

Université de Montréal

THÉORIE IMPLICITE DU CHANGEMENT
DE LA COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

par
Ghislaine Tré

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître es Sciences
en Administration des services de santé
option Santé et Systèmes des soins

Juin, 2004

© Ghislaine Tré, 2004



WA
525
U58
2004
v.006

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

THÉORIE IMPLICITE DU CHANGEMENT
DE LA COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

présenté par :
Ghislaine, Tré

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Raynald Pineault, président du jury
André-Pierre Contandriopoulos, directeur de recherche
Jean-Louis Denis, co-directeur
François Champagne, membre du jury

Résumé

L'amélioration de la performance des systèmes de santé de la plupart des pays développés fait l'objet de nombreuses études. Comme c'est le cas ailleurs, le système de santé au Canada s'est engagé dans la voie du changement. C'est vers la recherche d'une meilleure accessibilité et intégration du système de santé que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux orientent leurs stratégies d'interventions. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, l'objet de notre étude, s'inscrit en tant que dernier-né de la longue tradition des commissions d'enquête commandées par le gouvernement fédéral. L'objectif de l'étude est de relever la théorie implicite des stratégies de changement pour un meilleur système de santé proposée dans le rapport. Nous nous appuyons sur une grille d'analyse dérivée de la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons et des principales approches sur le changement.

La première constatation concerne le respect des valeurs propres au système de santé, notamment l'équité d'accès aux services de soins, considérée comme le fondement des transformations proposées. En conséquence, les domaines d'interventions prioritaires par la gouverne fédérale ont été les soins de santé primaire, les soins à domicile, l'assurance médicament, la santé des autochtones. La deuxième constatation concerne le maintien du financement public des services offerts par le système de santé. La Commission insiste sur la nécessité d'harmoniser les politiques sur tout le territoire canadien. Pour cela, elle recommande, selon une perspective essentiellement hiérarchique et politique, la création d'un organisme central régulateur du changement, l'établissement de nouvelles normes nationales et un financement ciblé pour inciter les provinces à suivre les orientations proposées de politiques de santé. La Commission Romanow nous propose une nouvelle cohérence dans l'utilisation de divers leviers de transformation. Le changement proposé est de nature radicale et s'implantera selon une dynamique incrémentielle.

Mots-clés : Commission Romanow, théorie de l'action sociale, approches de changement, leviers de changement, système de santé

Summary:

The improvement of health systems performance of most developed countries have been the focus of numerous studies. As it is the case elsewhere, Canada has engaged in a reform of its health system. Federal, provincial and territorial governments have orientated their intervention strategies towards better accessibility and integration of the health system. The commission for future healthcare in Canada, our study's focus, represents the most recent milestone in the series of investigation commissions initiated by the Federal Government. The objective of this study is to highlight the implicit theory behind reform strategies for a better health system proposed in the report. The study is based on an analysis grid derived from Talcott Parsons social action theory and main health reforms approaches.

Our first finding relates to fundamental values of the healthcare system, in particular equity in access to health care considered as the foundation of the proposed changes. Consequently, priority interventions for the federal government have consisted of primary health care, home care, prescription drug insurance and local population health. The second finding concerns continuous public financing in the health care system. The commission insists on the necessity of harmonizing health policies at the national level. For this, it recommends the creation of a central regulatory institution, the establishment of new national standards and a targeted financing scheme to incite provinces to align to the proposed health policies orientation.

The Romanow Commission suggests a new coherent use of various transformation tools. The proposed reform follows a radical approach and will be implemented in an incremental manner.

Keywords : Romanow's Commission, Theory of social action, change approach, reform tools, healthcare system.

Table des matières

| | |
|---|----|
| <i>INTRODUCTION</i> | 1 |
| <i>CHAPITRE 1</i> | 6 |
| <i>MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ANALYSE</i> | 6 |
| I - La démarche méthodologique..... | 7 |
| I-1. Première étape – Description du contexte de la proposition de réforme..... | 7 |
| I-2. Deuxième étape – Développement du cadre d’analyse..... | 7 |
| I-3. Troisième étape – Description du changement proposé par le rapport Romanow.. | 9 |
| I-4. Quatrième étape – Interprétation des résultats de l’analyse descriptive..... | 10 |
| II- La collecte et l’analyse des données | 11 |
| III- Les limites et intérêt de notre méthodologie | 12 |
| <i>CHAPITRE 2</i> | 15 |
| <i>CONTEXTE DE NOTRE ANALYSE</i> | 15 |
| I- Les réformes du système de santé au Canada | 15 |
| I-1. La période de 1957 à 1972 | 16 |
| I-2. La période de 1972 à 1985 | 17 |
| I-3. La période de 1985 à nos jours..... | 18 |
| II- Les enjeux du système de santé | 22 |
| III- Situation du rapport à l’égard la gouverne fédéral..... | 23 |
| IV- Contexte actuel : les acteurs du système de santé au Canada | 25 |
| IV-1. Sur le plan politique..... | 25 |
| IV-2. Au niveau des consommateurs | 27 |
| IV-3. Les professionnels de la santé et leur pratique | 28 |
| IV-4. Les gestionnaires dans le système de santé | 30 |
| V- Les stratégies de Transformations..... | 30 |

| | |
|---|----|
| VI- Grille d'analyse de la conception du changement selon le rapport final de la Commission Romanow | 41 |
| VI-1. Les quatre fonctions d'une organisation et leurs alignements..... | 43 |
| VI-1.1. La stabilité normative | 43 |
| VI-1.2. L'intégration dans le processus interne | 45 |
| VI-1.3. L'atteinte des buts..... | 47 |
| VI-1.4. l'adaptation de l'organisation à son environnement..... | 48 |
| VI-1.5. les alignements | 49 |
| VI-2. Les conditions et les obstacles en faveur du changement | 51 |
| VI-2.1. Conditions de base à l'émergence et à la diffusion de la transformation..... | 51 |
| VI-2.2. Obstacles de l'intégration fonctionnelle..... | 52 |
| VI-3. Les leviers en faveur du changement | 52 |
| VI-3.1. L'influence..... | 53 |
| VI-3.1.1. Le leadership collectif | 54 |
| VI-3.1.2. L'information | 55 |
| VI-3.1.3. L'évaluation | 56 |
| VI-3.1.4. La formation | 57 |
| VI-3.2. l'autorité formelle..... | 58 |
| VI-3.2.1 La clarification des rôles..... | 58 |
| VI-3.2.2 La centralisation et décentralisation | 58 |
| VI-3.3. l'engagement moral | 59 |
| VI-3.3.1 L'établissement de normes collectives | 59 |
| VI-3.4. l'incitation financière..... | 60 |
| VI-4. Résumé de la grille d'analyse de la conception du changement | 62 |
| <i>CHAPITRE 3</i> | 65 |
| <i>LE RAPPORT DE LA COMMISSION ROMANOW</i> | 65 |
| I – Analyse descriptive du chapitre 1 : L'avenir de l'assurance santé | 65 |
| II – Analyse descriptive du chapitre 2 : La santé, la citoyenneté, le fédéralisme | 74 |

| | |
|---|-----|
| III – Analyse descriptive du chapitre 3 : L’information, les données, les idées | 83 |
| IV – Analyse descriptive du chapitre 4 : Investir dans les professionnels..... | 89 |
| V – Analyse descriptive du chapitre 5: Soins de santé primaire et prévention..... | 95 |
| VI – Analyse descriptive du chapitre 6 : Accroître l’accès , assurer la qualité..... | 101 |
| VII – Analyse descriptive du chapitre 7 : Les Communautés rurales et éloignées..... | 111 |
| VIII– Analyse descriptive du chapitre 8 : Soins à domicile – le prochain service essentiel | 116 |
| IX– Analyse descriptive du chapitre 9 : Les médicaments d’ordonnance | 120 |
| X– Analyse descriptive du chapitre 10 : Une nouvelle approche pour la santé des autochtones..... | 126 |
| XI– Analyse descriptive du chapitre 11 : Santé et Mondialisation..... | 132 |
| <i>CHAPITRE 4</i> | 135 |
| CONCEPTION DU CHANGEMENT SELON LE RAPPORT..... | 135 |
| DE LA COMMISSION ROMANOW..... | 135 |
| I- La volonté de changement..... | 137 |
| II - Espaces de changements choisis | 141 |
| II-1. Le Maintien du système de valeurs et de représentation..... | 141 |
| II-2. La fonction d’adaptation : mobilisation des ressources | 144 |
| II-3. La fonction de production : intégration..... | 147 |
| II-4. La fonction d’atteinte des buts | 149 |
| III - Les alignements empruntés | 150 |
| III-1. Les nouvelles normes : Pacte et LCS actualisé..... | 151 |
| III-2. Un financement accru, stable et prévisible | 152 |
| III-3. Le leadership collectif..... | 153 |
| IV- Les approches de changement pour implanter la réforme | 155 |
| IV-1. L’approche hiérarchique..... | 155 |
| IV-2. La perspective institutionnelle..... | 156 |

| | |
|---|-----|
| IV-3. L'apprentissage collectif et l'approche psychologique au niveau des individus.. | 157 |
| VI-4. L'approche politique..... | 157 |
| IV-5. L'approche de développement organisationnelle | 158 |
| V- La dynamique du changement | 158 |
| VI- L'implantation du changement..... | 160 |
| <i>CONCLUSION</i> | 163 |

Liste des tableaux

| | | |
|--------------|---|-----|
| Tableau I | : Résumé de la grille d'analyse de la conception du changement | 62 |
| Tableau II | : Tableau récapitulatif du processus de changement proposé au chapitre I | 72 |
| Tableau III | : Tableau récapitulatif du processus de changement proposé au chapitre II | 82 |
| Tableau IV | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant l'information, les données et les idées | 88 |
| Tableau V | : Tableau récapitulatif du processus de changement pour investir dans les professionnels de la santé | 94 |
| Tableau VI | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les soins de santé primaire et prévention | 100 |
| Tableau VII | : Tableau récapitulatif du processus de changement pour accroître l'accès et assurer la qualité | 110 |
| Tableau VIII | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les communautés rurales et éloignées | 114 |
| Tableau IX | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les soins à domicile comme prochain service essentiel | 118 |
| Tableau X | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les médicaments d'ordonnances..... | 124 |
| Tableau XI | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant la nouvelle approche pour la santé des autochtones | 130 |
| Tableau XII | : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant la santé et la mondialisation..... | 134 |

Liste des figures

| | | |
|-----------|---|-----|
| Schéma 1 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow | 73 |
| Schéma 2 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : les soins de santé primaire et prévention | 99 |
| Schéma 3 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : accroître l'accès et assurer la qualité | 108 |
| Schéma 4 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : les communautés rurales et éloignées | 115 |
| Schéma 5 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : les soins à domicile comme prochain service essentiel | 119 |
| Schéma 6 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : les médicaments d'ordonnances | 125 |
| Schéma 7 | : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow : la nouvelle approche pour la santé des autochtones | 131 |
| Schéma 8 | : Le maintien du système des valeurs et de représentation | 143 |
| Schéma 9 | : La mobilisation des ressources financières et de l'information | 144 |
| Schéma 10 | : Les alignements empruntés par les nouvelles normes établies | 151 |
| Schéma 11 | : Les alignements empruntés par le financement ciblé et accru | 152 |
| Schéma 12 | : Les alignements empruntés par l'information et le leadership collectif ... | 154 |

Liste des abréviations

| | |
|--------|--|
| ALENA | : Accord de libre-échange nord-américain |
| CAN | : Canadien |
| CLSC | : Centre locaux de services communautaire |
| CSC | : Conseil de la santé du Canada |
| FCRSS | : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé |
| FNS | : Forum national sur la santé |
| ICIS | : l'Institut canadien d'information sur la santé |
| IRSC | : Institut de recherche en santé du Canada |
| LCS | : Loi canadienne sur la santé |
| MAS | : Ministre des affaires sociales |
| MO | : Médicaments d'ordonnance |
| OCCETS | : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé |
| OCDE | : Organisation de coopération et de développement économiques |
| ODS | : Organised Delivery System |
| OMC | : Organisation mondiale du commerce |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| PIB | : Produit intérieur brut |
| SS | : Système de santé |
| SSI | : Systèmes de soins intégrés |
| SSP | : Soins de santé primaire |
| TIC | : Technologie de l'information et de la communication |

*À ma mère et à mon père,
À mes frères et sœurs
Mireille, Yolande, Marie-Pascale,
Éric, Jean-Philippe et Emmanuelle*

*Ce travail est pour vous et témoigne que votre soutien,
vos encouragements et vos exemples ont porté des fruits.*

C'est la fin d'une étape mais le début d'une autre!

J'aurai toujours besoin de vous.

*Que Dieu fasse que je m'épanouisse
dans cette voie qui s'ouvre devant moi
et que j'aie toujours de l'avant.*

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mes directeurs de mémoire, monsieur André-Pierre Contandriopoulos et monsieur Jean-Louis Denis, qui ont rendu ce travail possible, pour leur soutien académique, leur patience et leurs bons conseils qui m'ont accompagnés tout au long du mémoire.

Mes remerciements s'adressent au Programme canadien de bourse de la francophonie (PCBF) pour le soutien financier et académique grâce auquel le déroulement de ma maîtrise s'est passé sans problème.

Je tiens également à remercier, pour leur soutien et leur appui durant ma période de rédaction, Mme Nicole Roberge, assistante académique du Département d'administration de la santé, les membres du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et toute l'équipe du Centre de recherche LC Simard.

J'aimerais exprimer ma profonde gratitude à Sœur Louisa Bond, toute la famille Dia, Aissata Diakité, Anna Koné, Serge Kotchi, Anaïs Tanon et à tous mes amis de Montréal pour leur patience et leur assistance continue.

INTRODUCTION

Les systèmes de santé de la plupart des pays développés ont subi de nombreuses réformes au cours des dernières décennies (Ham et Brommels, 1994). De la mission des organisations de santé à la gestion des ressources humaines, en passant par les modes de pratiques et l'allocation des ressources, très peu de dimensions de l'organisation des systèmes de santé ont résisté à cette vague de changements. Au nombre des motifs avancés pour justifier ces transformations, on compte les mutations importantes dans les besoins des populations (nouveau profil des maladies, vieillissement, vulnérabilité de certains groupes) ainsi que l'évolution des technologies et des pratiques professionnelles. Le changement, face à un environnement qui est en constante évolution semble être devenu une condition de survie pour les systèmes de santé.

Comme c'est le cas dans plusieurs pays, le système de santé du Canada, qui en a longtemps fait sa fierté et qui compte encore parmi les meilleurs au monde, doit lui aussi s'engager dans la voie du changement (Saltman et Figueras, 1997; Tuhoy, 1999; Contandriopoulos et al., 2000; Romanow, 2002).

Depuis plus de cinquante ans, le Canada s'est engagé dans un système d'assurance maladie universel qui a pour résultat le système de santé actuel. Des réformes importantes de son système ont été réalisées pour trouver un modèle mieux adapté à ses besoins changeant et au contexte de restriction budgétaire. Plusieurs rapports élaborés par des commissions, tant au niveau fédéral que provincial, en vue de réformer le système de santé du Canada, se sont succédés au cours de cette dernière décennie. Le dernier-né est le rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada de Roy Romanow. La plupart des chercheurs, experts en élaboration de politiques et professionnels de la santé, perçoivent ces réformes

comme une nécessité absolue en reconnaissant que toute initiative demande des modifications en profondeur du système de santé (Shortell et al., 1993; Gillies et Shortell, 1997; Saltman et Figueras, 1997; Romanow, 2002). Aussi, force est de constater que la dynamique du système de santé du Canada est en perpétuel changement; cependant son analyse indique que le système est aussi en situation d'inertie (Contandriopoulos et al., 2000; Champagne, 2002; Contandriopoulos, 2003).

Cette inertie du système de soins pourrait découler de l'institutionnalisation des valeurs et des représentations dans des formes organisationnelles particulières, et de l'internalisation par les acteurs des exigences de l'espace social dans lequel ils exercent¹ (Contandriopoulos, 2003). L'existence de ces deux processus interdépendants fait en sorte que les pratiques des acteurs ont tendance à se reproduire et à donner au système organisé d'action son inertie.

Plusieurs approches sont utilisées pour élaborer ces réformes. Les stratégies de changement proposées vont d'une modification des pratiques organisationnelles à celle des fonctions des organisations. Les relations institutionnelles (interorganisationnelles, intergouvernementales) constituent une structure très sensible qui reconnaît de façon unanime l'utilité des commissions et de leurs recommandations. Cependant, la question qui revient toujours est celle des conditions d'implantation des recommandations dans le contexte donné et dans le cas particulier du Canada.

La Commission Romanow s'inscrit dans une longue tradition de commissions d'enquête (Hall, 1964; Lalonde, 1974; FNS, 1997; Kirby, 2002). Son originalité repose moins sur le

¹ Le "champ" dans lequel les acteurs interagissent est structuré par les modalités organisationnelles en place et par les pratiques des acteurs. Le champ est « à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et un champ de luttes à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciés selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure. » (Bourdieu, 1994, p. 55).

contenu propre de ses recommandations que sur la visée de ce qui pourrait entraîner les changements nécessaires du système de santé.

Élaboré en 18 mois, le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé était très attendu autant dans les milieux politiques que dans ceux de la santé. Il a fait appel à quelque 40 études et est le résultat d'une consultation approfondie et bien documentée pour appuyer la transformation du système de santé.

Comme indiqué dans son message aux canadiens, il vise l'intérêt :

d'un système de santé « ... vraiment national... » en recommandant un ajustement des fondements législatifs et institutionnels du régime d'assurance santé en vue d'égaliser l'accès à des soins de qualité au niveau national avec pour objectif une collaboration inter organisationnelle, interprofessionnelle, et entre les professionnels et leur organisation;

d'un système « ... plus intégré... » avec des services interagissant harmonieusement et une emphase particulière pour les soins à domicile, les soins primaires, et la prévention et la promotion de la santé;

d'un système « ... plus responsable... » en recommandant l'amélioration de la transparence du système, de la participation dans le processus de prise de décisions, et l'accélération de l'intégration de l'informatique appliquée à la santé.

Son objectif ultime, correspondant à son mandat, consiste surtout à la formulation de recommandations nécessaires « *pour assurer à long terme la viabilité d'un système de santé universellement accessible et financé à même les deniers publics* » (Romanow, 2002, p. 2)

Les recommandations reposent essentiellement sur trois grands mécanismes.

Premièrement, un leadership fort et une meilleure gouvernance pour que l'assurance santé demeure un atout national; ainsi la création d'un nouveau partenariat national, le Conseil

national de la santé, organisme dont la Commission Romanow propose la création pour contrôler la façon dont les fonds sont dépensés en santé, est importante.

Deuxièmement, un système qui réponde mieux aux besoins et qui soit plus efficace en faisant une plus grande place à l'imputabilité.

Et troisièmement, une contribution financière substantielle du gouvernement fédéral, stratégique dans une perspective à court terme pour résoudre certains problèmes prioritaires, et dans une perspective à long terme pour renforcer la viabilité du système. La Commission recommande que le gouvernement fédéral augmente les transferts aux provinces en matière de santé de 3,5 milliards en 2003-2004, 5 milliards en 2004-2005 et 6,5 milliards par la suite pour que, à l'avenir, le fédéral paie au moins 25 % des coûts de santé. Ces fonds ne seront disponibles qu'avec l'adhésion des provinces à certaines priorités : pour les régions rurales et éloignées, pour les services diagnostiques, pour des soins de santé primaire, pour des soins à domicile, pour réduire l'impact de la croissance du coût des médicaments.

Les détenteurs d'enjeux dans cette réforme sont nombreux. Tout d'abord les différents paliers de prises de décision : des gouvernements fédéral et provinciaux et leurs ministères de santé, des autorités régionales, des hôpitaux, des organismes et des groupes professionnels qui auront la responsabilité d'interpréter les recommandations et de planifier la mise en œuvre de mesures détaillées, puis les consommateurs, les citoyens canadiens, soucieux d'avoir accès à des soins de santé de qualité. Ils constituent les principaux acteurs et cibles du changement.

Notre objectif, à l'aide d'une recherche interprétative, est de déterminer, à partir de la théorie implicite retrouvée dans les stratégies de changement proposées dans le rapport, les éléments pouvant permettre de progresser et de s'acheminer vers un meilleur système de santé et une meilleure compréhension des facteurs qui devront, selon la Commission

Romanow, intervenir dans la dynamique du processus de changement du système de santé du Canada.

Notre étude se propose de rappeler les efforts de transformations par un survol des réformes du système de santé du Canada de ces dernières décennies, afin d'apprécier le contexte environnant le système de santé actuel. Une modélisation des facteurs de changement retenus dans les recommandations du rapport final Romanow en vue d'atteindre les objectifs qui ont été fixés sera proposée, et les principaux enjeux, cibles et mécanismes du changement présentés (choisis) seront mis en évidence. Pour produire du changement, de nombreuses études sur les stratégies de transformations des systèmes de santé ont proposé des facteurs facilitant et des facteurs d'échecs à l'implantation de décisions. Une comparaison de ce qui a été présenté par le rapport Romanow, avec ce qui a déjà été proposé ou fait ailleurs et au Canada, sera effectuée pour relever les points communs et les points divergents avec la littérature.

CHAPITRE 1

MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ANALYSE

La méthode utilisée pour mener notre analyse se présente en plusieurs étapes. Notre projet de recherche est un sujet d'actualité qui a fait l'objet de plusieurs travaux et débats. Nous avons choisi comme stratégie de recherche une étude de cas avec pour unité d'analyse la proposition de réforme présentée dans le rapport final sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étant donné la complexité de la problématique liée au changement du système de santé, nous mettrons en relief les principales réformes et propositions de réformes du système de santé du Canada au cours de ces dernières années, afin d'apprécier le contexte environnant le système de santé actuel qui a conduit à la réalisation de ce rapport. Ensuite, nous définirons un cadre conceptuel pour notre analyse. La description du rapport Romanow sera proposée à partir du cadre proposé. Enfin, nous procéderons à une interprétation de l'analyse en nous appuyant sur différents concepts du changement décrits dans la littérature sur le changement.

Notre recherche est de nature interprétative. Il s'agit pour nous de construire de façon homogène les différents espaces à mobiliser selon la Commission Romanow pour faire changer les pratiques et les représentations des différents groupes d'acteurs dans le système de santé. Le chercheur définit son objet de recherche en termes d'action ne se contentant pas de décrire l'ensemble des propositions telles qu'elles se présentent mais en visant à appréhender des structures et des mécanismes qui échappent tant aux acteurs du système qu'aux acteurs hors du système (Bourdieu, 1994).

« Toute mon entreprise scientifique s'inspire en effet de la conviction que l'on ne peut saisir la logique la plus profonde du monde social qu'à condition de s'immerger dans la particularité d'une réalité empirique, historiquement située et datée, mais pour la construire comme « cas particulier du possible », selon le mot de Gaston Bachelard, c'est-à-dire comme un cas de figure dans un univers fini de configurations possibles » (Bourdieu, 1994, p.16)

La méthode utilisée pour notre étude sera l'élaboration d'un cadre conceptuel approprié à l'analyse du cas à l'étude. Nous nous sommes inspirés des propositions suggérées

dans la littérature et des évidences empiriques pour comprendre la problématique et porter un jugement. La méthode sera donc déductive et interprétative; il s'agit d'explorer une situation spécifique par une analyse détaillée.

I - La démarche méthodologique

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre la théorie implicite du processus de transformation proposé par le rapport Romanow afin d'aider les concepteurs, les promoteurs et les utilisateurs de ce processus à faire des choix plus cohérents avec le contexte et les besoins réels du système de santé.

I-1. Première étape – Description du contexte de la proposition de réforme

Une recherche bibliographique a été effectuée pour répertorier les expériences de réformes des services de soins antérieures et les écrits analysant ces réformes et décrivant les changements proposés (Commission Hall, le Forum national sur la santé, ...). Les grandes lignes et les enjeux sur trois périodes clefs du système de santé ont été relevés : les périodes de 1957 à 1972, de 1972 à 1985 et celle de 1985 à nos jours. Nous avons identifié à partir de la littérature les perspectives de changements et les principaux leviers de changement qui ont été énoncés par le pouvoir fédéral ou provincial, ainsi que les différentes tentatives de changement réalisées au cours de ces grandes périodes.

I-2. Deuxième étape – Développement du cadre d'analyse

Il s'agissait de définir le cadre d'analyse qui devait par la suite nous permettre de décrire le changement organisationnel du système de santé du Canada proposé par la Commission.

Plusieurs dimensions doivent être prises en compte pour mieux appréhender l'implantation d'un changement du système de santé. Selon certains auteurs, le système de santé se caractérise par sa complexité (Champagne, 2002; Glouberman et Zimmerman, 2002). La littérature présente plusieurs approches qui tentent de définir les différentes dimensions du système de santé.

Selon Frenk (1994), les dimensions se situent à un niveau systémique avec ses dispositifs institutionnels, à un niveau programmatique avec la détermination des priorités et des solutions possibles, à un niveau organisationnel avec la recherche d'une meilleure organisation, et à un niveau instrumental avec la recherche, le système d'information et les innovations. Selon la théorie de Talcott Parsons, une organisation peut être analysée en quatre dimensions : la fonction de la *stabilité normative*, la fonction d'*intégration*, la fonction de *poursuite des buts* et la fonction d'*adaptation* (Rocher 1992). Ces quatre fonctions apportent une perspective plus dynamique et sont définis par Parsons comme des modes ordonnés d'ajustement du système. Elles sont destinées à un ajustement continu du système qui entraîne des changements dans la structure du système d'action.

