d'un réseau

13) Qu'est-ce qu'un réseau comme organisation?

14) Quelles sont les compétences qu'il faut avoir pour développer pour créer et gérer un réseau? Comment se fait l'apprentissage de ces compétences?

15) Qui fait partie du leadership? Comment s'exerce le leadership?

Section 5 : Conclusion

16) Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons d'aborder?

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



Formulaire de consentement

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Ce document vous donne plus d'informations sur ce projet de recherche. S'il y a certains mots que vous ne comprenez pas, veuillez sans aucune hésitation nous poser des questions. Pour participer à cette recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document. Une copie signée et datée vous sera remise.

Titre du projet : Pilotage et mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé : dynamiques entre acteurs d'une gouverne pluraliste

Personnes responsables du projet :

Chercheur :

- Stéphanie Collin, étudiante au doctorat en santé publique, École de santé publique, Université de Montréal (ESPUM), stephanie.collin@umontreal.ca

Directeur de recherche :

- Lise Lamothe, professeure titulaire, ESPUM, Université de Montréal, lise.lamothe@umontreal.ca

Financement du projet de recherche :

Ce projet ne bénéficie pas de financement.

Compensation :

Aucune compensation n'est prévue concernant votre participation à cette étude.

Description du projet :

Il s'agit d'une étude dont l'objectif général est de comprendre et analyser les capacités de gouverne de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé. Afin de comprendre le pilotage et la mise en œuvre du changement, l'action organisée sera analysée selon une perspective de relations de pouvoir, en partant des acteurs et du système dans lequel ils évoluent. Dans cette optique, nous souhaitons rencontrer des individus qui ont été impliqués de près dans la progression de la

mise en œuvre de la dernière réforme du système de santé du Nouveau-Brunswick. Le cas à l'étude est donc la réforme du système de santé du Nouveau-Brunswick, lancée en 2008. De manière générale, cette étude permettra d'approfondir les connaissances touchant les processus de changement et les capacités de gouverne nécessaires à leur pilotage.

Raison et nature de la participation :

Afin de connaître le point de vue des individus impliqués dans la mise en œuvre ou dans le pilotage de la réforme, nous souhaitons procéder à des entrevues individuelles. Durant l'entrevue, le chercheur vous posera des questions ouvertes sur le pilotage et la mise en œuvre de la réforme afin d'obtenir vos impressions à cet égard. Votre participation sera requise pour une entrevue qui pourrait durer entre une heure et une heure et demie. Une trentaine de participants seront interviewés. Les rencontres auront lieu où vous le désirez, au moment qui vous conviendra le mieux.

Avantages prévisibles de la participation :

Votre participation à cette étude permettra d'approfondir la compréhension des processus de changement. Ainsi, les résultats découlant de cette étude contribueront à creuser la réflexion sur les dynamiques permettant de réaliser des transformations dans les systèmes de santé ainsi que sur leur nature. De manière plus concrète, de meilleures connaissances de ces dynamiques s'avèrent utiles aux décideurs publics et aux gestionnaires au sein des organisations de santé puisqu'ils peuvent en tirer des conséquences et possiblement les intégrer à leurs pratiques.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite ni risque ni inconfort. N'importe quand durant l'entretien, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue lorsqu'un meilleur moment vous conviendra.

Confidentialité, protection et conservations des données et anonymat :

Les informations que vous nous transmettez seront strictement confidentielles. Elles ne seront disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheur et directeur de recherche). Toute donnée nominative sera codée de façon à protéger votre identité. La clé du code reliant votre nom à votre dossier sera conservée par le chercheur responsable de l'étude.

Les retranscriptions et le matériel ne seront accessibles que sur l'ordinateur du chercheur, ordinateur protégé d'un mot de passe. Le matériel et les données seront conservés sous clés pendant une période minimale de 7 ans après la fin de l'étude. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Une fois les données analysées, nous transmettrons les résultats de notre recherche lors d'activités d'échange avec les décideurs publics, gestionnaires et autres individus concernés dans le but d'améliorer les services de santé. Nous communiquerons les résultats également sous la forme d'articles scientifiques ou de conférences. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information scientifique permettant de vous identifier.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Enregistrement :

Nous vous demanderons la permission d'enregistrer l'entrevue. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'objectif de cet enregistrement est de refléter le plus exactement possible vos propos.