Toutes ces dimensions se relient entre elles de façon complexe; aux différents niveaux concernés par les processus de changement (clinique, gouverne, système et valeurs - représentations) ; variant selon la nature du changement (convergent ou radical); les stratégies de changement retenues pour opérer les transformations (autoritaire ou coercitive) et/ou encore au rythme de réalisation du changement (lent ou rapide) (Denis, 2002). Ces catégories permettent de caractériser la représentation des transformations proposées durant le processus de leur mise en oeuvre.

Nous avons choisi d'utiliser le modèle tiré de la théorie de l'action sociale de Talcott Parsons pour sa représentation des différentes dynamiques au sein d'un système social en général et de ce fait d'un système de santé. Il propose le système social comme un système d'action avec les différentes logiques inter reliant les 4 fonctions précédemment définies.

Une synthèse de nombreux écrits sur le changement a été proposée par Champagne (2002), qui a établi et décrit les principaux types d'approches de changement utilisés au sein des organisations et les dynamiques organisationnelles. Une analyse de cette synthèse associée celle du modèle proposé par Parsons, permettra de mettre en relation les espaces de changements et les approches fréquemment utilisées pour leur transformation.

À partir de la littérature internationale, les principaux leviers utilisés comme instrument du changement ont été décrits. Cette étude nous a permis de nous focaliser sur chacun des leviers de changement qui ont été étudiés et par la suite de les mettre en relation de façon synthétique, les uns avec les autres, en tenant compte de leur dynamique, des approches de changement, et des quatre fonctions du système de santé.

Le modèle que nous avons développé pour notre interprétation du rapport final est détaillé dans le deuxième chapitre.

I-3. Troisième étape – Description du changement proposé par le rapport Romanow

Nous avons retenu de faire une étude interprétative adéquate de la situation à l'étude : le rapport Romanow. Nous nous sommes intéressés aux enjeux relevés par la Commission Romanow et aux dimensions du changement touchées. Une modélisation des stratégies du changement retenues dans les recommandations du rapport final Romanow en vue d'atteindre les objectifs qui ont été fixés, a été proposée, et les principaux enjeux, cibles et mécanismes du changement présentés (choisis) seront mis en évidence à partir de notre cadre conceptuel. Cette étude nous permettra de nous concentrer sur les différents leviers et approches de changement relevés dans le rapport en tenant compte du contexte dans lequel il s'insère. Ils seront mis en relation de façon synthétique les uns avec les autres en tenant compte de la dynamique retrouvée dans le rapport. Suite à cette analyse, un cadre théorique de la conception du changement selon la Commission a été proposé.

I-4. Quatrième étape – Interprétation des résultats de l'analyse

Pour produire un changement, de nombreuses études sur les stratégies de transformations des systèmes de santé ont proposé des facteurs facilitants et des facteurs d'échecs à l'implantation de décisions. Une comparaison de ce qui a été présenté par le rapport Romanow, avec ce qui a déjà été proposé ou déjà été fait, sera effectuée pour relever les points communs et les points divergents avec la littérature. Nous examinerons les caractéristiques et principaux concepts que nous avons jugés critiques en rapport avec notre sujet. Devant la grande diversité des sources et des études sur les réformes d'un système de santé, nous nous sommes intéressés principalement à certaines études synthétiques offertes par des experts en gestion du système de santé du Canada. Pour nous permettre de faire une analyse critique du rapport, dans le contexte actuel, notre choix s'est porté sur des études effectuées à la demande de la Commission Romanow.

La première étude « *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada* » (Denis, 2002) porte sur les facteurs et les processus qui peuvent favoriser la mise en place de changements dans le système de soins. Denis (2002) analyse trois stratégies fréquemment utilisées à partir d'études empiriques réalisées au Canada et dans certains pays de l'OCDE pour piloter le changement : la gouvernance régionale, l'expérimentation et le leadership organisationnel. Il propose un scénario de transformation du système de soins qui serait porteur de changement.

La deuxième étude effectuée à partir d'une synthèse des différentes approches de changement offertes par la littérature sur les systèmes organisationnels, avec des propositions intéressant les différentes étapes d'un processus de changement. Champagne (2002) évoque l'existence de nombreuses propositions de changement et présente certains facteurs porteurs d'une bonne implantation de la proposition de changement. « *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé* » (Champagne, 2002) nous offre :

« ... un aperçu des théories et des pratiques de gestion du changement, de leur incidence sur les décideurs et de leur application au sein d'organisations de soins de santé complexes, gérées et financées par le secteur public. » (Romanow, 2002)

La troisième étude nous présente des tentatives de réformes du système de santé d'autres pays, les approches utilisées et les avantages potentiels pour le système de santé au Canada. Dans leur étude « *Systèmes compliqués et complexes: En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?* », Glouberman et Zimmerman (2002) appuient la nécessité de faire une distinction entre une approche du système de santé considérée comme étant «compliqué» ou comme étant «complexe». Ils démontrent que certaines expériences d'intervention abordant le système de santé comme s'il était simplement complexe, ont abouti à l'amélioration de l'état de celui-ci. Dans leur étude, ils font valoir, les meilleures approches pour mieux comprendre et proposer des solutions viables.

II- La collecte et l'analyse des données

Nous présentons maintenant notre processus de collecte des données. Notre collecte de données s'est appuyée sur des sources distinctes d'information que constitue la recherche documentaire. Il importe de souligner que l'objectif de la recherche documentaire était de relever des textes scientifiques pertinents. Elle a donc porté sur la période comprise entre 1990 et 2004 et a été limitée à la littérature publiée en français ou en anglais. Voyons maintenant les stratégies d'identification qui ont été utilisées.

Nous nous sommes attardées sur les textes concernant les commissions d'enquêtes antérieures, les rapports (depuis l'instauration de l'assurance universelle) analysant les politiques de santé du Canada. Ces textes ont été utilisés pour présenter les changements déjà proposés et implantés et pour mettre en évidence la raison d'être du rapport Romanow, l'objet de notre étude. Des textes de référence considérés comme des classiques ainsi que des analyses de synthèses ou d'expérimentations relevées dans

différents sites des ministères ou agences de santé aux niveaux provincial et fédéral ont été d'emblée consultés.

Les approches théoriques et empiriques sur le changement provenant de différentes sources ont été recueillies. Il s'agissait de la littérature scientifique et professionnelle internationale qui relevait les composantes critiques et les leviers de la transformation d'un système de santé. Ils ont été identifiés à partir d'un inventaire systématique en ligne de certaines bases de données par le biais de mots clefs (recherche initiale effectuée dans les bases de données de Medline, CINHALL, EBM Reviews).

Certaines revues scientifiques dans le domaine de la gestion des services de soins (de l'administration des santé) ont été identifiées comme pouvant contenir des textes pertinents à notre analyse. Les numéros des années 2001 et 2003 des revues Health Affairs, Health Policy, Health Services Research, Health Services Management Research, Milbank Quarterly, Journal of Health Care Management, Journal of Health Care Policy and Law et Journal of Management Studies ont été ainsi consultés de façon systématique mais non exhaustive.

Et enfin une recherche rétrospective, par auteur ayant traité du sujet des transformations du système de santé, a été faite parallèlement (ex. : Shortell, Ferlies, Denis) (ex : ISI Web of sciences)

III- Les limites et intérêt de notre méthodologie

De nombreux écrits énoncent toute la rigueur scientifique des études qualitatives documentant leur objectivité, leur validité, leur fidélité. Cependant, l'étude de cas est souvent critiquée sur le plan de sa rigueur scientifique. Les limites de notre démarche méthodologique sont relatives aux options prises pour la collecte et l'analyse des données. Toutefois, il faudrait considérer le caractère exploratoire de notre recherche et

les tactiques utilisées pour les limiter par l'organisation rigoureuse des différentes étapes de la collecte et de l'analyse des données.

Une recherche interprétative par une approche systémique permet de sortir de la « lecture particularisante » (qui analyse l'objet de manière séquentielle) et ainsi d'éviter d'identifier indûment des caractéristiques identiques ou d'identifier à tort des propriétés différentes (Bourdieu, 1994). Elle permet d'aborder les espaces de changements mis à l'œuvre et à l'épreuve dans une recherche théorique et empirique qui mobilise une pluralité de méthodes d'observation et de mesure (qualitative et quantitative, sociologique, ...). Avec les données obtenues de sources distinctes mais complémentaires, nous avons comparé les différents résultats entre eux pour identifier les similarités et les différences significatives.

« ...la démarche consistant à appliquer à un autre monde social un construit selon cette logique est sans doute respectueuse des réalités historiques et surtout plus féconde scientifiquement que l'intérêt pour les particularités apparentes... »
(Bourdieu, 1994)

Les similarités entre les études permettent de confirmer les résultats et la fiabilité des données tandis que les différences peuvent être analysées sous l'angle de leurs complémentarités ou de leurs oppositions. L'intégration et la synthèse de ces parties contribuent à la qualité de cette recherche. La durée de notre étude a été dépendante d'un bonne couverture de la littérature recueillie et de la qualité des évidences. Par le principe de saturation, cela augmente la validité interne de notre étude.

Nous sommes conscients des biais inhérents à toute recherche, pour les études synthétiques nous nous sommes basés sur les choix et l'hypothétique rigueur des chercheurs, et pour les études expérimentales nous nous sommes intéressé à la force des évidences. On a aussi tenu compte de la bonne description de la méthodologie utilisée, mais nous avons compensé ces études par la complémentarité de nos sources d'informations (différents pays, différents types de système soins de santé avec des caractéristiques du SS au Canada), en alliant le descriptif au quantitatif.

L'intérêt de cette étude, avant tout, serait d'être utile au chercheur. L'approche que nous avons choisie n'a pas consisté à regarder et à analyser le rapport à travers différents modèles proposés par la littérature, mais bien à faire émerger, à partir de notre grille d'analyse synthétisant plusieurs approches et leviers de changement d'une organisation du système de soins, un modèle spécifique avec la vision particulière du changement proposée par le rapport. Cette analyse critique sera améliorée et validée par des recherches ultérieures. La recherche interprétative est un outil de recherche qui se veut une aide à la prise de décision. Elle devrait pouvoir être utile aux différents acteurs concernés par la réforme du système de santé (communauté, professionnels de la santé, administrateurs de la santé, ...).

En conclusion, nous gardons à l'esprit les objectifs, les finalités et les ambitions de notre recherche. Bien qu'un souci d'efficacité et de simplicité nous ait constamment guidé, notre choix méthodologique s'avère pertinent à notre démarche et permettra de dégager des résultats utiles pour tous ceux qui s'intéressent à ce rapport.

CHAPITRE 2

CONTEXTE DE NOTRE ANALYSE

I- Les réformes du système de santé au Canada

À la vue d'ensemble du système de santé au Canada, quels ont été les orientations des réformes antérieures du système de santé au niveau fédéral et leur impact ? Avant la mise en place de l'assurance maladie, les soins de santé du système santé au Canada reposaient surtout sur la pratique privée et de la capacité à payer du consommateur. Plusieurs facteurs expliquent le passage du système de santé d'un financement privé à un financement public dans un contexte d'économie basée sur la propriété privée. Quelques raisons importantes ont été l'influence d'un parti politique soutenu par les syndicats des ouvriers, la traditionnelle intervention directe de l'état dans l'économie face à la faiblesse de l'entreprise privée locale et quelques initiatives locales en matières d'innovation dans le financement et l'organisation des soins (Desrosiers, 1999).

Depuis cinq décennies, le système de santé est en perpétuel changement. Son système de soins de santé est principalement financé par l'état et a vu se développer le concept de la protection médicale gratuite appliqué d'abord par certaines provinces, puis repris à l'échelle nationale. Ce financement public est alimenté par des fonds provenant essentiellement des impôts que les provinces et le fédéral perçoivent sur le revenu des particuliers et des sociétés. Le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé consiste à : établir et administrer des principes, des normes à l'échelle nationale pour le système de soins de santé, à aider au financement des services de santé provinciaux sous formes de transferts fiscaux, à s'acquitter de fonctions en vertu de la constitution (anciens combattants, Autochtones en réserves, personnel militaire, détenus, gendarmerie royale). La gestion et la prestation de soins quant à elles incombent aux provinces.

I-1. La période de 1957 à 1972

Cette période de transformation du système de santé est plus orientée vers une combinaison de l'approche hiérarchique, rationnelle, planifiée à celle d'un jeu de pouvoir organisationnel, ajustement aux pressions internes et externes (modèle politique) (Champagne, 2002).

En 1947 tel un projet pilote, la Saskatchewan a été la première province à instituer l'assurance hospitalisation universelle publique. C'est en 1957 que le régime a été adopté par le Parlement de la Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques.

Après des négociations du gouvernement avec les provinces dans le but d'en arriver à une entente sur le partage du financement des soins hospitaliers de courte durée et des services diagnostiques de laboratoire et de radiologie, en 1961, les dix provinces et les deux territoires avaient des régimes publics qui couvraient intégralement les soins dispensés à l'hôpital. Ainsi, 99 % des Canadiens avaient accès gratuitement aux services de soins de santé prévus par la Loi.

Une fois la Loi adoptée (cette loi lui permettant de participer au coût des régimes d'assurance hospitalisation provinciaux), le gouvernement fédéral pour apprécier les besoins en soins de santé, a mis sur pied la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par le juge Emmett Hall.

Entre 1964 et 1965, la Commission a diffusé un rapport recommandant l'établissement d'un régime d'assurance maladie intégral et universel pour l'ensemble des citoyens. Selon les auteurs du rapport, l'assurance maladie devait englober les soins donnés par les médecins ainsi que les médicaments émis sur ordonnance (Hall, 1964).

Dans le système de santé, il y a une délégation du pouvoir décisionnel où le contrôle des décisions et la prestation des services sont réservés à la profession médicale. L'instauration de l'assurance universelle a suscité une vive résistance au sein de la

profession médicale face à ce qu'elle considérait comme une menace à son autonomie. Les stratégies de changement mises en place pour l'implantation de ce régime seront essentiellement des accords de plusieurs concessions dont un système caractérisé par une pratique privée et un paiement public face aux résistances des professionnels de la santé, plus particulièrement des médecins (Coburn, 1998; Tuohy, 1999).

En 1966, la majorité de la population était assurée pour les services médicaux par le biais de divers régimes publics et privés d'assurance. Le gouvernement du Canada a adopté la Loi sur les soins médicaux. Mais les soins de santé étant de compétence provinciale, selon la constitution canadienne, le gouvernement du Canada a dû entamer des négociations avec chaque province séparément. En 1972, l'objectif était enfin atteint et chaque province avait établi son propre régime d'accès gratuit aux services médicaux, auquel le gouvernement fédéral contribuait financièrement.

I-2. La période de 1972 à 1985

En 1979, une autre étude de la Commission Hall sur le fonctionnement et le financement des soins de santé au Canada suite à l'application des régimes d'assurance médicale, révèle les performances mais aussi les surfacturations par les médecins et les frais d'utilisation perçus par les hôpitaux qui ont créé un système à double vitesse. Elle recommande, pour enrayer ce phénomène, un mécanisme commun visant une fixation des honoraires des médecins dans les provinces.

Puis, en 1984, le gouvernement du Canada adopte la Loi canadienne sur la santé (réaffirmant l'importance accordée à un régime d'assurance maladie universel, accessible, intégral, transférable et de gestion publique), qui reprenait les principales recommandations du rapport Hall et prévoyait des pénalités pour les provinces qui refusaient de s'y conformer. En 1987, toutes les provinces avaient éliminé la surfacturation, et le gouvernement du Canada leur avait remboursé les pénalités imposées auparavant. La Loi canadienne sur la santé a réussi à établir un régime public

de soins de santé intégral, universel et accessible. Pour plusieurs chercheurs, cette transformation est considérée comme réussie (Champagne, 2002, Denis, 2002).

Avec le boom économique de la période après guerre à la fin des années 50 et au début des années 60, le système de santé au Canada a observé une grande réforme. Il s'agissait d'une modification du mode du financement du système de santé par un financement public assurant la gratuité des consultations, des hospitalisations, des services diagnostiques et des soins médicaux aux citoyens, sans transformation au niveau de l'organisation et des pratiques du système de soins. Les incitatifs utilisés étaient surtout d'ordre financiers mais également des mesures législatives.

I-3. La période de 1985 à nos jours

Les dépenses du secteur de la santé ont connu une augmentation de 1985 à 1993 (un accroissement de 47.5% de 1985 à 1990). Cette période a été suivie par un ralentissement des dépenses entre 1993 et 1998, suivi d'une reprise de la croissance de 1999 à 2004. Au début des années 90, le secteur de la santé et des services sociaux s'est vu demander de réaliser d'importantes compressions pour réaliser des économies qui ont secoué le réseau de la santé. Ce plan budgétaire d'assainissement financier a atteint les objectifs fixés en maintenant les objectifs fondamentaux du système de soins.

Cette période a vu beaucoup de changements dans le système et les organisations de santé. Depuis une quinzaine d'années, des restructurations importantes ont été observées au sein des organisations de santé (ex : les fusions d'établissements, ...). On peut dire qu'en général ces changements structurels ont été extrêmement déstabilisants. Il est évident que ces transformations ont modifié le quotidien de plusieurs acteurs du réseau et représentent donc des changements significatifs et tangibles. On note une insatisfaction croissante des différents acteurs du système de santé (des consommateurs aux producteurs), et pourtant on constate qu'aucune réforme politique majeure n'a été opérée et que les fondements de base du système demeurent inchangés (Tuohy, 1999). Et les réformes du système de santé qui ont été effectuées au cours de ces 15 dernières

années ont rarement été implantées (Champagne, 2002), de manière à faire demeurer la dynamique d'un réseau dans un statu quo (en situation d'inertie).

La population canadienne continue de tirer parti du régime d'assurance maladie, pourtant la confiance qu'elle en avait a été ébranlée suite aux restrictions budgétaires du début des années 1990. Le régime est aux prises avec les coûts à la hausse (à cause des augmentations importantes de la rémunération des prestataires de soins consenties récemment après plusieurs années de restriction), un plus grand nombre de services dispensés et le phénomène du vieillissement de la population. Le prix croissant des médicaments d'ordonnance, des soins à domicile et autres dépenses de santé contribuent à une augmentation constante.

En 1999, les dépenses du secteur public dans le domaine de la santé s'élevaient à plus de 63 milliards de dollars soit 9.3 % du PIB (OCDE, 1999).

Le Forum national sur la santé (1997), lancé afin de faire participer le public et les intervenants de la santé, a proposé des recommandations afin de sortir de l'inertie du système de santé. Une approche structurelle du changement, avec une transformation radicale passant par la restructuration de l'organisation, du financement et une orientation des soins vers les soins primaires a été proposée. Cette approche suggère un style participatif de gestion, que la gouverne régionale ait en charge son propre rythme de changement avec un caractère émergent des initiatives et de prise de décisions. Cette réforme, qui étend ses services vers des déterminants non médicaux (santé-social, sanitaire), veut repenser le rôle de tous les intervenants et supprimer les obstacles à leur utilisation optimale. Elle veut aussi rendre disponible l'information adéquate au public comme mécanisme de contrôle d'un système fondé sur les résultats.

D'après l'analyse récente des expériences de réforme au Canada, Denis (2002) explique « *que la gestion du changement progressif pourrait s'appuyer sur des structures plus décentralisées, sur le besoin de structurer les interactions entre acteurs en développant un leadership collectif efficace (Denis, Lamothe et Langley, 2001) et sur la mise en place de programmes d'expérimentation de manière que les acteurs et les*

organisations s'engagent dans de nouvelles expériences et pratiques. L'expérimentation sociale est alors vue comme un cadre prometteur pour faire jouer les incitations et renouveler les interactions entre acteurs. Le leadership collectif touche directement la question des rapports politiques dans les organisations et de la capacité des acteurs à maintenir une légitimité suffisante dans les processus de changement. Introduire des changements, c'est donc gérer des processus complexes. »

Le Forum national sur la santé (1997) suite à ses travaux, a conclu « ... *que les besoins de changements portent sur trois secteurs-clés, c'est-à-dire qu'il faut : préserver le système de soins de santé en agissant différemment; transformer en actions les connaissances sur la santé; se servir d'une meilleure information pour prendre de meilleures décisions.* »

Selon Denis (2002), les recommandations de changement ne seront pas implantées si « *elles ne collent pas à un processus qui mise sur différents atouts pour l'implanter. La gestion du changement dans le réseau de la santé pose donc le défi de générer des espaces significatifs de changements qui soient acceptables sur le plan des valeurs à préserver. L'option qui nous semble la plus réaliste, ..., est de tableur sur des changements progressifs en faisant intervenir de façon dynamique les leviers structurels, les incitations, les interactions et l'information.* »

Les principes axés sur le patient énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) continuent d'être une expression fondamentale de la société canadienne. En fait, la Loi a maintenant acquis un statut d'icône. Toutes les réformes proposées sont en accord pour la conserver en la clarifiant ou l'actualisant. Le gouvernement fédéral a joué un rôle crucial dans le domaine de la santé et des soins de santé, et il doit s'adapter à ces nouvelles réalités.

En 2001, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, s'est penché sur l'état du système de soins de santé au Canada et sur l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Il a été proposé une série de recommandations touchant la responsabilisation, la promulgation d'une

garantie de soins de santé, d'un renforcement de la contribution fédérale à l'élaboration de l'infrastructure des soins de santé, et l'élargissement de la portée du régime public d'assurance santé.

Parmi ces recommandations nous retrouvons aussi la mise sur pied d'un conseil responsable d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens comme mécanisme de coopération intergouvernementale. Il sera responsable de la coordination des liens entre le fédéral et le provincial et avec d'autres organisations indépendantes (sources d'informations). Afin de permettre un bon feedback de l'information, la mise en place de ce conseil indépendant du gouvernement, favorisera une harmonisation interprovinciale et sera assuré d'une légitimité du fait qu'ils sont nommés par des représentants du gouvernement.

Le financement proposé demande une certaine extension de la participation des consommateurs par l'application des principes du marché à la prestation et à la consommation des services de santé. D'avis contraire, d'autres pensent que ces propositions minent les principes de base du régime d'assurance santé.

Des recommandations émises, les réformes effectuées ont eu plus ou moins les effets voulus les unes par rapport aux autres ou le statu quo. Selon la théorie générale des systèmes, les systèmes d'actions complexes ont des propriétés d'équifinalité et de multifinalité (Champagne, 2002). La diversité des niveaux de complexité des actions pour effectuer un changement au sein d'une organisation lui donne donc ces propriétés d'équifinalité et de multifinalité. Ainsi le cheminement de toutes les décisions de transformation se retrouvera donc dans un processus avec les acteurs interagissant dans des espaces sociaux différents et aboutira soit à un même résultat ou à différents résultats, d'où l'intérêt marqué de grand nombres de chercheurs sur l'appréciation de la dynamique du changement opéré. Les paramètres intervenant sur les variables du changement gagnent à être cernés pour mieux cibler les objectifs à atteindre.

II- Les enjeux du système de santé

Il est fréquent d'entendre de nombreux citoyens canadiens dire que le système de santé est en état de crise. Le branle-bas causé par l'escalade des dépenses de santé et les conséquences de la restriction budgétaire sur l'accès aux services seront les principales raisons relevées à l'origine de cette crise, après près d'un tiers de siècle d'existence des soins de santé financés par le secteur public (Tuohy, 2002; Evans, 2002).

Nombreux sont les indicateurs qui signalent une augmentation des coûts des soins de santé l'attribuant principalement aux répercussions des réductions des dépenses au début des années 1990, au prix croissant des médicaments d'ordonnance, des soins à domicile et autres dépenses de santé et à l'augmentation importante de la rémunération des prestataires de soins.

De façon générale, les sérieux problèmes relevés par d'autres commissions antérieures sur le système de santé au Canada (Kirby, 2002; Clair, 2000; Mazankowski, 2001; ...) sont identiques pour la plupart d'entre eux : les listes d'attente trop longues malgré les efforts pour y remédier depuis ces cinq dernières années; les demandes pour avoir accès aux nouvelles technologies très coûteuses; la pénurie et la mauvaise répartition des professionnels de la santé; ou encore les disparités régionales au niveau de l'accessibilité aux soins. Ces réformes choisissent d'œuvrer pour une amélioration des services offerts. C'est à la recherche d'une meilleure accessibilité et intégration du système de santé que les domaines d'interventions ont été orientés vers les soins de santé primaire, les soins à domicile, l'assurance médicament et la santé des autochtones (FNS, 1997 ; Kirby, 2002).

Les ressources ciblées seront essentiellement le financement accru, les solutions face à la pénurie des ressources humaines en santé et un bon système d'information comme composant nécessaire à l'élargissement de la coopération et des relations interorganisationnelles, au travail en collaboration au niveau de la gouverne et comme moyen d'influer sur les comportements des acteurs internes et externes du système.

Les propositions du Forum national sur la santé (1997) suite à leurs travaux auront été principalement la restructuration des services de soins. Les faits démontrent qu'on pourrait faire un usage plus efficace des ressources (la réduction du nombre de lits, la surconsommation répandue de médicaments...) (FNS, 1997).

En 1999, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, s'est penché sur l'état du système de soins de santé au Canada. Il a été proposé une série de recommandations touchant la responsabilisation, la promulgation d'une garantie de soins de santé, et d'un renforcement de la contribution fédérale. Dans son rapport, le sénateur Kirby (2002) qui est en faveur d'une plus grande pluralité de régimes privés, préfère soumettre de nouvelles sources de financement : formules de financement fédéral et aussi de meilleurs moyens d'augmenter les recettes provinciales publiques comme privées (par une augmentation des impôts, des primes d'assurances, des frais d'utilisations, des comptes d'épargne santé, ...).

III- Situation du rapport à l'égard de la gouverne fédérale

En avril 2001, le Premier ministre du Canada, le très honorable Jean Chrétien, a confié à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada sous la direction de l'ancien Premier ministre de la Saskatchewan, le commissaire Roy Romanow, la charge d'informer et de consulter la population, et de faire des recommandations pertinentes sur l'élaboration de politiques de santé nationales au gouvernement fédéral pour améliorer le système de santé et la santé de la population. L'initiation de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada fait suite au dépôt du rapport préliminaire en mars 2001 du Comité du Sénat initié depuis 1999. Globalement le mandat du Comité du Sénat et celui de la Commission Romanow s'intéressent à l'établissement d'une vue d'ensemble du système de santé en passant par une revue de l'évolution des politiques de santé ayant conduit à la situation actuelle du système de santé et à l'établissement de recommandations pour l'améliorer. Il est à noter que l'enquête lancée par Comité du

Sénat, à la différence du rapport Romanow, n'a pas été sollicitée par la gouverne fédérale, le Sénat l'a entreprise de sa propre initiative face à l'inertie du système de santé. Il faut également relever que le déroulement de ces deux enquêtes diffère par le budget plus élevé accordé à la Commission Romanow (15 millions de \$ CAN) comparé à celui du Comité du Sénat (quelques centaines de milliers de \$) et par le rythme plus accéléré pour la Commission Romanow (18 mois) (Lewis, 2004).

La Commission Romanow a fait appel à 40 études, et le rapport est le résultat d'une consultation approfondie et bien documentée pour appuyer la transformation du système de santé.

Le rapport Romanow s'adresse à tous les gouvernements mais aussi à tous les citoyens canadiens. Les interventions proposées visent une amélioration de l'état de santé des Canadiens en s'assurant de la capacité du système de santé à relever les défis actuels et à venir. La perspective adoptée est celle de la gouvernance fédérale. Les recommandations couvrent donc un champ limité des questions de santé, celles relevant des compétences de la gouverne fédérale. Les principaux leviers sur lesquels il peut agir sont son rôle à oeuvrer pour le respect des principes de la LCS (à titre de législateur), son pouvoir de dépenser (pour assurer des transferts fiables) et l'information.

Les propositions couvrent les court, moyen et long termes sur des questions de santé d'intérêt national. La Commission a été créée par le gouvernement fédéral et la plupart des recommandations seront restreintes aux seules mesures qui incomberont au fédéral. Les gouvernements provinciaux et territoriaux, quant à eux, sont responsables de l'organisation et de la prestation des soins et des services, des activités professionnelles et des relations de travail. Ils ont la responsabilité politique de leurs décisions sur la santé et sont imputables des effets sur la santé des politiques de santé et autres mesures émises. Le rapport va tenir compte de ces prérogatives, afin que le gouvernement fédéral puisse avoir un meilleur regard sur le processus de transformation qu'il initiera.

IV- Contexte actuel : les acteurs du système de santé au Canada

Le rapport Romanow a été élaboré dans une situation organisationnelle et politique du système de santé qui demande à être changée de manière urgente. Cette crise fait intervenir les acteurs du système qui sont des éléments importants dans un processus de transformation. Les différences de cultures professionnelles et organisationnelles, et celles de type de motivations sont sources de conflits et sont responsables de l'échec à l'atteinte des résultats souhaités. Il faut donc considérer les groupes d'acteurs afin d'appréhender le système de santé actuel comme le résultat de leurs comportements dictés par ces motivations au travers de la littérature.

IV-1. Sur le plan politique

En politique de santé, on peut aussi dire que les orientations ont été beaucoup modifiées au cours du siècle dernier.

L'orientation vers des soins curatifs a fait diminuer la mortalité infantile de moitié entre 1971 et 1991 (Desrosiers, 1999). Par la suite, une réorientation des efforts vers des soins préventifs et la promotion de santé (p.8) face aux changements démographiques et épidémiologiques s'est amorcée.

À la fin des années 80 et au début des années 90, les commissions d'enquête provinciales étaient quasi unanimes pour la planification de réformes communes, surtout orientée vers la promotion de la santé. La régionalisation a été utilisée comme une stratégie néocorporatiste pour mobiliser le public à cette nouvelle orientation. C'est un outil de démocratisation, permettant de démontrer le bien-fondé de la politique préconisée et de limiter les pressions exercées directement par différents groupes sur les processus décisionnels. C'est également un levier de changement structurel. On observe à la fois une centralisation et une décentralisation du pouvoir décisionnel. Il a été décrit sur une longue période des tentatives de changement avec une politique fédérale sur le système de santé orientée vers la « comprehensive health system » qui prend en compte

et respecte les attentes et les préférences des consommateurs et producteurs de services. Toutefois ces tentatives de changement sont associées à une période de restrictions des dépenses.

Les restrictions budgétaires du début des années 1990 ont ébranlé la confiance des consommateurs vis-à-vis de leur système de santé. Le vieillissement de la population, avec les soins chroniques qui en découlent, met en évidence le changement de l'environnement du système de santé et l'emphase sur la nécessité de coordonner les soins, sujets eux aussi au développement des techniques d'intervention de la médecine. On peut aussi noter la recrudescence des disparités de santé entre les zones rurales et urbaines, entre les mieux nantis et les moins nantis que Coburns (2004) associe au néolibéralisme (qui prend de plus en plus d'importance) comme facteur contextuel favorisant les inégalités de revenus mais aussi de santé.

Ces éléments attirent l'attention des décideurs, d'où l'orientation actuelle des politiques de santé vers plus de fonds et une utilisation adéquate des ressources disponibles pour prévenir, diagnostiquer et traiter.

Cependant, le contexte politique incite à opérer par des actions ciblées rapides et pour des résultats à court terme. Les impératifs du monde politique qui veut faire la différence sont en réaction aux situations problématiques ayant une solution à court terme. Leur inquiétude pour l'avenir lointain se retrouve plus facilement dans les objectifs mais très peu dans leurs activités. Et le principal sujet de divergence concerne la disponibilité des ressources financières. Les grandes idéologies qui se font face dans le monde politique concernent les sources de financement : d'un côté la volonté d'étendre la participation des consommateurs par l'application de principes du marché à la prestation et à la consommation des soins, et de l'autre celle qui considère que de telles pratiques porteraient atteinte aux fondements du régime d'assurance maladie.

La combinaison de ces éléments sur le plan politique force à constater deux phénomènes : un déficit démocratique rattaché à une crise de légitimité; la baisse du nombre des partis politiques, la baisse des électeurs qui votent et le manque de

confiance envers les institutions dirigeantes sont le reflet de la croyance que ceux qui élaborent et implantent les politiques ne sont pas représentatifs des intérêts de la population (Dickinson, 2002).

IV-2. Au niveau des consommateurs

Les principaux problèmes du système de santé sont énumérés et certaines causes sont énoncées. Face à la discordance des solutions proposées et au fort impact des politiques sanitaires, on retrouve les citoyens se forgeant une opinion sur leur système de santé. Mais ils sont quasiment tous unanimes, les citoyens canadiens tiennent à leurs valeurs et surtout à l'universalité de leur système de soins (l'absence de participation aux coûts est une caractéristique majeure du système de santé au Canada) (FNS, 1997 ; Romanow, 2002). Des groupes de discussion (en prenant connaissance de scénarios et de questions qui se rapportent aux problèmes du système de santé pour mieux saisir la complexité des enjeux en cause) ont révélé une lutte entre des intérêts particuliers et de puissantes valeurs (fierté, égalité, compassion, identité nationale) (FNS, 1997). En effet, il existe différents niveaux sociaux et un clivage entre ceux-ci, mais également un clivage d'opinion. Les Canadiens sont de façon générale mécontents des services reçus au sein du système de santé (faits vécus soi-même ou relatés par les médias surtout concernant les listes d'attentes) et leur réaction est fonction des moyens qu'ils ont et de leur appartenance à un groupe de pression ou un autre.

De façon générale, on peut dire que les attentes des citoyens par rapport au système de soins concernent l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins.

La fin du siècle dernier a vu, parallèlement aux efforts de promotion de la santé et de prévention des soins, les consommateurs de soins participer plus activement à leurs soins, chercher plus d'informations pour rester et améliorer leur état de santé (responsabilité individuelle vis-à-vis de leur état de santé, orienté vers la prévention).

Le développement de technologies de l'information a rendu l'accès à l'information sur la santé plus aisé et voit se réduire l'écart du savoir entre les médecins et la population. Les citoyens exigent leur droit à l'information, à participer aux décisions et à la prestation des soins pour maintenir un système de santé respectant leurs valeurs (Dickinson, 2002).

Le comité sénatorial, en partant des besoins ressentis par la population concernant l'accessibilité sans délai pour tous les tests et les traitements, a proposé dans ses recommandations une révision de l'organisation par la garantie de soins et l'adoption d'une charte des droits des patients (Kirby, 2002).

Mais qu'est ce qu'un Canadien attend de ces réformes à venir ? L'introduction de l'assurance médicale universelle au niveau national a favorisé l'adoption de nouvelles valeurs devenues si chères aux yeux des Canadiens en tant que principaux bénéficiaires. Un renforcement ou un changement de ces valeurs serait-il approprié comme condition préalable à l'implantation du changement proposé?

IV-3. Les professionnels de la santé et leur pratique

Les médecins constituent l'un des principaux acteurs du système de santé. La littérature sur leur comportement en tant que producteur de la santé est assez vaste et il existe différents courants de pensée. Il ressort cependant que le producteur bénéficie et tient à son autonomie, et que sa grande influence sur le système de soins est largement reconnue. La production réelle et l'efficacité de celui-ci sont influencées par 4 catégories de facteurs (Contandriopoulos, Champagne et Pineault, 1990) : les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques des professionnels (au nombre d'heures travaillées et au style de pratique), les modalités organisationnelles du système de soins (au lieu d'installation), et le contexte environnemental. Dans les détails, ils sont nombreux et complexes.

Les services offerts aux patients sont le fait d'acteurs différents : médecins de ville ou de zones rurales, en centre hospitalier ou en centre communautaire, public ou privé; des professionnels de santé, des techniciens en santé, etc... Ces acteurs fonctionnent dans un cadre fortement légitimé par la loi, qui va jusqu'à leur accorder le monopole d'exercice de certains types d'activités. Ils ont toujours une forte autonomie décisionnelle, avec le contrôle des décisions et des prestations de services qui leurs sont délégués.

Les services de santé représentent une grande proportion des budgets des gouvernements provinciaux. Les dépenses reliées à la santé représentent le quart ou même le tiers du budget total de chaque province. Les médecins qui sont supposés être la plaque tournante du système médical du Canada, sont tenus responsables d'une grande partie des problèmes financiers de celui-ci. Il est important de mentionner que les décisions des producteurs ont une incidence directe sur une grande part des dépenses de santé soit plus de 80 % (Eisenberg, 1986). Au début des années 1980, quand a pris fin le programme de contrôle des prix et des salaires, la rémunération à l'acte et le pouvoir discrétionnaire du médecin ont été fortement remis en cause face aux surfacturations et aux frais modérateurs qui ont suivi les mesures de contrôle des dépenses (pénalité financière, ...).

Les professionnels dans leur pratique se sentent exposés aux pressions externes (des politiques provinciales, fédérales, pratique administratives, aux patients informés). Quand leur autonomie décisionnelle n'est pas protégée, cette situation peut être responsable d'une baisse d'efficience de la qualité des services offerts (Contandriopoulos, 2002). Dans les réformes passées, leur principale motivation à l'adoption d'un changement a été l'incitation financière et non la pertinence du changement. Quels seront les moyens utilisés pour que les professionnels de la santé soient des acteurs intégrés dans le processus de changement proposé ?

IV-4. Les gestionnaires dans le système de santé

Les acteurs de l'État et les professionnels de la santé interagissent en permanence. Cependant, les gestionnaires du système de santé ne comptent pas parmi les plus influents au niveau des soins cliniques principalement contrôlés par les médecins. Ils subissent une forte dépendance vis-à-vis des mécanismes collégiaux dans le système de santé à payeur unique. Selon Tuhoj (2002), cela serait profitable pour la gestion des conflits (tensions suite aux restrictions budgétaires de l'état) mais serait peu profitable pour un véritable changement.

Pour les gestionnaires de la santé, l'amélioration de la qualité des soins demeure une priorité (Lomas, 2002). Mais les outils de gestion inadaptés pour une collaboration avec l'ensemble du système sont un véritable frein à l'atteinte de leurs objectifs.

Les études sur l'amélioration de l'état de santé qui montrent que l'incohérence des résultats de santé obtenus est liée au manque d'attention au contexte global de l'administration de la santé sont de plus en plus nombreuses. La nouvelle approche, qui commence à être adoptée, pour mieux adapter les gestionnaires à l'amélioration de la qualité des soins, serait de mieux les outiller afin d'augmenter leur capacité à acquérir la recherche, à l'évaluer, à l'adapter, et à l'appliquer ; ce que Lomas (2002) appelle la capacité de prise de décision factuelle.

V- Les stratégies de Transformations

Les réformes du système de santé ont des objectifs assez semblables dans l'ensemble des systèmes de santé (Romanow, 2002; Saltman et Figueras, 1997). Les responsables politiques, les gestionnaires des systèmes confrontés à la restructuration des services hospitaliers (innovations, ...) et aux besoins changeants de la population (démographiques : vieillissement, vulnérabilité de certains groupes) sont forcés de

porter leur attention sur le sujet. Comme précurseur du changement, ils interviennent selon différents modèles.

Les stratégies utilisées pour faire le changement varient de très complexes à peu complexes (Denis, 2002). Ces interventions mobilisent les acteurs du système de santé, les ressources physiques et financières, mais elles combinent également des espaces de transformation (de la clinique, de la gouverne, des valeurs au système de santé) (Desbiens, Dagenais et Joubert, 2001; Joubert, 2002; Denis, 2002). La grande complexité est que l'agencement de ces professionnels et des espaces de transformations n'est pas fixe, ni déterminé à l'avance dans des cadres organisationnels (différents selon les régions ou pays) par des processus de changement bien définis (Joubert, 2002).

Cependant, Champagne (2002) nous propose, à partir des différents écrits et recherches sur le changement, un regroupement en une dizaine de perspectives. Ces différentes approches recensées à travers les travaux caractérisent le processus de changement du système de santé par : les niveaux ciblés par les processus (clinique, gouverne/organisation, système de valeurs et représentations) (Desbiens, Dagenais et Joubert, 2001; Denis, 2002 et Contandriopoulos, 2003); la nature du changement (convergente ou radicale suivant l'ampleur des transformations et la multiplicité des niveaux concernés), les modes de changement retenus pour opérer les transformations (mode hiérarchique et/ou mode émergent); la dynamique révolutionnaire ou évolutive du changement (trop rapide, il risque de mettre en péril les assises mêmes qu'il essaie de faire évoluer et s'il est trop lent il risque de subir un rejet pur et simple); son rythme (uniforme ou variable avec des accélérations et des ralentissements); et la forme de sa trajectoire (complétée, bloquée, régressive).

Les différents modèles d'analyse du changement énoncé par Champagne (2002) dans les organisations sont reliés au contexte. Ce sont :

- Le modèle hiérarchique où le changement sera implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures prévues ont été suivies.
- L'approche du développement organisationnel où le changement sera un succès si les gestionnaires réussissent à promouvoir des valeurs de participation et de consensus, notamment en améliorant la qualité de vie organisationnelle.
- L'approche psychologique met l'accent sur la réaction des personnes au changement. Un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes.
- La perspective structurelle, i.e. les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité d'adapter celle-ci aux exigences du changement.
- L'approche politique où l'adoption et l'implantation de changements sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes.
- L'approche de la gestion stratégique où l'implantation du changement sera un succès si des dirigeants stratégiques réussissent à transformer de façon radicale la culture, la stratégie et la structure d'une organisation suite à des situations de crise et de haute turbulence.
- La perspective environnementale où les principales sources de changement et les facteurs déterminants du succès de l'implantation se retrouvent dans l'environnement externe de l'organisation. Nous regroupons ici deux modèles assez distincts, soit la théorie écologique et la théorie institutionnelle. Dans les deux cas, les dirigeants sont limités dans leur capacité de mettre en œuvre leur stratégie. Selon la théorie écologique, ils sont limités par l'inertie de l'organisation. À cause de cette inertie, le principal mécanisme de changement ne sera pas la transformation de l'organisation mais son remplacement. Selon la théorie institutionnelle, les dirigeants sont limités par l'environnement institutionnel. Les changements sont dictés par les normes institutionnelles.
- Le modèle de l'apprentissage organisationnel où le changement sera implanté avec succès si l'on réussit à mettre de l'avant un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur.
- Les théories de la complexité, i.e. que le changement sera encouragé en favorisant la complexification de l'organisation interne, la communication et la participation, de façon à stimuler l'auto-organisation, l'adaptation à la diversité environnementale et l'apprentissage.
- Les gurus où le changement est normal, inévitable et urgent et il peut être géré par des leaders compétents et efficaces. Les recettes de compétence dans la gestion du changement représentent ici des jumelages variés de plusieurs modèles de changement sur chacun desquels les auteurs peuvent mettre un accent différent. On observe une association d'un modèle de gestion stratégique, d'un modèle rationnel, d'un modèle psychologique, d'un modèle de développement organisationnel, d'une approche de contingence structurelle, et enfin, modèle politique.

Les deux premiers modèles concernent le mode de conduite du changement. Le processus de prise de décision peut se faire par une approche hiérarchique ou de développement organisationnel. Ces deux approches représentent les deux grands types d'approche très souvent combinés, utilisées au niveau de la gouverne du système de santé.

L'efficacité du modèle hiérarchique, tient de l'importance du problème identifié et surtout de la pertinence du choix d'intervention pour résoudre le problème. Ce modèle insiste donc sur une maîtrise des facteurs causals et des acteurs clefs bien identifiés. Le problème de l'implantation comme l'a souligné Champagne (2002) viendrait de l'inaptitude du gestionnaire aux bonnes prises de décisions, au contrôle et à la supervision du processus.

Selon l'approche du développement organisationnel, on insiste sur l'aspect informel de la dynamique de l'organisation. Elle insiste sur le bon outillage du gestionnaire de la santé par sa formation et une information appropriée pour faire face aux obstacles tels que les conflits liés aux différences culturelles des acteurs clefs afin de les conduire au changement désiré. Leur objectif est de favoriser une « solidarité intra organisationnelle » dans la dynamique d'un changement émergent.

La confrontation des études soutenant qu'une gouverne décentralisée est fondamentale tandis que d'autres montrent les avantages d'une gouverne centrale, semble faire place à l'idée qu'une approche combinée de l'émergent (bottom up) et du décrété (top down) serait une source de changements durables et profonds (Burns et Pauly, 2002 , Denis, 2002).

« Il faut reconnaître que le changement est simultanément une démarche délibérée, rationnelle, planifiée qui est décidée et mise en œuvre par les responsables administratifs et politiques du système de soins ; et qu'il est aussi un phénomène émergent, négocié, qui se construit et prend forme au cours de sa réalisation en fonction des initiatives des agents locaux. » (Contandriopoulos, 2003)

Ces deux approches peuvent opérer des changements convergents ou radicaux, et déstabilisants ou mis en place de façon progressive.

L'existence de conflits permanents entre la gouverne fédérale et la gouverne provinciale pour ce qui concerne la gestion du système de santé, approfondit un manque de légitimité des administrateurs des différents niveaux de la gouverne du système de santé. Ceci se reflètera par une résistance spontanée des acteurs du processus de changement. Comme l'a souligné Champagne (2002), le modèle hiérarchique doit exercer un contrôle sur les personnes responsables de l'implantation du changement tandis que l'approche du développement organisationnel doit favoriser un bon système de communication et une meilleure maîtrise des réactions négatives au changement.

L'approche psychologique et l'apprentissage organisationnel sont centrés sur les acteurs intervenants et leurs motivations au processus de changement. L'intérêt de cette approche tient de la volonté de conduire au changement un groupe d'acteurs par leur adhésion au processus de la transformation proposée, le premier au niveau individuel et le second au niveau organisationnel. Ces approches sont fréquemment utilisées en combinaison avec l'approche hiérarchique et de développement organisationnel dans le cadre de changements convergents ou radicaux. Les variantes de l'approche psychologique interviennent dans la modification des structures cognitives ou des attitudes au niveau des individus et concernent l'apprentissage organisationnel au niveau des organisations. Ces approches se mettent en place de façon évolutive (incrémentielle) en plusieurs étapes comme le décrit Champagne (2002).

« Ce modèle propose une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. »

« ... il postule que le processus de changement constitue une suite de préoccupations... pour les personnes et que les gestionnaires peuvent tenter d'y répondre en accompagnant les personnes à travers ces phases de préoccupation. »

« Ce modèle propose un processus cognitif en trois phases : dé-cristallisation (dégel), déplacement et recristallisation (regel). D'autres modèles proposent des processus socio-émotionnels dont le nombre d'étapes varie et qui comportent des phases telles le déni, la tristesse, la culpabilité, la colère, la confusion, l'engagement, etc. ... »

L'organisation qui veut mettre en place une innovation au niveau de la structure organisationnelle, va l'insérer dans un processus social avant de produire le changement

voulu (Joubert, 2002 ; Denis, 2002 ; Luc et Rondeau, 2002). Elle engendre une distribution des rôles (passant d'une planification rigoureuse, à une mise en place d'une structure de pilotage du changement indépendante des opérations, à des utilisateurs, etc.) et médiatise les rapports sociaux entre eux. De manière opérationnelle, il y a un ensemble de règles sociales sur le rôle de chacun et les relations qui doivent s'établir entre les différents acteurs (par des divergences de vues entre acteurs, mais il peut aussi aider à les résoudre, en structurant les négociations, ...). Le résultat de cette innovation peut cristalliser de manière tangible dans le temps et dans l'espace, des conceptions, des attitudes et des façons de faire (Desbiens, Dagenais et Joubert, 2001). La cible de l'approche psychologique sera donc les croyances, les attitudes et les comportements des acteurs du système. Le gestionnaire facilitera alors,

« l'élaboration d'un cadre favorable à l'apprentissage par des stratégies visant à accroître la responsabilité, l'initiative et la propension des personnes à discuter avec les autres membres des difficultés créées par ...l'innovation» (Champagne, 2002).

Après s'être intéressé aux acteurs qui oeuvrent dans le processus du changement, l'intérêt est porté vers le cadre structurel dans lequel les changements seront opérés selon le mode hiérarchique ou émergent. La perspective structurelle, mettra moins l'accent sur les acteurs et comment les conduire au changement. Elle insiste plutôt sur le cadre structurel et comment le réorganiser pour l'adapter au changement. Parmi les stratégies de changements les plus marquées au niveau de la structure organisationnelle du système avec l'avènement des systèmes de soins intégrés (SSI), on retrouve les fusions et les alliances d'institutions. Certaines études expérimentales et théoriques soulignent toujours la nécessité de leur utilisation comme levier de changement (Lamothe, 2001). Pour d'autres, ces restructurations sont considérées comme déstabilisantes (Denis et Langley, 2002; Burns et Pauly, 2002) ne pouvant produire aucun effet escompté. De façon plus générale, les études portant sur les restructurations soutiennent de l'insuffisance de ce levier de transformation, à lui seul pour une amélioration significative (Denis et Langley, 2002). Ces restructurations peuvent être d'importance variable allant du radical à de simples ajustements sans véritable transformations, et d'un rythme rapide ou lent. Fréquemment, cette approche est

fortement combinée à une approche psychologique et à l'apprentissage collectif à cause de son impact direct sur le fonctionnement de l'organisation et sur la manière de s'acquitter de ses tâches.

Les approches précédemment décrites intéressent surtout l'environnement interne de l'organisation d'un système de santé. L'approche politique et les autres approches à venir tiennent beaucoup plus compte de l'environnement externe de l'organisation.

Dans l'approche politique, la cible pour un changement réussi sera la conduite des groupes d'intérêts influents au sein de l'organisation dans une interaction cohérente avec les caractéristiques du changement proposé. Les gestionnaires auront un rôle de mobilisateurs et de négociateurs afin de canaliser les forces politiques.

« Dans une perspective politique, le gestionnaire doit donc prendre des initiatives qui canalisent les forces politiques vers un appui au changement. » (Champagne, 2002).

Le modèle hiérarchique, les approches du développement organisationnel et la perspective structurelle ont une dynamique pouvant être incrémentielle ou révolutionnaire et convergente ou radicale. Lorsque le changement, vu comme une adaptation graduelle, est mis en place en combinant l'approche psychologique ou l'apprentissage collectif à l'approche politique (souvent associé à d'autres approches) il a une dynamique plus incrémentielle et évolutive (Champagne, 2002).

Cependant, l'approche de la gestion stratégique, où le changement d'un type radical survient en période de crise, a un rythme discontinu et révolutionnaire. Elle donne une nouvelle orientation sur le plan de la culture, de la stratégie et de la structure de sorte que de nouvelles normes s'institutionnalisent dans la structure organisationnelle modifiée. Celle-ci pourrait correspondre à l'approche qui a été opérée lors de l'instauration de l'assurance maladie universelle.

Les perspectives environnementales externes (écologique et institutionnelle) ont pour principal objet l'inertie de l'organisation. Elles sont caractérisées par un changement surtout émergent, et radical. Ici le gestionnaire ne peut guider que partiellement le

changement et il doit tenir compte du caractère émergent des prises de décisions. Selon la théorie écologique, le système devrait se transformer par l'introduction de nouveaux types d'organisations et de professionnels. Selon la théorie institutionnelle, pour recevoir toute la légitimité et tout le soutien nécessaire, le système devrait répondre aux normes et aux attentes de leur environnement institutionnel qui est très puissant dans les systèmes de santé (politiques, professionnels de la santé, experts, consommateurs).