Résultats de la recherche et publications :

Sur simple demande, nous vous transmettrons par courriel les résultats généraux de cette recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. L'anonymat des personnes ayant participé à l'étude sera préservé.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans qu'il n'y ait de conséquence pour vous.

Si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter la personne ressource et lui en informer par simple avis verbal : Stéphanie Collin, courriel : stephanie.collin@umontreal.ca.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données ou votre matériel des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Surveillance des aspects éthiques ou plaintes :

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERES ainsi que par les comités d'éthique de la recherche du Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon. Ces comités approuveront toute révision ou modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour toute question concernant ce projet, vous pouvez contacter directement les responsables de cette étude : Stéphanie Collin par courriel à l'adresse stephanie.collin@umontreal.ca ou Lise Lamothe par courriel à l'adresse lise.lamothe@umontreal.ca. Vous pouvez également

expliquer vos préoccupations au Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel à l'adresse ceres@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604 ou consulter le site <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés). Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement libre et éclairé

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant (caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date : _____

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur (caractère d'imprimerie)

Signature : _____

Date : _____

Autorisation d'enregistrement

J'ai pris connaissance des modalités concernant l'enregistrement de l'entrevue et le respect de la confidentialité.

- J'accepte que cette entrevue soit enregistrée.
- Je n'accepte pas que cette entrevue soit enregistrée.

_____	_____	_____
Prénom et nom du participant (caractère d'imprimerie)	Signature du participant	Date

_____	_____	_____
Prénom et nom du chercheur (caractère d'imprimerie)	Signature du chercheur	Date

Annexe 3a : Certificat éthique Réseau de santé Horizon



Research Ethics Board
 Horizon Health Network, 5DN SJRH,
 400 University Avenue, Saint John, New Brunswick, Canada E2L 4L2

Research Office - 506-648-6094 Tel 506-648-6173 Fax

March 2, 2015

Stéphanie Collin
 Département d'administration publique
 Faculté des arts et des sciences sociales
 Pavillon Léopold-Taillon, pièce 490
 Université de Moncton
 Moncton, NB E1A 3E9

Dear Dr. Atkinson

Re: Pilotage et mise en oeuvre d'une réforme d'un système public de santé : dynamiques entre acteurs d'une gouverne pluraliste
Protocol Number: N/A
Principal Investigator: Stéphanie Collin
File #: 2015-2109

This will acknowledge receipt of the new study application for the above mentioned study.

This information has been reviewed and *Conditionally Approved* via the delegated review process. Please see the comments listed below:

REVIEWED:

- **Research Study Application:** signed and dated February 19, 2015
 - An application form signed by both the principal investigator and the thesis supervisor is required before final approval can be granted.

Research Ethics Board (REB)
 (Address correspondence
 c/o Ethics Services)

Membership

Jeff Jennings
Chairperson/Methodological Expert
 Eileen Malone
Vice Chair
 Dr. Sohrab Lutchmedial
Interventional Cardiologist
 Dr. Sanjay Siddhartha
Psychiatrist
 Dr. Keith Wilson
Medical/ Family Medicine
 Dr. Peter Martenyi
Medical/ Family Medicine
 Dr. Glendon Sullivan
Medical
 Dr. Hala Makary
Medical / Neonatologist
 Dr. Amber Swan
Medical / Oncology
 Gisia Pisegna
Pharmacist/Content Expert
 Mary Reeves
Content Expert
 Jonathon Chase, Q.C.
Law
 Mario DiCarlo
Law
 Dr. Timothy Christie, MHSc, PhD
Ethics Expert
 Dr. Marc Smith, PhD
Ethics Expert
 Michael Coster
Non-Scientific
 Marie-Nicole LeGresley
Non-Scientific
 Dr. James Croll
Methodological Expert
 Marlene Mercer
Nursing/Scientific
 Gordon Friars
Community
 David Hanson
Community
 Al Kavanaugh
Community
 Audrey Lampert
Community
 J. Maurice Legere
Community
 Lloyd Sutherland
Community