Les gurus ont une approche déterminée par l'association de différentes perspectives (citées ci-dessus). Cette approche est définie comme normative. La gestion du changement se fera par des dirigeants combinant les qualités propres à un grand nombre d'approches : gestion stratégique, approche hiérarchique, de développement organisationnel, politiques, et psychologique. Cette combinaison n'est pas vue comme un processus cohérent, mais plutôt comme une intervention dans un espace de changement indépendamment des autres espaces.

À la différence du cheminement proposé par les gurus, la nouvelle approche qui fait l'objet d'études actuelles, « les théories de la complexité », propose de considérer les organisations comme « des systèmes complexes, dynamiques, adaptatifs, oscillants entre l'ordre et le désordre » (Champagne, 2002). Les théories de la complexité sont habituellement combinées à l'apprentissage collectif. Il s'agit d'un processus de changement délibéré et émergent, qui s'adapte à travers l'action (incrémentiel).

Ces différentes approches ont été pour la plupart expérimentées, certaines plus que d'autres.

On observe différentes approches stratégiques appliquées pour transformer le système de santé au Canada. Certains qualifient ces transformations de majeures et révolutionnaires sur le court terme (Maioni, 1998) tandis que d'autres soulignent que ces dernières décennies (Tuohy, 1999) la plupart de ces réformes entreprises sont définies comme incrémentielles et qu'aucun véritable changement n'a été entrepris.

En suivant les grandes lignes des transformations du système de changements opérés depuis l'instauration du régime d'assurance universelle, on observe que les principaux

leviers utilisés sont l'incitatif financier et les normes institutionnelles. Ces leviers sont principalement utilisés dans l'approche hiérarchique et rationnelle. Pour une adhésion des provinces et territoires au concept de l'universalité des soins, des ententes ont été négociées avec comme levier capital l'incitatif financier du pouvoir fédéral (par son pouvoir de dépenser). Le même levier a été utilisé face à la résistance des professionnels de la santé (des médecins) vis-à-vis de l'assurance universelle pour favoriser l'établissement d'ententes et de concessions d'ordre financier. Ce processus s'est souvent répété lors de l'établissement et des modifications de lois portant sur le système de santé. Le gouverne fédéral utilise cette approche hiérarchique (des normes centrales et le pouvoir de dépenser) pour améliorer le climat de collaboration avec les gouvernes provinciales mais aussi avec les professionnels de la santé.

Face aux déficits accumulés depuis les années 1970, dus aux progressions des dépenses de santé et à l'absence d'amélioration notable de l'état de santé de la population, le système de santé au Canada est en crise. La régionalisation sous la forme de dévolution, décentralisation et privatisation partielle ou encore la diminution du contenu du panier de services couverts ont été au centre des débats comme volonté de changement radical au sein du système.

Au niveau des provinces, le processus de décentralisation a été négocié de manière progressive (incrémentielle). Chaque province a mis en place des changements structuraux radicaux qui ont été très déstabilisants pour le système de santé. Les politiques de régionalisation ont profité de la crise du système de santé pour orienter les réformes en faveur de la gouverne régionale du système par une approche politique (Maioni, 1999). Ainsi le fédéral a délégué certains pouvoirs aux gouvernements provinciaux et territoriaux (capacité de décision et d'action). Avec les années 1980, l'environnement externe au système de santé (avec la hausse des coûts surtout liée à l'inflation, aux changements démographiques, ...) et l'environnement interne (les développements technologiques, la forte demande induite, le temps d'attente) ont vu la majorité des provinces adopter le principe de la décentralisation, la principale raison étant d'améliorer la réponse aux besoins des patients. Dès le début des années 70, au

Québec, l'expérience des centres locaux de services communautaires (CLSC) a été conduite par une approche politique. Le pouvoir en place a agi par une approche de développement organisationnel (où les citoyens interviennent dans les prises de décisions de façon à ce que le système réponde à leurs besoins). Cette approche est couplée à l'établissement de nouvelles normes institutionnelles pour appuyer l'établissement des services de soins intégrés au niveau local (Loi sur les services de santé et les services sociaux) et aussi à une approche hiérarchique par un mécanisme de contrôle dirigé par le Ministre des affaires sociales (MAS) pour planifier, contrôler et évaluer le fonctionnement du nouveau réseau. L'innovation a été implantée mais l'analyse du système a montré que la collaboration entre les différents acteurs initiaux ayant participé à la levée du réseau local, s'est dégradée. Les citoyens ne sont pas intégrés dans les processus décisionnels et donc moins impliqués dans le fonctionnement des centres locaux. Un véritable jeu de pouvoir s'est établi entre les professionnels de la santé et les gestionnaires de la santé faisant naître un climat de tension (Demers, 1999). L'absence de communication a renforcé les points de vue et cheminements divergents des acteurs impliqués (les gestionnaires qui se contentent de gérer en appliquant les instructions venues du haut, hésitant à innover, font face à l'opposition des médecins ou des communautés). Pour faire face aux obstacles de la combinaison des approches hiérarchique et de développement organisationnel, Denis (2002) propose un renouvellement du rôle de la gouverne régionale en faveur d'un changement émergent, en faisant appel à un ensemble de leviers du changement, et aussi en s'assurant d'un appui durable du gouvernement central et d'une participation publique suffisante pour légitimer le changement, (Denis, 2002).

En 1974, les recommandations du rapport Lalonde avaient comme principal message l'importance de considérer les déterminants non médicaux, les facteurs environnementaux et le comportement aux quatre dimensions affectant l'état de santé (axé sur la promotion et la prévention des soins). Ces recommandations sont considérées comme une approche politique. Elles ont été accueillies avec un enthousiasme général (Pederson et al., 1989). Dans cette approche politique, il y a eu une mobilisation à court terme des groupes d'intérêts influents au sein de l'organisation

dans une interaction cohérente avec les caractéristiques de la nouvelle perspective proposée. Ici aussi des changements au niveau institutionnel se sont réalisés (ex. : création d'une direction fédérale de la promotion de la santé en 1978, intégration au système de production). Cependant la nouvelle perspective ne s'est pas traduite par des changements importants dans les soins de santé dispensés au Canada à cause des nombreuses interprétations des différents groupes d'intérêts (le gouvernement, les dispensateurs de soins et le privé) (Evans, 1982). Les gestionnaires qui ont eu « un rôle de mobilisateurs et de négociateurs » afin de canaliser les forces politiques, ne l'ont pas été de façon continue.

Toujours à la recherche de moyens pour diminuer le poids de sa participation aux soins de santé, le gouvernement fédéral fait remplacer en 1977 les programmes à frais partagés par un financement en bloc en votant la Loi sur le financement des programmes établis. Le passage d'un partage intégral des coûts à la formule de financement global introduit un changement radical dans le principe de financement des soins. Ce changement a alourdi la part de responsabilité des provinces dans le contrôle des coûts des services de santé (fardeau fiscal alourdi) avec plus de flexibilité dans l'allocation des fonds en conservant tout de même son pouvoir de dépenser. Dans leurs tentatives de contrôler les coûts, certaines provinces ont instauré certaines mesures controversées (surfacturation, imposition de frais d'utilisation) avec pour résultat d'augmenter les tensions fédéral/provincial face aux mesures coercitives opérées au niveau fédéral. La succession des réformes sur les formules de financement, et les mesures coercitives qui les accompagnent, ont érodé la proportion des transferts du fédéral dans les dépenses en santé. L'approche autoritaire du palier fédéral et ses mesures coercitives sont de façon continue combinée à des négociations pour concilier les divergences entre les deux niveaux gouvernementaux.

VI- Grille d'analyse de la conception du changement selon le rapport final de la Commission Romanow

Dans son analyse sur le changement dans les organisations, Champagne (2002) a déterminé plusieurs niveaux de risque d'échec à l'implantation de la transformation : les échecs de décision, les échecs d'implantation, et les échecs de la théorie d'intervention.

Notre analyse du rapport final de la Commission sur l'avenir des soins du système de santé porte sur le bien-fondé des choix d'interventions recommandées. Selon certains auteurs les échecs de décisions sont assez fréquents et ont un impact important sur la performance des organisations (Pfeffer et Sutton 1999, cité par Champagne, 2002).

*« Managers know what to do to improve performance, but actually ignore or act in contradiction to either their strongest instincts or to the data available to them »
(Cohen, 1998)*

Comme le décrit le résumé des différentes approches au changement proposé par Champagne (2002), une réforme mobilise dans un processus complexe plusieurs caractéristiques du système organisationnel avec pour objectif l'amélioration de la situation présente.

De façon générale, les dimensions traitées dans l'élaboration d'une réforme des systèmes de santé sont le mode d'organisation des systèmes (clinique, gouverne) et le système de valeurs et représentations qui sous-tendent ces réformes.

Les approches au changement énoncées au chapitre précédent mettent bien en évidence l'accent porté sur les processus internes des organisations avec la nécessité de tenir compte de l'environnement externe mais elles s'intéressent aussi aux processus d'apprentissage tant au niveau individuel que collectif. Les directions au cours de l'évolution d'un système de santé sont construites par les stratégies des acteurs. Ces acteurs appartiennent à des groupes disciplinaires ou des organisations professionnelles

différents qui, faute de communication, observent de nombreux conflits au sein du système.

La réforme des systèmes de santé est reconnue comme un processus politique, ainsi tous les choix au niveau de la formulation et des moyens mobilisés pour son implantation ne sont pas impartiaux. On comprend alors que l'adoption par les différents acteurs, et l'appropriation à court (actualisation) et à long termes (institutionnalisation) de la réforme, soit considérée comme un processus long et laborieux (Denis et Valette, 1997)

Le statu quo actuel du système de santé qui observe des changements de nature incrémentielle, demande de nouvelles façons de procéder. On sait que « le système de santé est un système organisé d'actions... » qui a pour finalité d'améliorer la santé de la population.

Nous proposons donc l'analyse des composantes et de la dynamique du changement proposé par le rapport Romanow, à partir du cadre conceptuel de Talcott Parsons.

Dans son ouvrage sur la « *structure de l'action sociale* », Parsons s'est étendu sur les mécanismes du contrôle social. Son œuvre est caractérisée par sa souplesse qui aide à l'interprétation des réalités contemporaines (Rocher et Béland, 1989). D'autres insistent sur la force du modèle parsonien qui recouvre les différentes variétés de modèles dominants de performance des organisations relevant même des dimensions de performance souvent négligées notamment au sein des organisations des systèmes de soins (Sicotte et al., 1998). Selon Parsons, tout système social ou organisation est organisé autour de quatre grandes fonctions : la fonction de la *stabilité normative* qui correspond au maintien des valeurs et des normes, la fonction d'*intégration* qui consiste à coordonner les différents niveaux du système, la fonction de *poursuite des buts* qui correspond à l'acquisition d'objectifs communs à tout le système et la fonction d'*adaptation* qui porte sur l'ensemble des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés (Rocher, 1992) (pp.362-363). L'analyse de la dynamique, qui existe entre ces différentes fonctions interreliées décrivant le fonctionnement d'une organisation, note différents alignements en perpétuelle tension, et indique la nécessité de maintenir un

équilibre toujours renégocié pour la viabilité et la performance du système (Sicotte et al., 1998).

VI-1. Les quatre fonctions d'une organisation et leurs alignements

Les éléments proposés par une réforme dépendent des caractéristiques du système de santé intéressé, des institutions qui régissent le financement et la prestation des soins, et des déterminants politiques, économiques et culturels qui influent sur l'organisation du système de santé.

Ces quatre fonctions ont chacun des mécanismes de contrôle de l'action et chaque fonction est reliée à une autre selon ce que Parsons désigne comme « l'ordre hiérarchique de contrôle cybernétique » (Rocher, 1992) (p.355). Ainsi les fonctions du maintien des valeurs et celles de l'intégration sont plus en rapport avec le système culturel (donc plus en rapport avec l'institutionnalisation, riche en information) et les fonctions de poursuite des buts et d'adaptation en relation directe avec les réalités concrètes de l'organisation sociale (donc plus en rapport avec l'actualisation, riche en énergie).

VI-1.1. La stabilité normative

« ... qui consiste à assurer que les valeurs de la société soient connues des membres et que ceux-ci soient motivés à accepter ces valeurs et à se plier à leurs exigences. » (Rocher, 1992) (p.362)

La stabilité normative se définit comme le maintien des valeurs et des normes au sein de l'organisation du système de santé.

Les valeurs se définissent comme tout principe posé comme vrai, beau, selon des critères sociaux servant de référence, de principe moral qui oriente l'action d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation en société (Robert, 1996). Ils doivent s'approprier ces valeurs et les intégrer dans l'exercice quotidien de leurs fonctions.

L'ensemble de l'appareil symbolique constitué des valeurs, des connaissances, des idéologies agissent dans le système de santé en exposant ce qui doit être réalisé dans le système sous forme de normes d'action, des rôles, les groupes à influences et d'interaction des membres du système (Rocher, 1992) (pp.357-358). Il y a une institutionnalisation des valeurs dans la structure du système de santé. Elles sont impliquées dans les choix des objectifs visés et sont à l'origine de la cohérence des décisions stratégiques au sein de l'organisation.

Les normes se définissent comme des « règles collectives ou communes qui servent de guides ou de standards dans l'orientation de l'action » (Rocher, 1992). Elles supposent la présence d'un pouvoir de contrainte pouvant revêtir différentes formes : par des mécanismes d'autorité (les normes formelles) et par des sanctions liées à l'institutionnalisation des normes dans l'organisation (normes informelles).

Au-delà de ces contraintes formelles ou informelles (physiques ou économique), il y a également les normes intériorisées par les acteurs sociaux, les normes collectives. Ainsi les valeurs, fondements de base de la structure organisationnelle du système de santé, sont partagées au sein d'une organisation, et forment leur identité.

La LCS et ses composantes ont un statut d'icône notamment l'universalité des soins du système de santé qui est la véritable valeur commune à tous les citoyens Canadiens. Cette uniformité permet ou donne une certaine cohérence aux différents systèmes de soins canadiens.

Mais comme le souligne Rocher (1992) (pp.83-84), un trait caractéristique des valeurs est d'être entouré d'un halo de confusion et d'ambiguïté, ce qui rend cette cohérence relative.

Pour un système de santé à couverture universelle, celles-ci sont définies selon deux principales perspectives philosophiques : la perspective utilitariste et la perspective égalitariste ; avec pour but ultime l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population.

L'égalité d'accès à des services de santé répondant aux besoins de la population est l'une des valeurs les plus importantes et familières à tous les systèmes de santé; le public valorise aussi mais de manière implicite une contribution financière qui serait basée sur la capacité à payer des individus (Donaldson et Gérard, 1992).

Ces valeurs, même si elles sont stables, peuvent être bouleversées. La réforme d'un système de santé résulte de l'interaction de différents groupes de pressions. Les individus ou groupes d'individus s'adaptent à la société en dynamique, en acquérant de nouvelles valeurs et de nouvelles normes, légitimant ainsi les décisions et les nouvelles distributions de pouvoir au sein de l'organisation. Les valeurs forment des caractéristiques déterminantes des individus et de leurs institutions, elles sont profondément ancrées et restent assez stables au fil du temps. Ces valeurs doivent être partagées par les membres de la collectivité. Les opinions sont moins enracinées et se façonnent selon l'information accessible, sans trop de réflexion, pouvant conduire à faire des choix mal fondés, et aller à l'opposé des valeurs intrinsèques. Toute volonté de réforme afin de mieux orienter le devenir du système de santé au Canada, doit être fondée sur les valeurs fondamentales de la majorité.

Les principaux enjeux à maîtriser sont la volonté de changement, le système dominant de croyances, la perception de la santé et des soins de santé des différents détenteurs d'enjeux.

VI-1.2. L'intégration dans le processus interne

L'intégration dans le processus interne consiste à coordonner les différents niveaux et facteurs de production du système. Cette fonction définit également le type, la capacité, et la qualité de la production de services.

Les réformes en santé proposées durant ces dernières décennies (Romanow, 2002; Kirby, 2002; FNS, 1997) ont été orientées vers l'intégration des services de soins offerts, comme les « Organised Delivery System » (ODS) (USA) et les « Systèmes de

soins intégrés »(SSI) pour atteindre des soins plus efficaces (Shortell et al., 1993; Desbiens, Dagenais et Joubert, 2001). La gouvernance est définie par les chercheurs comme la manière dont les décisions sont prises et mises en application administrativement dans un système de soins intégrés au profit du patient (SSI au Canada, FCRSS). On peut avoir des modèles de gouvernance à trois niveaux : au niveau micro (fournisseur local de services aux patients), au niveau méso (régie de santé régionale), au niveau macro (structure générale de financement et d'adoption de politiques, ministère de la santé) (FCRSS).

La structure organisationnelle circonscrit les lois, les règlements, les conventions, etc. qui conditionnent le comportement des acteurs, leurs interrelations et ceux qui les définissent (FCRSS, 2003). On a alors décrit l'intégration horizontale et l'intégration verticale. L'intégration horizontale implique l'affiliation sous une même gouverne d'organisations de santé fournissant le même niveau de soins avec pour objectif d'augmenter l'efficacité et une meilleure économie d'échelle, tandis que l'intégration verticale réfère à une combinaison de deux ou plusieurs institutions sanitaires sous une gouverne ayant pour objectif d'augmenter l'efficacité et la coordination des soins sur un continuum. On insiste surtout sur la nécessité d'un management des relations inter et intra organisationnelles, de la multidisciplinarité et la synergie des partenaires au niveau de la gouverne avec l'engagement communautaire et des professionnels de la santé au niveau opérationnel (Saltman et Figueras, 1997 ; Lasker et al., 2001).

Parmi les principaux outils de changement dans cet espace, on retrouve la nature du leadership (collectif, individuel, corporatif, communautaire) (Weil, 2002), les technologies de l'information et de communication (Denis et Langley, 2002; Shortell et al., 1993; Gillies et Shortell, 1997), les infrastructures et capacités physiques, le cadre juridique et les niveaux de coordination entre les différents secteurs impliqués, les responsabilités entre les niveaux central, régional et local; les procédures d'allocation des ressources et le mode de régulation de l'action des différents groupes d'acteurs.

Comme il a été souligné en début de chapitre, les fonctions du maintien des valeurs et celles de l'intégration sont plus en rapport avec le système culturel donc plus en rapport avec l'institutionnalisation.

VI-1.3. L'atteinte des buts

L'atteinte des buts correspond à l'acquisition d'objectifs communs à tout le système. Une organisation existe pour accomplir des objectifs qui lui sont spécifiques. Toute réforme du système de santé sera en termes d'efficacité par sa capacité à améliorer l'état de santé, d'efficience à la recherche d'une maximisation de la quantité et la qualité des services produits et de satisfaction des différents stakeholders.

Pour l'État, étant donné l'existence des imperfections du marché (externalité, incertitudes, ...), il s'agit de voir si la répartition des revenus doit être revue en fonction de critères d'égalité ou d'équité mais aussi de voir quels services publics seront offerts et à quels prix, donc de trouver la meilleure façon d'utiliser les ressources rares pour satisfaire le plus de besoins possibles. En raison de la rareté des ressources, le public n'appuiera aucun changement qui toucherait l'assurance maladie et il est extrêmement important d'assurer les services de santé de la façon la plus efficiente possible. Cette notion de rareté des ressources met en interaction de façon continue l'efficience et l'équité. Si elle n'existait pas, il ne serait pas nécessaire de considérer les notions d'équité (qui paie et combien, qui est servi) et d'efficience (à quels coûts, pour quels gains).

Il faut bien doser le changement pour ne pas perdre la confiance du public et des divers intervenants; or, cet équilibre est difficile à maintenir. Frenk (1994) identifie différents niveaux où se concrétisent les interactions des différents acteurs.

Au niveau systémique, les efforts de réformes qui touchent les dispositifs institutionnels établissant l'accès aux soins, les limites de l'action publique, le mode de régulation des rapports entre le public et le privé, la répartition des fonctions entre les niveaux de la gouverne et l'implication de la population visent à améliorer l'équité. Le niveau

programmatique qui s'attache à la détermination des priorités et aux solutions possibles, et le niveau organisationnel à la recherche d'une meilleure organisation et utilisation des ressources visent essentiellement à améliorer l'efficacité du système. Tandis que le niveau instrumental avec la recherche, le système d'information et les innovations, visent à générer l'information indispensable à l'amélioration de la performance du système.

L'équité dans un contexte de ressources rares comme le souligne Donaldson et Gérard (1992) a un prix. La redistribution plus efficace des allocations des ressources du système de santé implique que la recherche d'équité dans le système de soins pourrait s'ensuire d'une perte inutile de vie et ou de qualité de vie. Il est donc nécessaire de chercher à rendre le plus explicite possible les objectifs d'équité pour que la population avisée puissent les considérer comme acceptable ou non.

Dans la fonction d'atteinte des buts, les principaux leviers du changement seront la volonté politique, la légitimité des gouvernants, la distribution du pouvoir et de l'autorité, la nature et le fonctionnement des structures politiques, et le rôle de l'état.

VI-1.4. L'adaptation de l'organisation à son environnement

Ces fonctions de poursuite des buts et d'adaptation dans le système organisationnel sont plus en relation directe avec les réalités concrètes de l'organisation sociale donc plus en rapport avec l'actualisation des transformations. Selon la hiérarchie cybernétique les deux dernières fonctions agissent plus directement sur les individus ou groupes d'individus que les valeurs et les structures modifiées (Rocher, 1992, p. 361).

L'adaptation est une fonction pivot de l'ensemble des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Elle doit être dynamique, capable au niveau organisationnel d'acquiescer et de mobiliser les ressources humaines, financières, technologiques et les innovations nécessaires au maintien des choix d'activités de l'institution.

Les leviers d'intérêts de cette fonction seront la disponibilité des ressources. Les infrastructures, les nouvelles technologies, les incitatifs surtout financiers (pouvant être en conflit d'où l'importance de leur cohérence avec la transformation accompagnée (Lamotte, 2002)), mais aussi les connaissances et la disponibilité de l'information sont régulièrement cités (comme catalyseur potentiel du changement: dossiers informatisés, l'énoncé d'un message clair, vision, mission, responsabilité).

VI-1.5. Les alignements

Pour une analyse efficace de la performance du système de santé, Sicotte et collaborateurs (1998) ont proposé un cadre conceptuel adapté de la théorie de Parsons. L'appréciation et la gestion de la performance reposent sur l'évaluation du fonctionnement de ces quatre fonctions essentielles et sur l'analyse de la dynamique de l'équilibre qui existe entre celles-ci. Ils soulignent que la performance de l'organisation tient de la maîtrise et de la dynamique des tensions entre ces fonctions qui représentent différents alignements. Six liens d'échanges entre les fonctions permettent de gérer cet équilibre toujours renégocié.

L'alignement stratégique par le maintien de l'équilibre entre la fonction d'adaptation qui mobilise les moyens selon les finalités de l'organisation et la fonction d'atteinte des buts qui fait un choix adéquat des objectifs à atteindre en fonction du mode d'adaptation de l'organisation dans son environnement. En résumé, il s'agit du degré de prise en compte des besoins de la population et la capacité de l'organisation à se questionner et à se transformer en fonction des choix d'action.

L'alignement allocatif s'établira par le maintien de l'équilibre entre la fonction d'adaptation et la fonction d'intégration par la justesse dans le processus d'allocation de ressources et la compatibilité des moyens utilisés dans le cadre organisationnel du système.

L'alignement tactique aura pour cible les tensions entre la fonction d'atteinte des buts et la fonction d'intégration. L'équilibre se créera par la compatibilité de la chaîne de production avec les objectifs prioritaires et la pertinence des buts par rapport à la structure organisationnelle existante.

L'alignement opérationnel met en relation la fonction du maintien des valeurs et des normes à la fonction d'intégration des services. L'adéquation de la structure et du processus organisationnel du système avec les valeurs fondamentales se produira par l'effet mobilisateur des valeurs sur la production et l'impact des résultats de production sur ces valeurs.

L'alignement légitimatif demande le maintien de l'équilibre entre les fonctions de maintien des valeurs et d'atteinte des buts. L'équilibre de cet alignement s'établira entre l'effet mobilisateur des valeurs sur l'atteinte des buts et l'impact du choix des buts et leur aboutissement sur les valeurs propres au système.

L'alignement contextuel réalisera l'équilibre entre la fonction du maintien des valeurs et celle de l'adaptation à l'environnement. Il sera à la recherche de l'adéquation du processus d'adaptation de l'organisation aux valeurs des différents groupes d'intérêts.

Cette description met bien en évidence la complexité d'un système de santé, en matérialisant sous différents angles ce système organisé d'action. La vision globale proposée permet de mettre en évidence les différentes perspectives pour une performance organisationnelle, reliées les unes aux autres (bien intégrées) tout en préservant la spécificité de chaque perspective. Ce modèle conceptuel matérialisera les différentes stratégies d'un processus de production du changement, de la prise de décision à l'implantation. Les outils utilisés pour atteindre les différents niveaux d'objectifs en faveur de l'équilibre de ces alignements sont retrouvés dans la littérature sur les facteurs favorisant et les obstacles à l'implantation du changement.

VI-2. Les conditions et les obstacles en faveur du changement

Le système de santé serait considéré comme une action collective, concertée, qui permettrait d'« ...agir simultanément sur le système à transformer et sur l'environnement de ce système de façon à créer des conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement » (Contandriopoulos, 2003). L'action collective concertée pourrait correspondre à la définition de l'intégration fonctionnelle faite par Shortell et collaborateurs (1996) comme étant le niveau de coordination des fonctions-clés de support. L'intégration fonctionnelle se manifeste concrètement par le partage de politiques et de pratiques en matière de gestion stratégique, de gestion financière, de gestion des ressources humaines, de gestion de la qualité et de mise en commun du système d'information. L'intégration fonctionnelle selon Shortell (1992), constitue le point de départ, la base d'une intégration aux différents paliers du système de santé.

VI-2.1. Conditions de base à l'émergence et à la diffusion de la transformation

Les conditions de base à l'émergence et à la diffusion du changement relevé par Pomey (2002) sont les espaces discrétionnaires d'autonomie (Contandriopoulos, 2003), les capacités cognitives et relationnelles, des informations qui soient partagées, des acteurs insatisfaits et volontaires (Champagne, 2002).

Ces conditions demandent un environnement mettant en présence simultanément des pressions externes fortes (financières, politiques, administratives ou sociales) dans un contexte prévisible et la recherche d'une utopie qui permet de s'entendre sur les finalités du changement. Ces conditions du changement sont des éléments de la situation qui vont favoriser ou défavoriser, activer ou ralentir l'influence des facteurs utilisés pour le changement voulu. Elles sont donc complémentaires (Rocher, 1992).

VI-2.2. Obstacles de l'intégration fonctionnelle

La non adhésion au bien-fondé des prises de décisions influence le degré d'engagement des acteurs impliqués dans la mise en œuvre (Shortell et al., 1996). La clarification des rôles, la pertinence des décisions et leur légitimité comme énoncé dans les recommandations de la Commission aideraient à surmonter cet obstacle.

Les cultures organisationnelles divergentes qui doivent être harmonisées pour pouvoir mettre en place un réseau solide et performant, la peur et la méfiance entre paliers du système et sur un même palier, font partie des obstacles à l'intégration fonctionnelle, suggérés dans la littérature.

La disponibilité et la mobilité du personnel requis sont importantes. Mais il faut tenir compte des intérêts irréconciliables par un refus de participer de certains acteurs impliqués qui ne voient pas l'intérêt de participer à cette intervention, tels que les acteurs ayant des divergences politiques.

VI-3. Les leviers en faveur du changement

Les approches de changements recensées à travers différents travaux que nous propose l'étude de Champagne (2002), caractérisent le processus de changement d'un système de santé. Pour être actives, ces approches utilisent des leviers clefs systématiques dont les rôles et l'implication dans le processus de changement peuvent varier. Rocher (1992) reconnaît que le changement est l'œuvre « d'une pluralité de facteurs » qui agissent simultanément et en interaction continue les uns sur les autres. Il a regroupé en trois grands types d'influence ceux qui ont fait l'objet de recherche : les facteurs structurels, les facteurs culturels, et un facteur particulier, celui des conflits . Les facteurs structurels représentent l'influence sur le changement liée aux variations démographiques, à l'évolution des technologies et aux réalités économiques (« le déterminisme économique »). Les facteurs culturels sont définis par Rocher (1992)

comme des facteurs de changements ou de résistance au changement. Ils regroupent essentiellement l'influence des valeurs (jugement de valeurs) et des idéologies (un système d'idées et de jugements, explicite et organisé qui sert à décrire, expliquer et interpréter une situation, qui va activer et guider les motivations). Les conflits constituent essentiellement l'expression d'une répartition inégale de l'autorité et sont créés par le fonctionnement normal du système.

D'autres auteurs ont repris ces leviers selon différents contextes de changement. Denis (2002) les relève comme leviers à utiliser pour un renouvellement de la gouvernance :

« l'incitation, l'influence, la réglementation, l'autorité formelle incluant les changements d'ordre structurel et l'engagement moral (Valette, Contandriopoulos, Denis, 2000; Contandriopoulos, Fournier, Denis, Alweiler, 1999; Hood, 1983; Ferlie et coll., 1996). » (Denis, 2002, p. 4)

Champagne (2002) a souligné que le succès de l'implantation du changement sera dépendant directement de la nature des processus d'apprentissage et du leadership collectif qui, selon la littérature scientifique, augmentent nettement la propension des organisations à implanter le changement.

Les écrits insistent sur les interactions qui s'opèrent pour aboutir au changement. Ces facteurs structurels ne sont pas indépendants des facteurs culturels, le changement sera *« le produit du jeu d'un faisceau complexe de facteurs, dans lequel le poids relatif de chacun n'est pas toujours facile à mesurer avec précision »* (Rocher, 2002). L'intégration, la complexité et l'organicité de la structure, le climat d'implantation (ressources humaines, financières et cognitives) et l'environnement technique et institutionnel du système de santé interagiront également directement sur l'implantation du changement (Champagne, 2002).

VI-3.1. L'influence

Ce levier correspond à l'influence sous laquelle un ensemble cohérent et organisé de perceptions et de représentations sera adapté au processus de changement souhaité.

VI-3.1.1. Le leadership collectif

« Pour qu'un processus de changement prenne corps et se développe, il faut qu'il soit porté par des promoteurs ayant une forte légitimité dans l'ordre existant, et que ces derniers soient prêts à assumer les risques inhérents à tout changement significatif. L'efficacité de ce leadership initial repose, d'une part, sur sa capacité à trouver suffisamment d'appuis dans la population pour acquérir une véritable légitimité dans la société. Et, d'autre part, sur l'adoption, par les différents groupes d'acteurs du système de soins, des idées dont il fait la promotion, de façon à ce qu'un véritable « leadership collectif » se constitue et permette au projet de transformation de s'institutionnaliser » (Contandriopoulos, 2003).

Certaines études qui recherchent comment des organismes sans but lucratifs travaillent ensemble pour répondre aux besoins nécessaires, ont mis en évidence la nécessité d'avoir toutes les agences du réseau reliées directement les unes aux autres avec une plus grande proportion de liens possibles (Provan, Milward et Isett, 2002). Ceci favorise la construction d'un capital social (liens informels) fort facilitant les références et le partage d'information favorable à une résolution de conflits potentiels. Il souligne également qu'il est important qu'une agence ait un rôle central puissant (higher centrality scores) parmi toutes ces agences car elle permettrait à long terme de maintenir ces liens directs et ce large réseau. La présence de plusieurs réseaux qui se superposent (pas qui dupliquent leurs activités mais plutôt qui se rejoignent lors d'activité) ou se chevauchent ont de meilleures connexions que celles qui n'ont que des liens dyadiques (Provan, Milward et Isett, 2002).

Un leadership fort ne cédant pas aux pressions est recommandé. La littérature soutient qu'un leadership collectif semble porteur de changement important (Denis, Lamothe et Langley, 2001). Celui-ci est reconnu comme pouvant influencer sur le système de valeur et de représentation symbolique des acteurs dans leur système de santé (Denis et al., 2001). Leur action est manifeste aussi dans l'élaboration de stratégies, l'allocation de ressources et la transformation de la structure organisationnelle. Il pourrait avoir également des conséquences politiques. Cette interaction du leadership avec son champ d'action agit sur son rôle et ses activités qui se modifient dans le temps.

Mais le leadership collectif est aussi très fragile et certaines conditions sont nécessaires pour maintenir son impact. Plusieurs soulignent que son efficacité est liée au degré de complémentarité des différents membres de l'équipe avec une couverture adéquate de toutes les activités. Ceci implique donc la présence de mécanismes favorisant une action concertée sauf que le caractère diffus de l'autorité dans un leadership collectif et les différentes sources d'expertises et d'influences externes auxquelles (politiques, culturels) sont soumis les différents acteurs sont des obstacles à cette complémentarité (Denis, Lamothe et Langley, 2001). Le leadership collectif est donc un phénomène dynamique, qui est en permanence construit et démantelé selon les contraintes contextuelles au point que les conflits entre leaders au sein de l'équipe ou encore que l'équipe de leaders semblent plus représentatifs de la volonté politique que des organisations qu'ils représentent et vice-versa.

VI-3.1.2. L'information

L'information est l'une des principaux moyens de gestion du changement. Sur la base d'informations compilées progressivement, elle peut entraîner des changements dans les croyances, les attitudes et les valeurs des individus travaillant dans l'organisation des soins de santé.

« Favoriser la création et l'utilisation de systèmes d'information fidèles et complets pour évaluer la performance du système de soins et débattre des résultats. L'apprentissage qui en résulte sera d'autant plus favorable au changement qu'il sera accompagné par une réflexion critique sur l'information. Il est aussi important de bien comprendre ce que révèle l'information, que ce qu'elle ne permet pas de voir. Les catégories et les variables utilisées par les systèmes d'information structurent la connaissance du système de soins existant, mais limitent en même temps la capacité des acteurs à penser différemment et à imaginer des façons de faire autres que celles qui existent dans le statut quo. » (Contandriopoulos, 2003)

Le manque de communication constitue la plus importante entrave à l'efficacité dans la production de services (Salazar et Graham, 1999). De nombreux écrits ont relevé qu'une bonne diffusion de l'information, rapide et fluide, permet de diminuer l'incertitude reliée au succès de l'implantation d'une transformation. L'intérêt d'un bon système de communication ne sera pas uniquement un moyen de diffusion dans l'organisation des

orientations du management (top-down), mais essentiellement une façon de mettre en relation ceux qui savent ce qui doit changer avec ceux qui ont l'autorité pour les rendre possibles (bottom-up) (Tourish et Hargie, 1998; FCRSS, 2003). Les systèmes d'information offrent de plus en plus d'opportunités de systématisation des modes de communication et de support aux changements organisationnels (un soutien professionnel actif et du leadership) et dans les modes de pratiques (Keen et Wyatt, 2000, tirée de FCRSS, 2003 ; Ferlie et FitzGerald, 2002; Lomas, 2002).

« Malgré tous ces avantages reliés à l'utilisation d'un système d'information, son adoption devra tenir compte d'un ensemble de facteurs, dont : l'intérêt commun des acteurs (Payton, 2001), les questions reliées à la sécurité, à l'accès et la propriété des informations (Keen 1998; Keen et Wyatt, 2000; Conrad 1993), l'acceptation d'une forme de standardisation des façons de faire (Conrad 1993; Payton 2001) et sa survie dans le temps (Keen et Wyatt, 2000). » (FCRSS, 2003)

L'un des éléments fondamentaux pour agir de façon prévisible est la compréhension qu'on a des faits observés. Les groupes d'acteurs ont des interprétations différentes selon la signification symbolique du fait observé. Dans un système mettant en relation plusieurs organisations, l'incompatibilité entre les systèmes et les différences dans les façons de faire (ex. codification des informations) peuvent constituer des embûches de taille (Bindman, Weiner et Majeed, 2001).

VI-3.1.3. L'évaluation

Gillies et collaborateurs (2001), Cudney (2002) et Roberts (2002) relèvent aussi l'importance de la création de mécanismes de suivi et d'évaluation.

Certains auteurs (Cudney, 2002; Roberts, 2002; Cretin et al., 2001) soulignent l'importance de développer des mécanismes d'évaluation et de mise à niveau des connaissances et des habiletés des professionnels impliqués dans la provision de soins. Ceci fait appel à un ensemble de recherches sur l'efficacité de diverses méthodes de formation et de support à l'amélioration des pratiques cliniques (ex. la rétro-information, les guides de pratique clinique). Il existe une très grande diversité dans les approches et outils évalués, les auteurs s'entendent pour dire que certaines méthodes

sont préférables à d'autres (ex. méthode requérant la participation active des acteurs, celles combinant plusieurs approches et qui incluent des outils personnalisés sont plus efficaces tant du point de vue de l'amélioration des connaissances que du changement dans les pratiques) (Davis et al., 1992, 1995, 1999; Greco et Eisenberg, 1993; Grimshaw et al., 2001; Grol, 2001; Gross 2001; Oxman, 1995; Tierney, Hui et McDonald, 1986; Treweek et al., 2002).

VI-3.1.4. La formation

« Il faut favoriser la formation de personnes qui pourront trouver dans le changement des opportunités de carrière, et il faut développer les capacités cognitives des différents acteurs pour qu'ils aient une compréhension de la complexité du système de soins et des enjeux que cela entraîne. La mise en œuvre du changement est directement dépendante des pratiques d'apprentissage qui existent dans le système et de l'existence d'un véritable « entrepreneurship social » ». Contandriopoulos, 2003

Ainsi, la formation permettra une meilleure communication avec les diversités culturelles (et entre elles) et des pratiques, et favorisera les modifications dans les croyances, les attitudes et les valeurs des acteurs travaillant au sein du système. Les capacités cognitives ainsi développées aideront à une meilleure assimilation des politiques de santé, mais aussi à de meilleures élaborations, évaluations et utilisations de recherche.

Cependant, les professionnels de la santé accordent une grande importance à leur qualité de vie. De plus en plus, la nécessité d'augmenter leur charge de travail nourrie de nombreux débats dans les médias et les groupes de recherche. Les principaux obstacles à la transformation du mode de fonctionnement pour plus d'accessibilité et de disponibilité des professionnels de la santé sont la satisfaction qu'ils tirent du statu quo, le manque de confiance au système, la crainte de perdre une partie de leur pouvoir et les incitatifs financiers inadéquats (Champagne et al., 2001).

VI-3.2. L'autorité formelle

Les organisations complexes, comme le système de santé, sont régies par un ensemble de règlements et de lois qui définissent son processus de fonctionnement et où sont mobilisés les acteurs. Ceux-ci seront contraints d'agir en fonction des normes institutionnelles préétablies.

VI-3.2.1 La clarification des rôles

La clarification des rôles est une nécessité reconnue par l'ensemble des auteurs.

Après avoir porté leur attention sur la vision, objet de réflexion et de systématisation pour la plupart des chercheurs, soulignons l'identification des cibles à atteindre (Hammer, 2001), et la clarification des rôles des acteurs (Roberts, 2002; Bodenheimer, Lo et Connon, 1999) qui leur permettent de savoir ce qui est attendu d'eux. À cet effet, Salazar et Graham (1999) identifient les problèmes d'identification des responsabilités de chacun comme une des sources majeures de conflit et comme une importante barrière à la communication entre les acteurs responsables de la coordination des soins.

VI-3.2.2 La centralisation et la décentralisation

La centralisation en administration publique réfère à une structure hiérarchique « où le pouvoir de décision est concentré au sommet de la hiérarchie... Ainsi... une volonté unique, partant du centre de l'État, se transmet jusqu'aux extrémités du territoire.» (Lajoie, 1968, tiré de Turgeon et Lemieux, 1999).

À l'opposé, la décentralisation implique une répartition différente du pouvoir entre les unités administratives avec un transfert d'autorité du haut vers le bas.

Ainsi parler de centralisation ou de décentralisation, c'est s'interroger sur la répartition des responsabilités d'assurer l'exécution des diverses missions de l'État, mais également sur la répartition du pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice de

ces missions (Gourney, 1967, tiré de Turgeon et Lemieux, 1999). Ces déplacements de responsabilité et de pouvoir seront accompagnés d'un système d'imputabilité afin de reconnaître l'obligation de réaliser les mandats et de rendre compte aux mandataires de leurs activités. Les processus de décentralisation sont vus comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système en insistant sur le caractère participatif de la décentralisation observant ainsi de meilleures réponses aux besoins des populations.

Les différentes variantes se démarquent les unes des autres selon les niveaux territoriaux où sont remplis quatre grandes fonctions : la gouvernance, la gestion, le financement, et la production des services. C'est un processus dynamique où la répartition des pouvoirs n'est pas simple et est très diversifiée. Le mode de construction, les objectifs (financiers, d'efficacité, de participation, d'équité, ...) poursuivis et les outils utilisés dépendent des résultats de la décentralisation.

La décentralisation a pour conséquence une certaine hétérogénéité des modèles de régulation mis en œuvre et aussi dans l'implantation des réformes au sein d'un pays.

VI-3.3. L'engagement moral

Ces mesures incitatives reposent sur le respect des règles morales faisant consensus auprès de la population. L'élaboration d'incitatifs basés sur l'engagement moral, se fera donc à partir du système de valeur de la société.

VI-3.3.1 L'établissement de normes collectives

La vision comprend les croyances, les représentations, les valeurs et les finalités qui permettent aux acteurs de communiquer et de donner du sens à leurs actions (FCRSS, 2003).

Ainsi, le changement observé peut être conforme à celui qui était attendu, mais généralement les effets peuvent même être contraires ou absents (Denis, 2002;

Contandriopoulos, 2002). La diversité des partenaires et les différents niveaux d'interactions (du partenariat à la collaboration interprofessionnelle ou inter organisationnelle) fait intervenir une vision, une mission et des objectifs du programme à implanter qui soient connus.

La complexité d'un système de santé et la nécessité de le rendre plus efficient ont rendu centrale une bonne coordination des efforts des différents acteurs (Burtonwood, Hocking et Elwin, 2001). Le principal outil de transformation pour le passage de la vision et des objectifs est la technologie de l'information et de la communication (TIC). Toutes les études sur la transformation adhèrent à cette implication et s'entendent sur son importance comme stratégie à privilégier en association avec d'autres outils pour coordonner aux niveaux horizontal et vertical l'alignement des professionnels aux objectifs de leur système (Alexanders et al, 2001 ; Budetti et al., 2002 ; Gillies et al., 2001).

VI-3.4. L'incitation financière

Les mesures incitatives financières agissent à différents niveaux. Il peut s'agir des modalités de financement du système (qui paie ?), d'allocations des ressources financières (qui reçoit ?), ou de paiement des acteurs (qui est rémunéré ?) (Evans, 2002). Ces modalités présentent chacune plusieurs variables avec des avantages et des inconvénients. Leur introduction dans les rapports organisationnels (inter et intra) peut engendrer de nouveaux processus d'action. La connaissance de l'environnement où elles sont mises en place est très importante parce que certains facteurs peuvent générer des effets pervers (Rice, 2001). Plusieurs écrits insistent sur la nécessité de tenir compte des rôles des différents acteurs, de leurs objectifs et de leurs stratégies. Ils parlent d'aligner les acteurs et les incitatifs utilisés pour un changement vers une vision commune (Kinding, 1998; Shortell et al., 1993). L'absence de cette vision commune peut conduire à ce que les cibles de l'incitatif financier n'aient qu'uniquement des activités motivées par l'argent. Selon d'autres auteurs, ne pas aligner ces leviers du

changement entraînera plus fréquemment l'atteinte de l'objectif immédiat mais difficilement une atteinte du but ultime. L'utilisation de l'incitatif financier peut renforcer le changement avec plus de succès s'il agit en synergie avec les ressources humaines, physiques appropriées, et un bon système d'information (Conrad et al., 2003).

Ces différents incitatifs (qui ne sont pas tous énoncés dans cette section) vont œuvrer aux différents niveaux de l'organisation (de la gouverne au niveau local), et orienteront les comportements des acteurs. Il est important de faire un bon dosage de ceux-ci afin de soutenir leur cohérence et d'aboutir à la réussite du changement conduit.

VI-4. Résumé de la grille d'analyse de la conception du changement

Tableau I : Résumé de la grille d'analyse de la conception du changement

| Fonctions de l'organisation | Approches au changement | Leviers appropriés |
|--------------------------------------|---|---|
| <p><i>La stabilité normative</i></p> | <p><i>L'approche psychologique</i>, pour une correction des résistances naturelles</p> <p><i>L'apprentissage organisationnel</i> : collectif basé sur des expériences acquises d'autres implantations, d'erreurs, d'essais</p> <p><i>La perspective institutionnelle</i> : effet mobilisateur de l'environnement institutionnel sur l'atteinte des buts et sur la production</p> <p><i>L'approche de développement organisationnel</i> qui mise sur la rencontre des besoins des individus et groupes pour un fonctionnement optimal de l'organisation</p> <p><i>L'approche politique</i> : par l'effet mobilisateur des valeurs sur l'atteinte des buts et sur les mécanismes d'adaptation</p> | <p>Mécanisme de communications : Information, formation</p> <p>Expérimentation</p> <p>L'établissement des normes institutionnelles, lois, règlements, édits, ...</p> <p>Décentralisation des processus de décisions, mécanismes favorisant la communication, mécanismes de collaboration, incitatif financier, appréciation des performances</p> <p>Leadership, objectifs communs, incitation, lois, mécanismes favorisant la communication, évaluation</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p><i>L'intégration au processus interne</i></p> | <p><i>L'approche de la gestion stratégique</i> : par la compatibilité des moyens en réponse aux résultats de la production (inertie, organisations fortement intégrées, résilientes)</p> <p><i>La perspective écologique</i> : par la justesse de l'allocation des moyens</p> <p><i>Approche hiérarchique</i> : conformité de la production à la priorisation des buts</p> | <p>Nouvelles configurations : des changements radicaux et révolutionnaires pour les organisations fortement intégrées, résilientes et résistantes</p> <p>Sélection environnementale : changement radical et global, adoption de changement perturbant</p> <p>Mécanisme de contrôle également sur les personnes responsables de l'implantation du changement, Gouverne : Responsabilité, imputabilité</p> |
| <p><i>La poursuite des buts</i></p> | <p><i>L'approche de la gestion stratégique</i> : choix d'intervention approprié suite à des situations de crise et de haute turbulence.</p> <p><i>L'approche hiérarchique</i> : identification du problème et des choix de solutions en réponse aux résultats de production et à l'environnement externe</p> <p><i>Approche politique</i></p> | <p>Présence de dirigeants stratégés : pour transformer de façon radicale la culture, la stratégie et la structure</p> <p>Gouverne : planification rationnelle et technocratique du changement, bonne gestion Mécanisme de contrôle</p> |

| | | |
|----------------------------|---|---|
| <p>L'adaptation</p> | <p><i>L'approche psychologique et l'apprentissage organisationnel</i></p> <p><i>La perspective structurelle</i> les organisations pour la détermination d'une structure appropriée, efficace et suffisamment flexible pour réagir aux changements de l'environnement.</p> <p><i>L'approche politique</i> où l'adoption et l'implantation de changements sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes.</p> <p><i>La perspective environnementale</i> : la théorie écologique et la théorie institutionnelle. Dans les deux cas, les dirigeants sont limités dans leur capacité de mettre en œuvre leur stratégie.</p> <p><i>L'approche hiérarchique</i> : compatibilité des mécanismes d'adaptation en fonction de la priorisation des buts.</p> | <p>TIC, financement, gestion,</p> <p>Attributs organisationnels : taille, centralisation, la formalisation, le niveau d'expertise</p> <p>Contexte organisationnel</p> <p>Mécanisme de liaisons et de contrôle</p> |
|----------------------------|---|---|

CHAPITRE 3

LE RAPPORT DE LA COMMISSION ROMANOW

Les propositions suggérées par la Commission Romanow en ce qui concerne l'organisation des services de soins touchent essentiellement l'accessibilité des soins et leur adéquation par rapport aux besoins réels actuels et futurs de la population (Romanow, 2002, p.3).

La démarche entreprise par le rapport Romanow s'est faite en deux temps. Tout d'abord, la Commission pointe du doigt et propose les aménagements à opérer au niveau de la structure organisationnelle du système de santé. Ensuite, elle propose des manœuvres stratégiques à l'échelle nationale concernant les grands enjeux d'actualité du système de soins.

La Commission utilise, pour atteindre les objectifs fixés, certaines approches stratégiques à la recherche des différents alignements cités au chapitre précédent (légitimatif, stratégique, tactique, opérationnel, contextuel et allocatif).

Il s'agira d'identifier (de décrire) les stratégies qui sont associées aux enjeux du rapport et de faire une analyse de ces stratégies en exploitant des travaux théoriques et empiriques appropriés.

I – Analyse descriptive du chapitre 1 : L'avenir de l'assurance santé

En remarquant qu'il existe des différences au sein de l'organisation de soins des provinces en ce qui concerne la nature de la portée des services offerts, le rapport souligne néanmoins qu'elles sont minimales. Face à la difficulté de définir avec exactitude la répartition

constitutionnelle des pouvoirs (les rôles et responsabilités) des différents paliers du gouvernement en ce qui concerne l'organisation du système de santé au Canada, on observe une répartition fondée sur des décisions de tribunaux : le gouvernement fédéral avec son pouvoir de dépenser et les provinces celui de gérer leur système de santé. Les deux paliers, du fédéral et des provinces, ont la responsabilité des différents aspects du système de soins.

Le premier chapitre du rapport met l'accent sur la perception qu'ont les Canadiens du fonctionnement de leur système de santé. Il articule la nécessité de changement autour de leur propension à accepter le changement et d'une bonne gouvernance (assurant un équilibre entre les services, les besoins et les ressources du système).

Selon le principe d'égalité d'accès, pilier du système de santé auquel contribue l'assurance santé, il incombe au gouvernement de garantir que le système public a suffisamment de ressources pour assurer l'accès voulu aux soins désirés. Cette accessibilité doit être assurée sans favoriser certaines mesures prises par les mieux nantis ou groupes de particuliers. Les propositions toucheront donc l'étendue des prestations fournies par le secteur public et leur accessibilité en temps opportun. (Romanow, 2002, p.8)

Entre les besoins changeants et les résultats attendus, nous retrouvons les ressources financières, matérielles et humaines limitées. Leur adéquation par rapport aux besoins rapportés et résultats souhaités est fonction des objectifs fixés par les responsables du système de santé.

La volonté politique, à tous les paliers du gouvernement, est axée sur la promotion de la santé pour une meilleure santé de la population. Cette approche axée sur la collectivité est fondée sur le principe d'équité avec pour objectif une amélioration de la performance globale de l'état de santé des Canadiens. Le système de santé est une organisation souple et réceptive au changement et les mesures de l'état de santé des Canadiens soulignent l'impact de la gratuité des soins en situant cet état de santé parmi les meilleurs des pays

industrialisés. La Commission recommande de tenir compte de la réceptivité du système de santé et sa capacité à estimer les besoins de la population.

Ce premier chapitre « L'avenir de l'assurance santé » a pour principal objet la fonction d'adaptation et utilise en grande partie l'approche hiérarchique. Pour Romanow (2002), la viabilité du système reposera sur les choix d'intervention des preneurs de décisions (gouvernement, administrateurs, professionnels de soins, citoyens).