- **Protocol:** version dated February 19, 2015
- **Informed Consent Form Individual Interviews Appendix 2a:** version undated
- **Informed Consent Form Group Interviews Appendix 2b:** version undated
- **Interview Questions Individual Appendix 1a:** version undated
- **Interview Questions State Representatives Appendix 1b:** version undated

Also reviewed and on file:

- **Letter requesting waiver of REB fees:** signed and dated February 19, 2015
- **Waiver of REB fees Letter:** signed and dated February 20, 2015
- **Curriculum Vitae Stéphanie Collin:** signed and dated February 19, 2015

The Research Ethics Board for the Horizon Health Network is organized and operates according to the principles of the ICH Harmonized Tripartite Guidelines: Good Clinical Practice, Tri-Council Policy Statement and Division 5 of the Food and Drug Regulations.

With kind regards,

Timothy Christie BA (hons). MA, MHSc, PhD
Regional Director – Ethics Services
Horizon Health Network REB

TC/ty

Annexe 3b : Certificat éthique Réseau de santé Vitalité

Bureau de l'éthique Ethics Office

Le 17 avril 2015

Mme Stéphanie Collin
Département d'administration publique
Faculté des arts et des sciences sociales
Pavillon Léopold-Taillon, pièce 490
Université de Moncton
Moncton, N.-B, E1A 3E9

OBJET : Pilotage et mise en œuvre d'une
entre acteurs d'une gouverne pluraliste

Chercheure principale : Mme Stéphanie Collin
Site : Université de Moncton, Campus de

Approbation conditionnelle

- Protocole de recherche
- Formulaires de consentement pour datés du 17 avril 2015
- Formulaires de consentement aux datés du 17 avril 2015.

Mme Collin,

Ayant revu et pris connaissance des
d'éthique de la recherche vous accorde
dessus. Cette attestation est valide pour une
toutefois cette étude devait se poursuivre après
auprès du Comité d'éthique de la recherche.

Également, nous désirons vous aviser que tout
au Comité d'éthique de la recherche pour
également nous aviser de la fermeture de
dossiers.

Nous désirons vous rappeler que le Comité
d'après les lignes directrices des bonnes

Veillez agréer, Mme Collin, l'expression de

Pierrette Fortin
Présidente du Comité d'éthique
de la recherche

/id

réforme d'un système public de santé : dynamique

Moncton

entretiens individuels, français et anglais, version 2,

entrevues de groupe, français et anglais, version 2,

modifications apportées à vos documents, le Comité
l'approbation finale pour l'étude mentionnée ci-
période de 12 mois débutant le 9 avril 2015. Si
cette échéance, l'approbation devra être renouvelée

changement apporté aux documents devra être soumis
approbation. Au moment opportun, veuillez
l'étude afin que nous puissions mettre à jour nos

d'éthique de la recherche est organisé et fonctionne
pratiques cliniques.

mes salutations distinguées.

Bureau de l'éthique
Ethics Office

275, rue Main Street
Bureau • Suite 600
Bathurst NB E2A 1A9
Tél. / Tel.: 506-544-2506
Télééc. / Fax: 506-544-2161



**Annexe 3c : Certificat éthique CERES de l'Université de
Montréal**

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Pilotage et mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé: Dynamique entre acteurs d'une gouverne pluraliste
Étudiante requérante	Stéphanie Collin, Candidate au Ph. D. en santé publique, École de santé publique - Département d'administration de la santé
Sous la direction de	Lise Lamothe, professeure agrégée, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

 Dominique Langélien présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

 20 février 2015
Date de délivrance

 1er mars 2016
Date de fin de validité