La prise en compte de l'environnement pour la détermination du problème et des choix de solutions, agit sur deux alignements, soit l'alignement stratégique et l'alignement contextuel, pour l'adéquation des ressources nécessaires au système. La Commission a pour intérêt de maintenir l'équilibre entre les objectifs du système de santé et les ressources disponibles en insistant sur la disponibilité des ressources financières qui fait l'objet des débats actuels au sein de la gouverne. Elle propose un *alignement stratégique* par le maintien de cet équilibre entre les ressources (la fonction d'adaptation) à mobiliser selon les finalités de l'organisation et la fonction d'atteinte des buts. Cette fonction fait un choix adéquat des objectifs à atteindre en tenant compte des besoins de la population et la capacité de l'organisation à se questionner et à se transformer dans son environnement. La Commission suggère que l'inquiétude des décideurs face au vieillissement de la population, qui est corrélé à une augmentation des dépenses de santé, n'a pas de raison d'être si celui-ci est associé à une légère croissance économique, ainsi qu'à une population qui poursuit sa quête d'un bon état de santé à travers l'amélioration de leurs habitudes de vie.

« Il faudrait rajuster les programmes de santé et le financement pour contrer l'impact du vieillissement et en particulier l'augmentation de la demande liés à la baisse d'autonomie chez les personnes âgées. » ... Il faudrait adopter des approches souples... (Romanow, 2002, p.23)

Certaines études sont d'avis que la part assumée par le secteur public serait trop lourde (Gratzer, 2002) et devrait être atténuée par une plus grande prise en charge du secteur privé. Mais, selon la Commission Romanow, une augmentation de la part assumée par le privé se

ferait au risque de compromettre l'équité en ce qui concerne l'accès aux soins (un accès aux soins reposant sur le besoin et non sur la capacité à payer) (pp. 29-30). Ainsi les propositions d'autres sources de financement doivent être écartées.

« Bon nombre de ces solutions compromettent cependant les principes et les valeurs sur lesquels le système de santé canadien a été édifié » (Romanow, 2002, p. 31)

Cependant l'embarras face aux résultats observés se situe devant les disparités à l'intérieur du pays (p. 14). En effet, pour des besoins identiques, le système de santé fournit des services de soins différents. Notamment, on observe une variation de la disponibilité des soins selon le territoire ou encore une mauvaise répartition des services de santé offerts en fonction de la richesse des provinces et de la densité de la population.

Les Canadiens assument directement ou indirectement, les coûts de tous les aspects du système de santé (impôts, primes d'assurance privés ou dépenses personnelles). La responsabilité financière pour ce qui est des dépenses en santé revient, pour les médicaments d'ordonnances et les services de soins exclus des services visés par la LCS (dentaires, vue, physiothérapies...), directement aux Canadiens sous la forme de dépenses personnelles et de régimes d'assurances privés par la participation aux coûts et les franchises assez élevés. Cette responsabilité financière, pour ce qui concerne les services médicaux et hospitaliers (les services visés par la LCS), est indirecte et elle incombe aux gouvernements (fédéral et provinciaux).

Pour que la prestation des services du système soit compatible au système de valeurs canadiennes et se basant sur certaines études effectuées, la Commission suggère que les services de soins de santé soient de meilleure qualité lorsqu'ils proviennent du secteur public plutôt que privé (p. 8).

La proposition d'action du rapport, pour une meilleure disponibilité des ressources financières à attribuer au domaine de la santé, serait une hausse progressive des taxes imposables.

« Les données recueillies ...révèlent que la taxation progressive demeure le meilleur outil de financement des soins de santé au Canada. » (Romanow, 2002, p. 31)

Dans le contexte actuel du système de santé, le rapport insiste sur la disposition des individus à accepter le paiement d'impôts supplémentaires à condition que le système de santé réponde à leurs attentes c'est-à-dire qu'ils s'accompagnent d'une amélioration réelle du système.

« ...les Canadiens se sont dits prêts à acquitter plus de taxes pour soutenir le système de santé ... » (Romanow, 2002, p. 31)

« Les Canadiens veulent que les services hospitaliers et les services des médecins soient entièrement financés à même nos impôts, peut être parce que notre système ... assure une sorte de « double solidarité. » (Romanow, 2002, p. 32)

Ainsi la Commission nous assure de l'alignement contextuel, étant donné la disposition des citoyens à accepter le changement.

Par ailleurs, les mécanismes de contrôle qui permettraient un réajustement continu des ressources financières allouées au système de santé seraient une comparaison des dépenses en santé du Canada avec celles d'autres pays, du financement provincial-territorial versus fédéral, mais également le rôle du secteur des soins de santé comme facteur d'accroissement des dépenses sociales et facteur contribuant à la croissance économique (Romanow, 2002, p. 32).

La croissance des dépenses en santé a tendance à augmenter plus rapidement que la croissance économique. Il a été montré que les transformations observées du mode de financement du système de santé depuis 1957 (avec la Loi sur l'assurance hospitalisation et

les services diagnostiques) ont eu pour principal objectif un meilleur contrôle du gouvernement fédéral quant au niveau des transferts accordés et une plus grande autonomie des provinces et territoires dans l'utilisation des fonds fédéraux. La Commission souligne que ces efforts (série de modifications apportées au mode de financement) ne permettent pas au gouvernement fédéral de faire respecter les principes fondamentaux de la LCS sous peine de sanction, ni aux provinces de déterminer avec précision la contribution fédérale.

La Commission a mis en exergue le fait que les coûts à croissance rapide des dépenses en santé sont toujours supérieurs à la croissance économique. Il insiste sur le fait qu'aucun mécanisme n'est prévu pour tenir compte de cette augmentation considérée comme « normale » et que les hausses des transferts accordés par le fédéral se font sans formule d'indexation mais plutôt en utilisant « son pouvoir de dépenser » volontairement face aux demandes périodiques des provinces.

Selon la Commission, cette approche hiérarchique du gouvernement fédéral utilisant son « pouvoir de dépenser » associée à la complexité du mode de financement du système de santé est la source des débats politiques actuels et de la confusion des acteurs.

La Commission insiste sur le caractère non uniforme des causes de la croissance des coûts au niveau des provinces. Elle mentionne toutefois que cette croissance est liée essentiellement à l'augmentation des coûts relatifs aux services non visés par la LCS (médicaments d'ordonnance, services à domicile, ...) et aux conséquences de transformations antérieures telles que les réductions des dépenses au début des années 1990 et à l'augmentation importante de la rémunération des prestataires de soins (Romanow, 2002, pp.39 et 41). Étant donné le désengagement financier du fédéral corrélé à des engagements politiques fédéral et provinciaux de réduction graduelle d'impôts, le fardeau des dépenses en santé des provinces s'alourdit (Yalnizyan, 2003).

En somme, la Commission souligne qu'étant donné la forte proportion de Canadiens en faveur d'une contribution financière additionnelle à la condition que celle-ci soit associée à

une amélioration des prestations de soins du système de santé, il serait important d'examiner cette solution comme moyen d'augmenter les ressources financières attribuées à la santé. (Romanow, 2002, p. 34).

« La viabilité du système dépend de la capacité d'atteindre un juste équilibre entre les services fournis, les besoins des Canadiens en matière de santé et les ressources que nous sommes prêts à investir dans le système. Il incombe à tous ceux qui régissent le système de santé — les Canadiens à titre individuel, les collectivités, les dispensateurs de soins, les autorités de la santé et les administrateurs des hôpitaux et les gouvernements — de trouver cet équilibre. La viabilité future du système dépend des décisions prises collectivement par tous ces intervenants. Ces décisions devraient idéalement s'inspirer des valeurs des Canadiens qui, comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, tiennent à ce que l'assurance-santé perdure et qu'elle atteigne son plein potentiel. » (Romanow, 2002, p. 44)

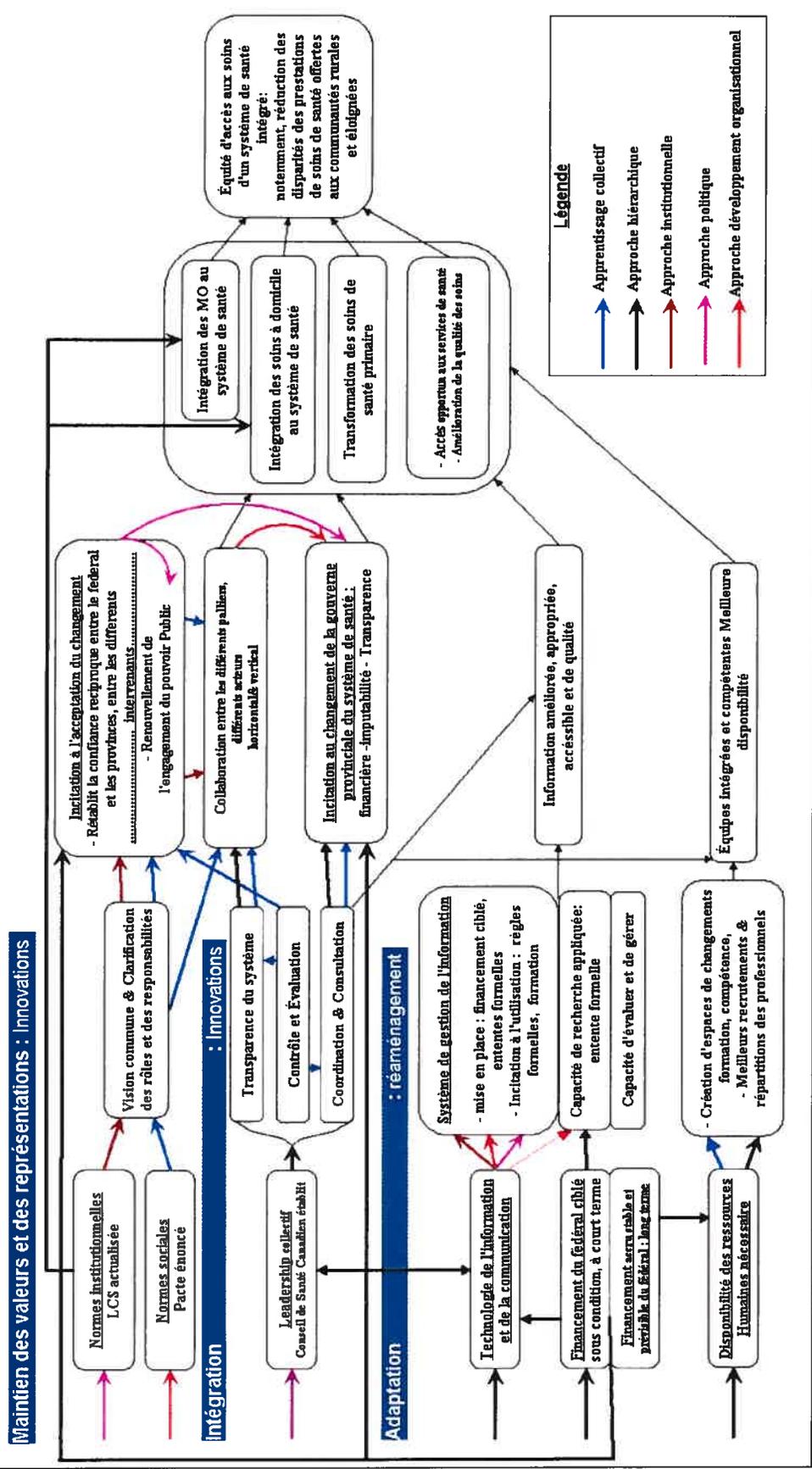
Depuis l'avènement de l'assurance universelle, le fonctionnement du système de santé est demeuré assez uniforme. Cette constance dans la prestation des services de soins est liée en majeure partie au « pouvoir de dépenser » du fédéral en faveur d'une harmonisation des interventions dans le système de santé dans les différentes provinces. Dans cette section, la Commission Romanow propose une approche hiérarchique en vue d'agir sur la fonction d'atteinte des buts de l'organisation.

Le tableau II qui suit fait état des leviers utilisés qui seront la mobilisation de l'incitatif financier et une bonne diffusion de l'information sur les politiques de santé et les choix d'intervention. Il faudra toutefois s'assurer que ces interventions respectent les principes d'équités, d'accès aux services de soins qui représentent les valeurs fondamentales de la population. Le financement accru aura donc deux cibles : l'incitation au changement de la population et de la gouverne aux niveaux provincial et régional (schéma 1).

Tableau II : Tableau récapitulatif du processus de changement proposé au chapitre I

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux |
|-------------------------------|--|--|---|
| La poursuite des buts | Approche hiérarchique : garantie de l'égalité d'accès aux services de soins | Vision commune : Consensus autour de la question d'équité de l'accessibilité | Prestation des services fournis par le secteur public |
| L'adaptation | Approche hiérarchique : disponibilité des ressources financières (Taxes imposables supplémentaires, financement accru du fédéral) | Mécanisme de contrôle: par l'information adéquate (comparaison des dépenses en santé entre pays, part du financement provincial versus fédérale) | Prestation des services fournis par le secteur public |

Schéma 1: Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow



Maintien des valeurs et des représentations : Innovations

Normes institutionnelles LCS actualisée

Normes sociales Pacte énoncé

Intégration

Leadership collectif Conseil de Santé Canada élablit

Innovations

Vision commune & Clarification des rôles et des responsabilités

Transparence du système

Contrôle et Évaluation

Coordination & Consultation

Adaptation

Technologie de l'information et de la communication

Financement du fédéral ciblé sous condition, à court terme

Financement accru stable et prévisible du fédéral: long terme

Disponibilité des ressources Humaines nécessaires

réaménagement

Système de gestion de l'information

- mise en place : financement ciblé, ententes formelles
- Inclination à l'utilisation : règles formelles, formation

Capacité de recherche appliquée: entente formelle

Capacité d'évaluer et de gérer

Création d'espaces de changements formation, compétence, Meilleurs recrutements & répartitions des professionnels

Information améliorée, appropriée, accessible et de qualité

Équité d'accès aux soins d'un système de santé intégré: notamment, réduction des disparités des prestations de soins de santé offertes aux communautés rurales et éloignées

Intégration des MO au système de santé

Intégration des soins à domicile au système de santé

Transformation des soins de santé primaire

Accès élargis aux services de santé - Amélioration de la qualité des soins

Légende

- Apprentissage collectif
- Approche hiérarchique
- Approche institutionnelle
- Approche politique
- Approche développement organisationnel

II – Analyse descriptive du chapitre 2 : La santé, la citoyenneté, le fédéralisme

La Commission soutient qu'il est nécessaire prioritairement, de s'employer à renforcer les fondements législatifs et institutionnels du régime d'assurance santé, afin de stabiliser le financement et de régler les problèmes critiques qui minent la confiance des Canadiens dans le système.

Le deuxième chapitre du rapport s'intéresse essentiellement à la fonction du maintien des valeurs et des représentations en relevant les attentes des Canadiens en ce qui concerne leur système de santé.

« Établir un nouveau Pacte canadien sur la santé qui serait l'énoncé concret des valeurs des Canadiens et le principe directeur de notre système de santé financé par l'État. »

« ... les Canadiens veulent et attendent de leurs gouvernements et de ceux qui ont la charge de faire fonctionner le système de santé qu'ils travaillent ensemble à résoudre plusieurs des questions pressantes... »

« Les Canadiens s'attendent à une plus grande imputabilité dans la gestion de leur système de santé et le texte de la Loi devrait tenir compte de cette attente. »

« L'accès aux soins de santé est le premier sujet de préoccupation des Canadiens. »
(Romanow, 2002, pp. 47, 49-50)

Le gouvernement fédéral par une combinaison de l'approche politique (lois émises en 1957, 1966, ... sur le système de santé) et l'utilisation d'incitatifs financiers (par son « pouvoir de dépenser ») a maintenu son rôle de gardien du système de santé national. L'origine du conflit entre les gouvernements fédéral et provinciaux tient du maintien de l'influence qu'a le pouvoir fédéral sur la gestion des systèmes de santé associé depuis quelques années à une diminution de « ... sa responsabilité et sa part de risque dans la gestion de l'augmentation des coûts et l'évolution des attentes au sein du système, ... ».

À plusieurs reprises la Commission insiste sur la nécessité de conserver cette influence (avec une participation effective) de l'autorité du fédéral en affirmant le soutien de la population et en la présentant comme leur volonté.

« Les Canadiens s'attendent à ce que les deux paliers de gouvernement prennent les mesures nécessaires pour répondre aux besoins et aux priorités à caractère social, y compris dans le domaine de la santé. »

« Le public canadien souhaite pourtant que soit préservé le caractère national des soins de santé et s'attend aussi à ce que tous les citoyens de ce pays aient un accès équitable à un large éventail de services essentiels de haute gamme. » (Romanow, 2002, pp. 48-49)

Ce chapitre a pour objectif de favoriser le travail en collaboration des deux paliers gouvernementaux et des acteurs impliqués dans le fonctionnement du système de santé.

« Ce n'est qu'en empruntant la voie de la collaboration, en prenant des mesures réfléchies et décisives pour régler ces questions et en mettant de côté les différends du passé que nous pouvons espérer rétablir la confiance des Canadiens dans l'avenir de leur système de santé. » (Romanow, 2002, p. 55)

Dans un premier temps, les interventions proposées seront axées sur le rétablissement de la confiance des Canadiens vis-à-vis de leur système de santé. Les leviers de changement, que la Commission a proposés, sont l'établissement d'une vision nationale pour le système de santé, accompagné d'une clarification des rôles et des responsabilités des acteurs du système (Citoyens, dispensateurs de soins, gouvernements).

« le Pacte sera une étape déterminante du rétablissement de la confiance des Canadiens, de la réaffirmation de leur volonté collective de conserver un régime d'assurance-santé et de l'expression claire et décisive d'une vision de l'avenir et d'attentes à l'égard du système de santé du Canada qui témoignent de leurs valeurs. »

« Le projet de Pacte canadien sur la santé pourra être une première étape en vue de résoudre ces différends et de parvenir à une conception commune. »

« le Pacte devrait être une déclaration claire, formulée par les Canadiens pour les Canadiens — essentiellement, un nouvel « énoncé de mission » pour notre système de santé. » (Romanow, 2002, pp. 52, 55-56)

L'approche de changement favorisée sera l'approche politique avec comme démarche de prise des décisions, la combinaison de la manière délibérée et émergente. Ainsi l'élaboration d'un pacte, tel un contrat montrant le renouvellement de l'engagement du pouvoir public administrant les différents acteurs du système autour d'une vision et d'une mission nationale du système de santé, rétablirait un climat de confiance et de respect, et nous acheminerait vers un tout nouveau processus de relations intergouvernementales.

« Cette tâche devrait être accomplie par la conclusion d'un Pacte canadien sur la santé, auquel auront souscrit les gouvernements et qui reposerait sur des valeurs que partagent les Canadiens. Le Pacte doit être un énoncé clair — autrement dit un nouveau « contrat social » — qui témoigne de notre attachement au système de santé en tant qu'élément vital de notre société. »

« Les Canadiens et leurs représentants élus peuvent choisir d'adopter ou de modifier le Pacte proposé. »

« le temps est venu pour les pouvoirs publics de concentrer leur attention sur une vision collective de l'avenir plutôt que sur des questions de compétence ou de financement, » (Romanow, 2002, pp. 49, 55-56)

Ces ententes formelles favoriseront l'alignement de la vision, de la mission et des objectifs (communs) vis à vis de la santé des Canadiens, et de leurs gouvernements fédéral et provinciaux comme mécanisme de base au plan national, préalable au changement à venir.

Dans un deuxième temps, toujours dans le but d'aboutir à un climat de travail en collaboration, la Commission souligne, au niveau institutionnel, la nécessité d'établir une compréhension partagée des problèmes et des solutions, par la mise en place d'un Conseil de santé du Canada (CSC). Rappelons que la Commission a recommandé dans le premier chapitre qu'il serait avantageux que toute source de financement supplémentaire provienne d'une augmentation des impôts. Après avoir fait état des nombreuses attentes et de la

nécessité de redonner confiance aux Canadiens, la Commission relève qu'en grande partie la complexité des relations intergouvernementales entourant les prises de décisions empêche leur transparence pour les citoyens.

La mise en place d'un CSC, a pour cible la fonction d'intégration. L'approche privilégiée pour son implantation sera l'approche hiérarchique.

« Il conviendrait qu'un Conseil de la santé du Canada soit créé par le gouvernement fédéral et par les provinces et territoires pour faciliter la coopération et instituer un leadership national permettant d'obtenir les meilleurs résultats au monde dans le domaine des soins de santé. » (Romanow, 2002, p. 56)

Le levier de changement proposé sera l'utilisation d'un leadership collectif (national) représentatif des différents intérêts pour diffuser l'information et aider à la collaboration entre les provinces et territoires. La mise en place du changement proposé aura une influence sur toutes les autres fonctions (d'atteinte des buts, d'adaptation, du maintien des valeurs et des représentations). La Commission favorisera un alignement opérationnel mais aussi l'alignement tactique et allocatif par ce mécanisme qui, à court et long termes, pourra améliorer la transparence et la légitimité des décisions prises, en façonnant l'opinion publique et le climat intellectuel dans lequel évolue les décideurs. ((Romanow, 2002, p. 62)

« Dans un premier temps, le Conseil de la santé du Canada devrait : établir des indicateurs communs et mesurer le rendement du système de santé; établir des repères, recueillir des renseignements et faire des rapports publics sur les efforts visant à améliorer la qualité des soins, l'accès aux soins et les résultats des soins dans le système de santé;... »

« ... coordonner les activités actuelles d'évaluation des technologies de la santé et effectuer des évaluations indépendantes des technologies, y compris de leurs effets sur la prestation des soins dans les régions rurales et éloignées et des profils d'exercice pour les différents dispensateurs de soins de santé. »

« À long terme, le Conseil de la santé du Canada devrait de façon constante, exercer une fonction de consultation et de coordination pour la transformation des soins de santé primaires, l'élaboration de stratégies nationales pour le personnel de la santé au Canada et le règlement des différends dans le cadre d'une Loi canadienne sur la santé actualisée. » (Romanow, 2002, p. 56)

« Le public exige une responsabilisation accrue et veut être informé périodiquement de manière à pouvoir juger des résultats obtenus. » (Romanow, 2002, p. 59)

Cette approche hiérarchique sera associée à une gestion stratégique. En effet, l'implantation du Conseil de la santé aux différents paliers de la gouverne du système de santé, qui se fera de façon évolutive, sera accompagnée dans ses débuts par des transformations radicales de la structure organisationnelle d'organismes qui seront intégrés au Conseil : l'ICIS (l'Institut canadien d'information sur la santé) et l'OCCETS (L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé).

« C'est pourquoi l'ICIS devrait être officiellement intégré au Conseil. »

«... le mandat et les ressources de l'OCCETS devraient être intégrés dans la fonction du Conseil de la santé en tant qu'organe d'évaluation du rendement global du système. » (Romanow, 2002, p. 60)

La troisième partie de ce chapitre propose des modifications à la fonction du maintien du système de valeur. À plusieurs reprises, la Commission a réitéré la nécessité d'impliquer les Canadiens au fonctionnement du SS. Dans le projet du pacte, parmi les principes énoncés, nous retrouvons la transparence et l'imputabilité permettant aux Canadiens, parce qu'ils financent le système et qu'il leur appartient, de jouer un rôle actif, reconnu par tout le système.

*« **Transparence et imputabilité** — Les décisions des pouvoirs publics et des professionnels de la santé relativement au fonctionnement de notre système de santé doivent être claires et transparentes. Les Canadiens ont droit à des rapports périodiques sur la situation, la qualité et le rendement de leur système de santé. » (Romanow, 2002, p. 53)*

Après avoir exprimé leur vision et leurs attentes par rapport au système de santé par un nouvel énoncé de Pacte sur la santé et que les pouvoirs publics s'y soient engagés, cette proposition de changement touche à la Loi canadienne sur la santé avec pour objectif, le

rétablissement de la confiance des Canadiens. Les composantes de cette loi sont considérées comme des normes institutionnelles. Toutes les modifications apportées seront en vue d'introduire de nouvelles normes communes au niveau national et faciliter l'adoption des mêmes pratiques. Les dirigeants seront contraints au respect de ces normes institutionnelles qui, dans le temps, soutiendront les efforts de changement à venir ou parallèle. Il s'agit de modifier ce que les Canadiens considèrent comme « leur identité » en confirmant et clarifiant leur adhésion aux principes déjà existants et en y ajoutant de nouveaux (ex. : transparence et imputabilité).

« Les Canadiens considèrent cette loi comme une institution, et ses cinq principes, comme le reflet fidèle de leurs valeurs. » (Romanow, 2002, p. 64)

Là également, l'approche politique est préférée pour le renforcement de l'imputabilité dans le système de santé avec comme levier de changement une mission commune par le biais de normes institutionnalisées visant tous les acteurs du système.

« Toutefois, on devrait ajouter à la nouvelle Loi canadienne sur la santé un sixième principe qui tiendrait compte du souhait exprimé par les Canadiens à l'endroit d'un accroissement de l'imputabilité au sein du système de santé. »

« ...qui confirmerait l'importance de l'imputabilité au sein du système de santé. En particulier, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral devraient assumer collectivement la responsabilité. » (Romanow, 2002, p. 64)

Un nouveau transfert en matière de santé est proposé, face à la baisse de la contribution fédérale aux dépenses provinciales en santé, s'allégeant du risque des services ayant une croissance rapide des coûts. La Commission recommande, dans le but de rétablir les relations intergouvernementales et d'assurer les services répondant aux besoins des Canadiens, que le pouvoir fédéral avec son « pouvoir de dépenser », augmente sa participation financière. C'est par une approche politique, soulevant le bien-fondé de ce nouveau transfert en espèces, qu'à court terme la Commission propose cette entente formelle, espérant qu'elle trouve un accueil favorable du fédéral et des provinces.

« Il est temps qu'Ottawa assume à nouveau une part plus importante du risque financier dans le domaine de l'assurance santé. » (Romanow, 2002, p. 73)

L'établissement de ce transfert en espèces se fera de manière évolutive, tout d'abord par une entente formelle et sur le long terme, couplé à un leadership adéquat au sein du pouvoir public, par une insertion à la LCS.

« Le transfert en espèces portant spécifiquement sur la santé devrait faire partie d'une nouvelle Loi canadienne sur la santé. »

« À ce stade, ils devraient également s'entendre sur le nouveau montant de base en espèces du Transfert canadien en matière de santé et sur la méthode à utiliser pour accroître sa valeur au fil des ans. Si on ne parvient pas à une entente officielle sur ces questions, alors les querelles intergouvernementales concernant la part que chacun devrait payer se poursuivront, et les réformes qu'exige le système de santé continueront d'être dominées par ces querelles. Les premiers ministres devraient être préparés à exercer le leadership nécessaire pour établir les fondements sur lesquels reposera l'assurance santé au cours des 20 prochaines années. » (Romanow, 2002, pp. 74 et 77)

Cette recommandation a pour cible les différents paliers du gouvernement (fédéral, provinciaux et territoriaux) mais également les citoyens Canadiens. Ce transfert du gouvernement fédéral par une information adéquate renforcerait la confiance du public envers son système.

« Les Canadiens obtiendraient ainsi une plus grande assurance qu'un montant déterminé de leurs impôts fédéraux est affecté aux soins de santé plutôt qu'à d'autres programmes ou à des réductions d'impôts. »

« Selon les recommandations formulées dans les dernières sections de ce rapport, grâce au financement ciblé, les Canadiens devraient pouvoir constater très bientôt que des mesures seront prises pour améliorer l'accès aux services diagnostiques, aux soins à domicile ... »

« Il appartient maintenant aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de saisir l'occasion, de conclure les ententes nécessaires, d'avancer les fonds et de montrer aux Canadiens qu'ils ont toutes les raisons d'avoir confiance en l'avenir de leur système public de santé. » (Romanow, 2002, pp. 73, 79-80)

Dans une approche psychologique, par le biais d'un financement adéquat, ces réponses à certaines des préoccupations du public permettront une influence positive vers une acceptation du changement planifié ainsi que de lever les résistances des Canadiens.

Comme le premier chapitre, le second sera également le fondement de la réussite des propositions à venir dans les autres chapitres. Il faudrait que ces recommandations soient implantées comme un préalable à tous les changements proposés au niveau des services de soins (surtout l'accessibilité des services).

Ce chapitre sur « la santé, la citoyenneté, le fédéralisme » reconnaît la volonté du pouvoir fédéral d'assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité, de façon équitable, pour tous les citoyens partout au Canada. Les interventions choisies pour atteindre cette cible seront, comme évoquées au chapitre un, un consensus autour de la vision du système de santé et de l'importance accordée à l'imputabilité dans la gestion des différents niveaux de la gouverne.

La fonction du maintien des valeurs et des représentations et celle de l'intégration au processus interne sont les fonctions ciblées pour atteindre la vision commune des attentes des citoyens et de la clarification des rôles et des responsabilités des décideurs (tableau III).

Les approches et leviers de changements préférés pour modifier ces deux fonctions sont représentés au schéma 1. Ce seront essentiellement l'approche psychologique et l'apprentissage collectif. Le processus devant aboutir au changement par ces différentes approches utilisera certains leviers. Un leadership collectif, fort, en faveur d'une bonne surveillance et d'un bon feedback des informations colligées, constitue le principal levier des approches psychologiques et de l'apprentissage collectif. D'un autre côté, une clarification des aspects législatifs liés à la santé par l'établissement de nouvelles normes nationales contribuera à la réalisation des approches psychologique, institutionnelle et de l'apprentissage collectif. Ces leviers sont nécessaires pour légitimer les décisions prises aux

différents niveaux de la gouverne pour répondre aux attentes des populations dans un climat de confiance favorable au travail en collaboration.

Afin de rendre opérationnel ces leviers (leadership, normes formelles), les approches mobilisées seront l'approche politique, émergente et hiérarchique.

Tableau III : Tableau récapitulatif du processus de changement proposé au chapitre II

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : pouvoir, légitimité |
|------------------------------------|--|---|---|
| La stabilité normative | Approche psychologique Approche politique: Associée à une perspective institutionnelle pour rétablir la confiance des Canadiens | - Financement adéquat du fédéral - Ententes formelles : normes nationales édictées (création d'un pacte : signe d'un engagement du pouvoir public; et actualiser la LCS) - Mécanisme de contrôle : Leadership collectif favorisant la communication | Légitimité du SS vis à vis des citoyens - pour une vision commune - pour une transparence du système et l'imputabilité |
| L'intégration au processus interne | Approche hiérarchique Associée à une approche institutionnelle Gestion stratégique | Mécanisme de coopération entre le fédéral et les provinces et inter provincial - Ententes formelles : normes nationales édictées (création d'un pacte suivi de l'actualisation de la LCS) - Leadership collectif : implantation du CSC de manière évolutive - Ressources financières adéquates - Modification radicale structurelle d'organisme en place : l'OCCETS et l'ICIS | Pour clarification des rôles et responsabilité Pour identification des problèmes et de solutions ; diffusion de l'information Avoir les moyens adéquats |

III – Analyse descriptive du chapitre 3 : L'information, les données, les idées

Le système d'information est l'un des principaux moyens de gestion du changement que le rapport Romanow a utilisé. L'objectif sera la mise en place de l'infrastructure d'information appropriée au système de santé. Pour y arriver, ce chapitre présente trois objectifs spécifiques interreliés à implanter au sein du système : la mise en place des systèmes de technologie de gestion et d'information, l'amélioration de la capacité à évaluer et de gérer les avantages potentiels des technologies de la santé et le renforcement de la capacité de recherche appliquée de tout le pays.

« Ainsi pourvus d'une technologie de gestion et d'information améliorée, les chercheurs pourront évaluer l'impact et l'efficacité des divers traitements et des divers modes de prestation des services de santé, en plus de mettre au point et à l'essai des découvertes et traitements nouveaux. » (Romanow, 2002, p. 82)

La mise en place du système de technologie et de gestion se fera à l'aide d'une infrastructure déjà en place. La Commission signale que les changements déjà opérés dans ce domaine sont très lents et non uniformes sur tout le territoire canadien. Les provinces qui s'y sont risquées, se sont confrontées à une absence de coordination et de concertation, empêchant de bénéficier de l'expérimentation de chacune à l'échelle nationale et les ressources financières utilisées à cet effet sont très élevées.

« Il y aurait lieu de créer un dossier électronique de santé personnel pour chaque Canadien en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires. »

« L'Inforoute Santé du Canada devrait continuer de coordonner l'établissement d'un cadre national pour les dossiers de santé électroniques, à partir des systèmes provinciaux, en veillant à l'interopérabilité des divers systèmes électroniques actuels d'information sur la santé et en tenant compte de certaines questions telles que l'harmonisation de la politique de protection de la vie privée et les normes de sécurité. » (Romanow, 2002, pp. 82, rec. 8-9)

Une approche politique et hiérarchique avec les ressources financières a déjà été empruntée pour l'implantation de l'Inforoute Santé du Canada, qui tente difficilement d'entretenir la collaboration entre les provinces et son statut de comité indépendant.

« Dans la foulée de l'accord des premiers ministres provinciaux de septembre 2000, le gouvernement fédéral a investi la somme de 500 millions de dollars dans l'Inforoute Santé du Canada. » (Romanow, 2002, p. 86)

Les changements que la Commission propose concernant la mise en place d'un système de technologie et de gestion de l'information, en faveur d'une collaboration accrue entre les états, intéresseront la fonction d'intégration de notre cadre en vue d'un équilibre de l'alignement allocatif. Les approches de changement proposées seront l'approche politique et de développement organisationnel (schéma 1).

À un niveau supérieur de la gouverne, les décisions prises par les autorités du système politique concerneront l'obtention des ressources financières adéquates pour le financement de cette infrastructure dans un moyen terme.

« La Commission estime que, la diligence aidant, le financement de l'Inforoute Santé suffira amplement à appuyer les efforts soutenus visant à créer un système national de dossiers électroniques. S'il devenait nécessaire, un financement additionnel devrait être approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. » (Romanow, 2002, p. 87)

Il s'agira pour l'Inforoute de gérer (coordonner et promouvoir son utilisation) cette implantation en marge des gouvernements mais avec leur collaboration et celles d'autres structures d'informations. On aura donc un changement incrémentiel convergent et émergent pour ce qui est de la gestion pour mener à bien l'implantation de l'infrastructure.

« Étant donné son mandat, l'Inforoute Santé est particulièrement bien placée pour mener la partie et agir comme catalyseur pour faire avancer les initiatives en matière de technologie de gestion et d'information. Il lui faudra compter sur l'appui continu des gouvernements des provinces et des territoires ainsi que du gouvernement fédéral de manière à ce que des mesures décisives et opportunes soient prises en vue de l'établissement des systèmes et réseaux nécessaires. Dans le système de la santé du

Canada, un large consensus a émergé sur la nécessité absolue d'adopter des dossiers électroniques pour améliorer le système et la qualité des soins. Il faut donc agir sans tarder et créer les systèmes requis si l'on veut obtenir des résultats tangibles et concrets.» (Romanow, 2002, p. 87)

Comme mécanisme de contrôle, une expertise sera assurée par la CSC à moyen terme.

« Le Conseil de la santé du Canada, dont la création est suggérée dans ce rapport, devrait évaluer les progrès réalisés par l'Inforoute Santé en ce domaine dans deux ans et ses conclusions et recommandations devraient faire l'objet d'un rapport destiné aux Canadiens et aux ministres de la Santé. » (Romanow, 2002, p. 87)

Afin de rendre le contexte favorable à l'implantation de la structure, certains obstacles ont été considérés (fonction d'adaptation). Ainsi, pour prévenir toute résistance des consommateurs face à l'éventuelle menace liée au stockage de leurs données personnelles, il faudra établir des ententes formelles par des « règles cohérentes et claires » soutenues par une modification du *Code criminel* afin que toute utilisation abusive soit sanctionnée (« considéré comme un acte criminel »). Parallèlement, Inforoute jouera un rôle clé dans la promotion de l'acquisition de connaissances sur les avantages liés à l'utilisation des dossiers électroniques (bon véhicule d'une information complète, économie des ressources humaines, amélioration de la qualité des soins, ...).

Le deuxième objectif est l'amélioration de la capacité à évaluer et à gérer les avantages potentiels des technologies de la santé. L'importance d'une évaluation attentive des technologies de la santé avant de les intégrer au système de santé est reconnue par les dirigeants (décideurs); et plusieurs provinces ont déjà mis en place des organismes chargés d'effectuer ces évaluations et de proposer des recommandations. Au niveau national, il existe un organisme, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), déjà en place avec un mandat correspondant aux objectifs ciblés par la Commission. Le fait est que l'impact attendu des informations produites par ces structures sur les preneurs de décisions n'est pas obtenu. Les principales causes indexées sont la faiblesse des ressources financières et humaines et la difficulté à diffuser leurs résultats.

« ..., plusieurs rapports et études ont fait ressortir la nécessité de renforcer le rôle de coordinateur de l'OCCETS (McDaid 2000; SC 1999a; Battista et al. 1995). » (Romanow, 2002, p. 92)

Comme nous l'avons signalé dans le deuxième chapitre, la Commission propose une intégration de l'OCCETS au CSC, organisme indépendant qui aura en charge de renforcer ce rôle de coordination. Il s'agira selon une planification rationnelle en vue d'un alignement allocatif, d'une transformation radicale à court terme au sein de la gouverne de l'OCCETS afin de rendre adéquates les ressources (physique, financières et humaines). Le CSC avec son leadership national, jouera un rôle de facilitateur pour la collaboration intergouvernementale par des activités qui aideront à l'allocation des ressources et à la gestion et l'utilisation des technologies de la santé.

« le Conseil devrait faciliter la collaboration intergouvernementale dans l'élaboration, la coordination et l'application d'une stratégie concernant la technologie de la santé qui guidera plus efficacement le financement, la gestion et l'utilisation des technologies au sein du système de santé du Canada, en visant à long terme l'évaluation de toutes les technologies de la santé utilisées dans tout le pays. » (Romanow, 2002, p. 92)

Le renforcement de la capacité de recherche appliquée de tout le pays est le troisième objectif de ce chapitre sur l'information. Les recommandations proposées s'intéressent toujours à l'alignement allocatif. La Commission souligne la suffisance des ressources financières et humaines rattachées à l'infrastructure canadienne de recherche en santé, mais relève que l'orientation de leurs interventions négligent manifestement quelques-unes des priorités de santé du système. Les principaux organismes responsables de « renforcer et de consolider » cette infrastructure sont les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). La faiblesse de l'information disponible, pour des prises de décisions appropriées sur certains problèmes présents (tels que la santé des collectivités rurales et éloignées, la collaboration interprofessionnelle, la promotion de la santé, ...), demande une réorganisation au niveau du fonctionnement des IRSC. Des aménagements seront donc opérés dans leur organisation en vue de répondre à ces objectifs mieux ciblés.

« Aussi la Commission recommande-t-elle que les IRSC créent le plus tôt possible quatre centres pour l'innovation en santé avec un mandat de recherche appliquée. »
(Romanow, 2002, p. 95)

Ainsi par une approche rationnelle et politique, des transformations radicales à court terme s'opèreront au niveau du fonctionnement des IRSC sur l'allocation des ressources, la structure organisationnelle, et les stratégies.

« Le gouvernement fédéral a considérablement accru le financement des IRSC et pourrait agréer leur demande d'accroître ce financement à un milliard de dollars par an au cours des prochaines années. La Commission croit qu'il faut aller dans cette direction. Si cela se réalisait, les IRSC pourraient alors envisager de réserver la somme de 20 millions de dollars au financement des centres pour l'innovation en santé dont il a été question, soit la modeste somme de 5 millions de dollars par année pour chaque centre. » (Romanow, 2002, p. 95)

La mise en place d'un système de gestion de l'information servira de cadre à la production de données fiables et appropriées.

En résumé, la fonction ciblée pour effectuer un changement des TIC est celle de l'«intégration» (voir tableau IV). L'approche hiérarchique, avec pour levier l'incitatif financier de la gouverne fédérale et l'établissement de normes d'ententes formelles, sera l'initiatrice du changement (schéma 1). Cette approche sera combinée à une approche émergente du changement avec pour levier un bon mécanisme de contrôle et un bon feedback de l'information colligée. La transformation des structures en place est radicale et incrémentielle (OCCETS, IRSC) ou convergente et incrémentielle (Inforoute Santé).

Un préalable au bon fonctionnement du système de gestion de l'information sera l'adaptation du comportement des acteurs du système à une utilisation appropriée des TIC. L'apprentissage collectif est l'approche choisie pour inciter au changement, et les leviers utilisés sont l'établissement de normes (« règles cohérentes et claires ») mais aussi l'utilisation d'un bon leadership collectif assurant l'évaluation, la coordination et la diffusion de l'information.

Tableau IV: Tableau récapitulatif du processus de changement concernant l'information, les données et les idées

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources adéquates |
|------------------------------------|---|--|--|
| L'intégration au processus interne | <p>Approche rationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - associée à une approche développement organisationnel : <p>Transformation radicale des structures en place</p> <p>Changement convergent, incrémentiel, émergent</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Incitatif financier du fédéral pour l'adoption de changements structurels proposés aux IRSC et Inforoute Santé. - Nouvelles orientations pour les IRSC (plus de recherches appliquées) - Ententes formelles pour l'intégration fonctionnelle de l'OCCETS à la CSC - Modification du fonctionnement de Inforoute Santé pour renforcer la collaboration entre états - Mécanisme de contrôle par l'expertise du CSC : suivi de l'implantation | <p>Infrastructure d'information appropriée pour une collaboration accrue entre états au système de santé</p> |
| L'adaptation Ressources humaines | <p>L'approche par l'apprentissage collectif :</p> <p>pour influencer le comportement des acteurs et des professionnels à l'adaptation et à l'utilisation du système d'information</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ententes formelles par des « règles cohérentes et claires » : modification du code criminel - Incitation par l'utilisation de l'information : Inforoute Santé - Leadership collectif par le CSC : comme facilitateur, renforcer la coordination par la diffusion des rapports d'« évaluations attentives » | |

IV – Analyse descriptive du chapitre 4 : Investir dans les professionnels

L'analyse de la situation des professionnels de la santé au Canada présentée dans le rapport, montre que ceux-ci sont hétérogènes avec un fonctionnement dépendant de leur appartenance à un groupe professionnel. La pertinence de se pencher sur les problèmes des professionnels de santé comme l'une des principales causes de la dégradation du système de santé n'est plus à démontrer. De façon générale, on note dans toutes les provinces un manque d'infirmières et une mauvaise répartition des médecins. Ce problème n'est pas récent, et il y a eu des tentatives de corrections mais sans les résultats attendus.

Au niveau organisationnel, principalement en réponse au manque de personnel infirmier et à la mauvaise distribution des médecins, des incitatifs financiers et des mesures coercitives (législatives) ont été respectivement proposés. Les différents groupes de professionnels en santé concernés réagissent différemment face à ces tentatives de transformation. Les décisions relatives aux ressources humaines d'une province ont des répercussions sur celles d'autres provinces et ainsi de suite.

Au niveau de la pratique professionnelle, la Commission perçoit la qualité de vie au travail comme principal déterminant des maux des professionnels de la santé. Le fardeau de ces derniers s'alourdit avec l'évolution des prestations de services. Ils sont mécontents et ont parfois un profond ressentiment vis-à-vis de leur système de santé.

Ainsi la pénurie de la main-d'œuvre, l'évolution dans la définition de leurs rôles et responsabilités dans leurs pratiques, expriment la nécessité de la justesse des ressources humaines pour le système de santé souhaité (intégration des services, multidisciplinarité, ...).

La Commission Romanow touche ici la fonction d'adaptation, l'adéquation des ressources humaines au fonctionnement du système de santé, aux objectifs et au système de valeur et de représentation. Elle préconise une action au niveau national, en soulignant le manque

d'informations nécessaires à une démarche appropriée pour des prises de décisions rationnelles.

« Seule une intervention concertée et décisive d'envergure nationale permettra de surmonter les problèmes pressants (que nous confrontons aujourd'hui) et de mettre en place la main-d'œuvre professionnelle, compétente, productive et dynamique dont nous aurons besoin dans l'avenir. » (Romanow, 2002, p. 101)

« La situation actuelle est grave et exige des solutions nationales. » (Romanow, 2002, p. 114)

« ...les Canadiens sont en droit d'escompter un effort national de grande portée pour régler de toute urgence ces problèmes pressants. » (Romanow, 2002, p. 124)

« Il faudra aborder sous un angle nouveau les études et la formation, en plus d'examiner attentivement l'évolution des rôles et responsabilités des divers dispensateurs de soins parallèlement à l'évolution des modèles de soins. » (Romanow, 2002, p. 114)

« La Commission trouve cette attitude encourageante, mais il reste à déterminer dans quelle mesure la profession médicale est ouverte au changement. » (Romanow, 2002, p. 110)

L'approche privilégiée sera la perspective hiérarchique contrairement aux anciennes démarches. Antérieurement, les prises de décisions étaient essentiellement faites de négociations, d'ajustements essayant de réconcilier les intérêts des différents groupes professionnels. Elles ont eu pour résultat de multiples incompréhensions et oppositions.

« À l'échelle nationale, les organisations professionnelles médicales jouent un rôle important dans les négociations avec les gouvernements concernant les modalités de paiement des médecins. Ces négociations se tiennent à huis clos et, au cours des dernières années, elles se sont soldées par des manifestations publiques d'acrimonie, des menaces et le retrait de services de la part des médecins. »

« Le Collège canadien des directeurs de services de santé souligne que l'évolution extrêmement rapide et souvent improvisée du système a miné la capacité de ses membres de gérer de manière logique et rationnelle. Il fait également ressortir l'absence de cohérence sur le plan du leadership et de la vision et l'impact négatif de cette lacune sur l'aptitude des gestionnaires à comprendre leur rôle et à appliquer un plan systématique » (Romanow, 2002, pp. 110 et 113)

Ainsi par un changement incrémentiel tout en cherchant à combler les insuffisances d'informations, sans perdre de vue les objectifs finaux sur l'amélioration de la qualité des services offerts, la démarche choisie sera d'intervenir immédiatement pour atteindre des objectifs précis, de moindre envergure.

« On devrait prendre des mesures immédiates sur deux fronts :

- *Il faut améliorer la disponibilité et la répartition des professionnels de la santé dans deux secteurs prioritaires : faire en sorte que les collectivités rurales et éloignées disposent d'une gamme de professionnels suffisante pour combler leurs besoins, et accroître l'offre de techniciens spécialisés, de manière à ne pas se laisser dépasser par les demandes croissantes en services diagnostiques.*
- *Il y a lieu de modifier les compétences et les rôles professionnels, conformément aux orientations générales du changement exposées dans le présent rapport. »* (Romanow, 2002, p. 115)

La planification sera donc centrée sur l'amélioration de la formation, un meilleur recrutement, et une bonne répartition des professionnels de la santé.

La Commission pointe du doigt les restrictions budgétaires opérées dans les années 1990 comme principale raison de l'incapacité des gestionnaires à faire face aux problèmes des ressources humaines du système de santé.

« Les gestionnaires de la santé sont chargés d'appliquer des décisions difficiles et de gérer des organisations complexes et en évolution, mais leur tâche est devenue très difficile depuis les contraintes budgétaires qui eurent lieu dans les années 1990. »

« Les fluctuations du financement des soins de santé à la fin des années 1980 et pendant les années 1990 ont certainement eu des effets négatifs sur la main-d'œuvre en santé au Canada. Alors que les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral luttent pour équilibrer leurs budgets, le financement au coup par coup a eu un effet déplorable sur l'offre de dispensateurs de soins et a sérieusement entravé la planification à long terme. La prestation des services de santé et la qualité de vie des dispensateurs de soins et des professionnels de la santé ont en outre souffert du manque de continuité et de prévisibilité du financement. »

« L'utilisation de ressources financières ciblées sera le levier choisi pour initialiser et faire face aux changements vers des équipes intégrées et une meilleure disponibilité des ressources humaines. Le rapport recommande de rendre disponible des fonds supplémentaires en vue de régler les problèmes immédiats d'accès. L'utilisation de

ces fonds sera source de transformations radicales de l'organisation, celles des acteurs soit par la portée de la formation des infirmières en régions éloignées, par la formation de nouveaux techniciens plus performants, par la formation leur permettant de travailler dans des équipes de santé intégrées. »

« Ces transferts imposeront tous deux une modification radicale des rapports de collaboration réciproque et du partage des responsabilités entre les divers dispensateurs de soins, ainsi qu'une modification radicale de la façon dont ils conjugueront leurs compétences respectives afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles pour les patients. » (Romanow, 2002, pp. 113-115 et 118)

Le financement adéquat disponible ne devra pas servir uniquement d'incitatif pour attirer et retenir les professionnels de la santé mais surtout pour élargir leurs champs d'action et de pratique par une formation adéquate. Le rapport souligne à ce sujet que les pouvoirs publics et tous les acteurs ont le devoir de veiller à cela. La perspective politique jouera à ce niveau un important rôle pour éviter un trop grand intérêt pour la rétribution des dispensateurs (Romanow, 2002, p. 123).

« Sur le plan politique, tous les partis — les gouvernements, les dispensateurs de soins et leurs organisations ainsi que les autorités régionales de la santé — courent un risque élevé si la majeure partie des fonds additionnels permet tout au plus d'offrir un niveau de service, un accès et une qualité identiques, mais à un coût plus élevé. Les Canadiens ne sauraient le tolérer. » (Romanow, 2002, p. 115)

Les approches choisies par la Commission, pour agir sur la rémunération, ont pour cible le pouvoir public et les professionnels de la santé.

« À la lumière de ces observations, la Commission invite les associations de dispensateurs de soins et les gouvernements à prendre en considération les répercussions éventuelles des futures négociations sur la viabilité de l'assurance-santé. » (Romanow, 2002, p. 111)

Le changement initié par un financement supplémentaire sera régulé par un système de surveillance. Le CSC jouera un rôle dans le contrôle mais aussi dans la régulation du processus de changement vers des ressources intégrées et leur répartition. La Commission préconise une évaluation de la situation actuelle des ressources humaines du système de

santé qui permettra de collecter les renseignements sur leur évolution et les changements qui s'y opèrent.

« En outre, l'avancement de la technologie médicale obligera le système de santé à se doter d'un nombre croissant de techniciens extrêmement spécialisés et qualifiés. »
(Romanow, 2002, p. 113)

« En plus d'être confrontés à ces problèmes immédiats, les professionnels de la santé s'inquiètent grandement de la qualité de leur vie professionnelle et ont à maintes reprises réclamé que des mesures soient prises pour améliorer le moral des troupes et les conditions de travail au quotidien. »

« en raison de l'évolution constante des modalités de prestation des services...il faut aujourd'hui faire sauter nombre des barrières qui se dressaient auparavant entre les dispensateurs de soins .»

« En revanche, les professionnels eux-mêmes doivent être disposés à abandonner les modèles d'exercice et les schémas de pensée périmés et taire les vieilles rancœurs. »

« Tous les acteurs du système de santé — depuis les gouvernements jusqu'aux dispensateurs de soins de première ligne — doivent se tourner résolument vers l'avenir, adhérer au changement et s'engager immédiatement dans cette voie. »
(Romanow, 2002, pp. 124-125)

Les barrières aux changements de pratiques et à la disponibilité des ressources humaines seront abordées en nous intéressant à la fonction « d'adaptation ».

L'un des leviers utilisés par l'approche hiérarchique est le financement accru comme incitatif pour accroître le nombre et améliorer la répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé, pour élargir les champs de pratiques et améliorer les conditions de travail au quotidien face à l'avancement de la technologie médicale et aux besoins changeants des populations (schéma 1). L'autre levier est l'évaluation continue du système de santé facilitant une régulation progressive en fonction des faits observés.

À la place des mesures coercitives pour aboutir au changement désiré, la Commission accorde plus d'importance à l'approche par l'apprentissage collectif. La dynamique du processus de changement décrit sera surtout incrémentielle, et s'aidera d'un bon leadership

collectif observant des mises à jour continues pour l'amélioration de la répartition et de la formation des acteurs du système (Tableau V).

Tableau V: Tableau récapitulatif du processus de changement pour investir auprès des professionnels de la santé

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|-------------------------------|--|---|--|
| L'adaptation | <p>Approche hiérarchique</p> <p>Changement incrémentiel et radical</p> <p>Associé à l'approche par l'apprentissage collectif</p> | <p>- Leadership national : coordination uniforme sur le territoire</p> <p>Informations : disponibles et appropriées</p> <p>- Financement approprié : incitatif pour un meilleur recrutement</p> <p>- Contrôle : évaluation par le CSC et régulation progressive fonction des résultats</p> <p>- Formation et étude adaptées au contexte actuel</p> <p>- Financement approprié pour soutenir et élargir les champs de pratiques des professionnels</p> | <p>Justesse des ressources humaines pour l'intégration des soins, la multidisciplinarité</p> |

Le schéma 1, représente les approches et les principaux leviers mobilisés à travers toutes les prochaines recommandations faites dans le rapport. Le premier chapitre évoque l'objectif ultime à atteindre suite à cette réforme : l'équité d'accès aux services de soins. Le chapitre deux sur « la santé, la citoyenneté, le fédéralisme » cible la fonction du maintien des valeurs et des représentations par l'actualisation des lois et l'établissement de nouvelles normes collectives. Elle cible également la fonction « d'intégration au processus interne » par la mise sur pied d'un bon leadership collectif. Les chapitre deux (financement accru du fédéral), trois (sur les TIC) et quatre (sur les ressources humaines) concernent la fonction d'adaptation et plus particulièrement la disponibilité d'un système d'information de qualité et des ressources humaines et financières.

V – Analyse descriptive du chapitre 5: Soins de santé primaire et prévention

Dès le début du chapitre, le rapport fait état de la propension à accepter le changement des différents acteurs : des canadiens « *Les Canadiens, aussi, semblent favorables à une transformation du secteur des soins de santé primaires.* »(p.128), des professionnels de la santé « *Les soins de santé primaires sont perçus comme une nécessité absolue aux yeux de la majorité des experts de l'élaboration de politiques et des professionnels de la santé.* »(p.127), et des politiciens « *les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de joindre leurs efforts dans le cadre d'un programme de soins de santé primaires.* » (Romanow, 2002, p. 127). Cette ouverture au changement, rend légitime les décisions en faveur de la transformation organisationnelle des soins de santé primaire. Mais ce consensus autour de la question ne permet pas pour autant de réussir les transformations souhaitées.

Les fonctions ciblées dans le changement proposé pour les soins de santé primaire, seront essentiellement la fonction d'intégration,

« d'une part, l'importance de la continuité et de la coordination des soins et des services de santé; ... »

« Elle suppose que l'on transforme le mode de fonctionnement actuel du système, autrement dit, que l'on cesse de mettre l'accent presque exclusivement sur les soins hospitaliers et les soins médicaux, ... » (Romanow, 2002, p. 128)

mais aussi la fonction du maintien des valeurs et des représentations,

« d'autre part, la relation de réciprocité entre santé individuelle et santé de la population.»

« l'on élimine les barrières qui existent trop souvent entre les professionnels de la santé et que l'on s'applique avec constance à prévenir les maladies et les accidents et à améliorer l'état de santé. » (Romanow, 2002, p. 128)

Dans le cheminement des tentatives de transformation de la première ligne du système de santé au Canada depuis les premières recommandations jusqu'à maintenant, les obstacles à surmonter pour l'établissement de SSP appropriés sont les véritables problèmes auxquels fait face le système de santé.

La Commission note que le principal obstacle auquel le changement désiré (vers une 1^{ère} ligne avec tous ses avantages) est confronté, reste que l'implantation de changements touche plusieurs champs : de la transformation des pratiques, à la transformation de l'organisation à plusieurs niveaux.

Sur le plan organisationnel, les approches axées sur les SSP s'élaboraient selon une perspective de développement organisationnel. On a pu observer l'émergence incrémentielle de politiques de santé et de plusieurs projets pilotes qui parfois ne s'appuient pas sur des données probantes ou des recherches (une démarche émergente).

L'exécution simultanée des changements sur différents fronts portent préjudice au climat de confiance en compromettant « ...*la qualité de vie des professionnels de la santé, l'appui de la population, voire la qualité des soins (Rocheffort, 2001).* » (Romanow, 2002, p. 131)

Les six principales caractéristiques du système de santé au Canada faisant obstacle aux soins de santé primaires et à la prévention sont l'orientation essentielle vers les unités de soins, la spécialisation et la surprotection des champs d'exercice des professionnels de la santé, les services de soins fonctionnant en « silos », la difficile circulation de l'information d'un professionnel de la santé à l'autre, l'absence de participation de la population et le rôle secondaire accordé aux activités de prévention et de promotion.

« D'ailleurs, la lenteur avec laquelle avance le dossier de l'implantation des soins de santé primaires a eu des répercussions sur l'ensemble du système de santé, comme en témoigne de manière saisissante le cas des services d'urgence au Canada. » (Romanow, 2002, p. 133)

Le changement proposé dans le rapport ne sera pas une rupture brutale de l'organisation en place, la manœuvre de diffusion du changement sera plus stratégique, et en adéquation avec les ressources humaines (une transformation convergente).

« Vu la diversité des collectivités et des conjonctures régionales au Canada, il convient de tabler sur une approche souple qui puisse s'adapter aux divers milieux et aux différents groupes. » (Romanow, 2002, p. 132)

Dans cette approche organisationnelle ciblant les soins de santé primaires, la Commission favorise une approche politique. Au niveau de la gouverne nationale, il s'agit d'une perspective hiérarchique dans l'attribution du financement assorti de conditions (les principaux axes sont établis) et dans l'évaluation des progrès et du processus d'implantation du changement proposé. Tandis qu'au niveau provincial, une perspective hiérarchique est choisie dans l'élaboration des stratégies d'intervention vers des changements organisationnels et de la pratique.

« Le Transfert aux provinces et aux territoires devrait être clairement assorti de la condition que les provinces et les territoires aillent de l'avant en matière de soins de santé primaires en s'appuyant sur quatre principes : continuité des soins, détection et intervention précoces, amélioration de l'information sur les besoins et les résultats et incitatifs nouveaux et plus puissants. »

« Il faudrait charger le futur Conseil des soins de santé de suivre et de mesurer les progrès accomplis et de rendre compte à la population de l'évolution de la réforme des soins de santé primaires. » (Romanow, 2002, p. 129)

« De l'avis de la Commission, la meilleure façon de procéder consiste à :

- octroyer des fonds spécifiquement rattachés à une plate-forme nationale commune qui définit les axes essentiels des soins de santé primaires;*
- donner l'impulsion et offrir les incitatifs nécessaires à un changement généralisé;*
- déceler les obstacles et les éliminer;*
- faire preuve de transparence de sorte que les Canadiens puissent tenir les pouvoirs publics et les dispensateurs de soins imputables si les choses n'évoluent pas. »* (Romanow, 2002, p. 133)

La responsabilité d'élaborer des stratégies de transformation des SSP selon les axes recommandés incombe aux pouvoirs publics provinciaux. Le mécanisme de régulation proposé par la Commission, représenté au schéma 2, sera un pilotage au niveau national de l'implantation en utilisant deux principaux incitatifs : le pouvoir de dépenser du fédéral et la transparence du système par l'intermédiaire du CSC qui favorisera et soutiendra un meilleur processus décisionnel au niveau des provinces.

Parmi les axes à suivre, il y a la continuité et la coordination des soins. Le champ ciblé est essentiellement la fourniture des services : le partage et l'étendue des responsabilités des professionnels de la santé (gestionnaire de cas) et l'étendue des services offerts par la première ligne (vers une intégration des services et la responsabilité clinique longitudinale).

La détection et l'intervention précoces, l'amélioration des systèmes d'information et de l'utilisation de l'information, l'utilisation d'incitatifs appropriés aux professionnels de la santé sont les trois autres axes définis par la Commission pour le développement des soins de santé primaire. L'adéquation des ressources (humaines et physiques) du système de santé est recherchée. Ainsi, les provinces auront en charge d'élaborer des stratégies pour adapter les ressources aux changements désirés et de les implanter.

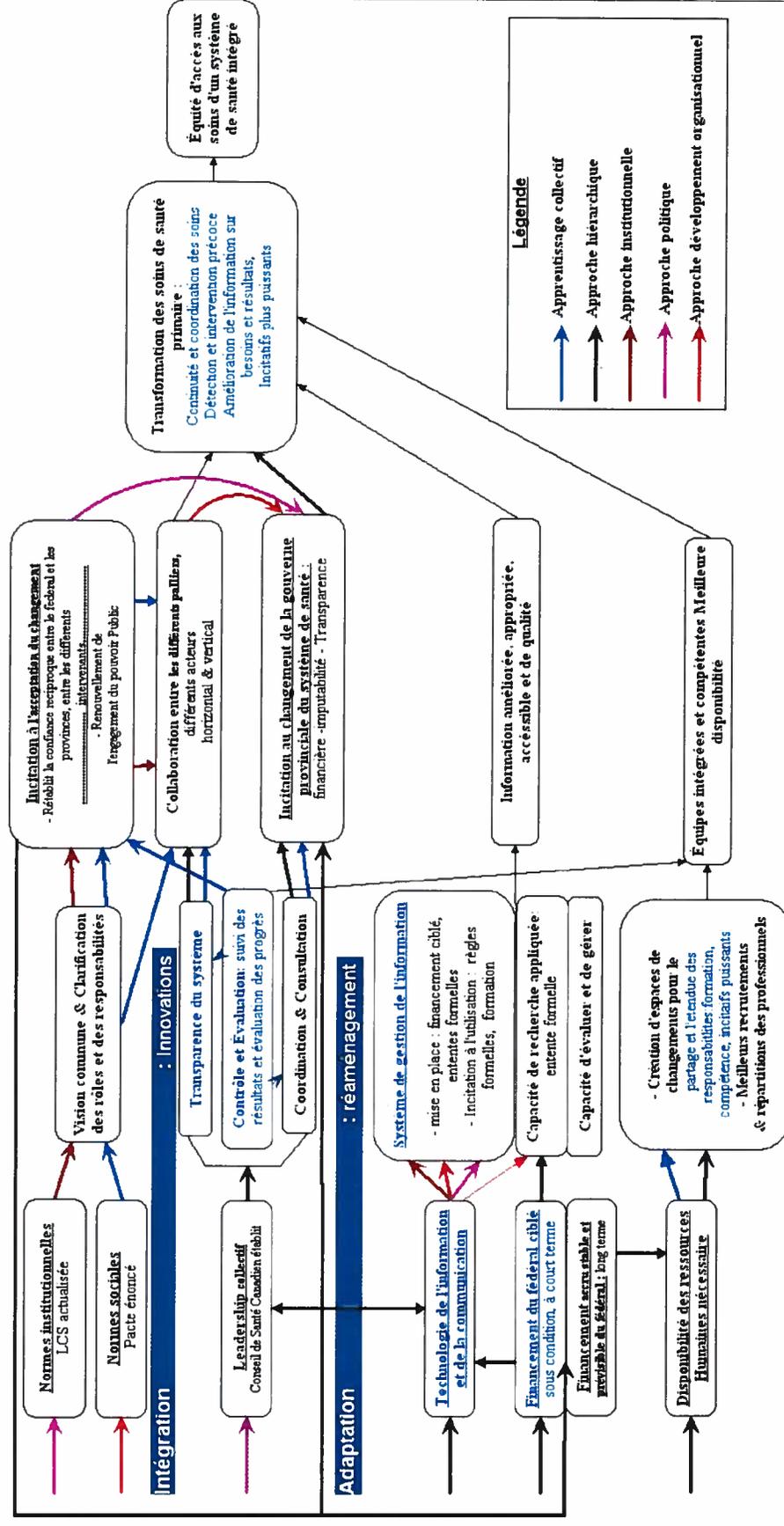
Pour maintenir l'équilibre entre la fonction d'intégration (fourniture de services) et la fonction d'adaptation (ressources adéquates), la Commission propose, au niveau national, l'incitatif financier et la transparence en rendant compte des progrès établis (l'évaluation) comme levier du changement.

Les principaux obstacles aux soins de santé primaires et à la prévention relevés dans le rapport sont intégrés dans la fonction d'atteinte des buts (ex. : l'orientation essentielle vers les unités de soins, le rôle accordé aux activités de prévention et de promotion) mais aussi la fonction d'intégration (ex. : spécialisation et la surprotection des champs d'exercice des professionnels de la santé, les services de soins fonctionnant en « silos » ...).

Schéma 2 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow

Soins de santé primaire et prévention

Maintien des valeurs et des représentations : Innovations



En résumé, pour maintenir l'équilibre entre la fonction d'intégration (fourniture de services) et la fonction d'adaptation (ressources adéquates), la Commission propose au niveau national l'incitatif financier et la transparence, rendant compte des progrès établis (par l'évaluation) comme leviers du changement (tableau VI). Les approches et leviers mobilisés sont représentés au schéma 2. Face à l'échec de l'approche émergente pour implanter le changement de la première ligne, la Commission propose la combinaison de l'approche politique et de l'approche hiérarchique. Cette approche hiérarchique au niveau national avec un mécanisme de régulation utilisera comme leviers : le financement accru et la diffusion de l'information pour favoriser l'équilibre de la fonction d'atteinte des buts pour des décisions appropriées et porteuses de changement.

Tableau VI: Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les soins de santé primaire et prévention

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|------------------------------------|---|---|---|
| La stabilité normative | Approche hiérarchique Changement convergent et incrémentiel | - Incitatifs financiers : financement ciblé obligeant à respecter les directives du fédéral. - Pilotage de la gouverne centrale : Évaluation et transparence du système par le CSC. Mécanismes de régulation | Transformation des Soins de santé primaires |
| L'intégration au processus interne | Approche développement organisationnel, l'approche de l'apprentissage collectif | L'élaboration des stratégies d'intervention se fera au second pallier de la gouverne. | |

VI – Analyse descriptive du chapitre 6 : Accroître l'accès, assurer la qualité

Dans cette section, l'approche organisationnelle concerne l'accessibilité et la qualité des soins. C'est une question d'actualité. De plus, faire le choix d'intervenir sur l'accessibilité et la qualité du système de santé répond aux valeurs d'équité propres au système de santé au Canada. Ainsi la quête d'un accès égal, en temps opportun et selon des besoins différents de la population répond à ce principe d'équité. Il existe un consensus autour de la question de l'accessibilité au moment opportun à des services de qualité. Ce problème est très important et bénéficie du soutien des acteurs sur la nécessité d'un changement.

« Les délais encourus avant de recevoir des soins de santé sont un sujet de préoccupation grave pour les Canadiens. Ces délais préoccupent aussi les professionnels de la santé, les gestionnaires et les pouvoirs publics. De plus, les études et les sondages d'opinion ont constamment montré que l'accès aux soins de santé est un des principaux sujets d'inquiétude des Canadiens, qu'ils habitent en milieu rural ou en milieu urbain (Mendelsohn 2002; Sanmartin et al. 2002; RCRPP 2001; Groupe de recherche et d'analyse du Secrétariat rural 2001). » (Romanow, 2002, p. 152)

Le choix d'intervention proposé par le rapport concerne en particulier les listes d'attente et leur gestion. Cette fois, il s'agira d'obtenir des résultats à courte échéance avec pour objectif immédiat la restauration de la confiance des Canadiens, mais aussi à moyen et à long termes l'amélioration de la qualité des soins.

« En prenant des dispositions sur ces questions dans une perspective d'urgence, nous pouvons rétablir la confiance des Canadiens dans leur système de santé et, chose plus importante, nous assurer qu'ils ont un accès opportun à des services de santé de qualité élevée. »

« À leur rencontre d'août 2002, les premiers ministres des provinces canadiennes ont reconnu que l'accès aux services de santé avait la plus haute priorité pour tous les citoyens canadiens. » (Romanow, 2002, pp. 152-153)

La Commission souligne l'existence de progrès réalisés non uniformes au niveau des provinces et des territoires qu'elle qualifie de « pas assez rapide pour les Canadiens » (Romanow, 2002, p.154). L'absence de résultat concret a favorisé et entretenu le mécontentement de la population, d'où la nécessité de répondre au besoin urgent de satisfaction de celle-ci.

« Il est possible et nécessaire de faire davantage dans tout le pays pour donner aux Canadiens ce qu'ils veulent et méritent — un accès opportun aux services de santé dont ils ont besoin. » (Romanow, 2002, p.154)

Parmi les problèmes de listes d'attente, les listes qui seront à prioriser pour des résultats immédiats concernent celles des services de diagnostics (pas celles touchant le personnel essentiellement médical).

« Chacun de ces trois domaines est important. Néanmoins, la Commission juge possible d'apporter des améliorations immédiates et concrètes en considérant prioritairement la question de l'accès à des services de diagnostic. » (Romanow, 2002, p.154)

L'approche souhaitée pour modifier les listes d'attente est la perspective hiérarchique. Cette transformation radicale s'opèrera à deux niveaux de la gouverne fédérale et provinciale. Là encore, au niveau national, le fédéral utilisera son pouvoir de dépenser. Il permettrait ainsi de rendre disponible les ressources financières à l'établissement des changements proposés (achat de matériels diagnostiques supplémentaires, formation et recrutement de techniciens). L'utilisation de son pouvoir de dépenser orienterait les politiques de santé des provinces et territoires vers l'adéquation des ressources à l'amélioration de l'accès aux services diagnostiques.

Les mécanismes de régulation proposés par la Commission seraient la création d'incitatifs : il y aura l'évaluation et la rétro information par l'intermédiaire du Conseil de la santé.

« Le nouveau Fonds des services diagnostiques, dont la création est suggérée dans ce rapport, permettrait d'apporter un soutien direct aux provinces et territoires et pourrait permettre d'augmenter leurs investissements dans les technologies de diagnostic évoluées. Les sommes versées devraient être utilisées non seulement pour acheter des technologies, mais aussi pour recruter et former le personnel et les techniciens nécessaires pour assurer le fonctionnement et l'entretien de l'équipement et l'interprétation des résultats. »

« Dans le cadre de ses rapports annuels, le Conseil de la santé du Canada devrait faire état des progrès accomplis en matière de réduction des temps d'attente, de sorte que les Canadiens soient en position de juger de la performance de leur région, de leur province et du Canada dans son ensemble, en comparaison des résultats obtenus dans d'autres pays. » (Romanow, 2002, pp. 157 et 165)

Les provinces et territoires interviendront au niveau du processus d'établissement des listes d'attente. L'expérience de certaines provinces a mis en évidence que le caractère centralisé des listes d'attente aiderait au désengorgement, mais aussi à l'établissement de critères normalisés.

« Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient immédiatement prendre des dispositions pour gérer les listes d'attente plus efficacement en adoptant une approche centralisée, en établissant des critères normalisés et en donnant aux patients des renseignements clairs sur la durée probable de leur attente. » (Romanow, 2002, p. 152)

« Des registres centralisés pour des traitements susceptibles de sauver la vie — par exemple le traitement du cancer et des maladies cardiaques — permettent au système de fixer un ordre de priorité parmi les patients en fonction du besoin et du risque (Le réseau des soins cardiaques de l'Ontario 2001). »

«... le WCWLP Western Canada Waiting List Project (Noseworthy et al. 2002) a réalisé des progrès importants non seulement dans la compréhension de la réalité des listes d'attente dans l'Ouest canadien, mais aussi dans le développement d'outils qui permettent aux médecins de déterminer l'urgence relative des problèmes de santé, de telle sorte que les listes d'attente soient gérées exhaustivement et de manière objective et transparente. » (Romanow, 2002, p. 158)

L'approche hiérarchique sera aussi utilisée au niveau provincial avec comme leviers de changements de nouvelles normes formelles qui seraient utilisées par les professionnels de

la santé, pour plus d'uniformité dans les procédures de mise en liste d'attente. Un autre levier de changement sera l'élaboration d'une entente formelle instituée entre les patients et les fournisseurs de soins, les « garanties de soins » ; mais aussi par la mise en place de mécanismes de collaboration interprovinciale.

La Commission souligne que la garantie des soins est surtout une bonne idée en expérimentation ailleurs pour rétablir la confiance des patients vis-à-vis du système de santé, mais qui gagnerait à être implantée selon le contexte sans rigueur.

« Mais les systèmes de santé des provinces et des territoires doivent demeurer flexibles si l'on veut assurer la gestion efficace de ces chirurgies. Cette flexibilité pourrait se perdre si les garanties de soins étaient appliquées de façon rigide. »

« la gestion des listes d'attente se fait mieux au niveau provincial, avec la possibilité d'une coopération interprovinciale dans le cas des provinces qui peuvent ne pas offrir les services avancés qui sont nécessaires. » (Romanow, 2002, pp. 160-161)

L'adéquation des professionnels de la santé serait la cible de l'implantation de ces transformations radicales et révolutionnaires proposées pour rassurer les patients.

« Avec la mise en place de processus plus cohérents, de critères plus objectifs et d'une meilleure information, le système de santé devrait permettre de fixer des buts plus appropriés et plus réalistes pour le patient. »

« Les Canadiens ont aussi besoin de comprendre qu'il n'est pas toujours possible de recevoir un service immédiat. »

« Le point important pour les Canadiens, c'est de savoir que la durée des attentes est en train d'être réduite, que les personnes qui ont les besoins les plus urgents n'ont pas à attendre et que les listes d'attente sont gérées d'une manière coordonnée et objective, suivant l'urgence des besoins. » (Romanow, 2002, p. 161)

Pour atteindre le deuxième objectif de ce chapitre c'est-à-dire l'amélioration de la qualité des soins, le levier de changement choisi au niveau national sera surtout l'évaluation continue et la comparaison des résultats obtenus avec ceux d'autres pays par un organisme indépendant : le CSC mis en place au niveau national par le gouvernement fédéral et les

gouvernements provinciaux (pour un leadership collectif). Son intervention porterait sur le recueil d'informations appropriées pour un contrôle de qualité des services offerts.

« Le système de santé est riche en données et pauvre en information : il n'y a pas beaucoup d'informations qui renseignent les gestionnaires, le public ou les dispensateurs de soins sur la qualité de leur travail par rapport à des buts et à des normes convenus. »

« ..., le Conseil de la santé du Canada devrait avoir la responsabilité de mettre au point un cadre national d'évaluation de la performance du point de vue de la qualité. » (Romanow, 2002, pp. 166 et 169)

D'où l'intérêt de développer le secteur des technologies de l'information.

Également reconnues comme efficaces par des recherches et des expériences de pays voisins, on retrouve les transformations ciblant les comportements des professionnels. Ces transformations passent par la formation pour sécuriser les patients, par un soutien pour une culture d'apprentissage, par une collaboration interprofessionnelle entre les prestataires de soins et les gestionnaires du système, et par une bonne information (Romanow, 2002, p.168). Les mécanismes utilisés pour orienter les pratiques en faveur de la qualité du système seront déterminés par la gouverne provinciale.

« Atteindre ce but est principalement la responsabilité des provinces et des territoires. Cependant, le Conseil de la santé du Canada peut et doit exercer un rôle important en travaillant avec les provinces, les territoires, les dispensateurs de soins, les autorités régionales de la santé et avec les Canadiens afin de veiller à ce que ce but soit atteint. » (Romanow, 2002, p.168)

Le CSC comme leader collectif indépendant veillera à l'atteinte de ces objectifs avec pour principaux outils l'incitation au moyen d'évaluation continue de la qualité et d'une bonne diffusion de l'information sur la performance du système. Il s'agirait d'une approche combinée de rationnel et de politique, car le CSC favorisera la création d'ententes avec les provinces et les territoires sur les indicateurs de rendement mais aussi sur l'utilisation des résultats de performances établis et des leçons à en tirer.

« Les mesures de la performance établies par les travaux du Conseil de la santé, comme aussi la communication régulière d'information sur les résultats, constitueraient une importante base d'information pour lier les résultats à l'agrément constant d'installations de soins de santé, en particulier du point de vue de la sécurité des patients. » (Romanow, 2002, p. 169)

La structure ciblée par ce contrôle de la qualité serait la première ligne à cause de son plus grand contact avec les patients.

« Le travail le plus important dans la dispensation de soins de santé aux Canadiens se fait en première ligne, c'est-à-dire au niveau de chacune des interactions que les gens... » (Romanow, 2002, p. 165)

La Commission relève la différence socioculturelle des individus face au système de santé associée à une baisse de la qualité des soins reçus pour certaines minorités. Ce mauvais fonctionnement dans la prestation des soins est causé essentiellement par un manque de communication entre les prestataires et les consommateurs.

« De même, pour les soins de santé en général, en particulier dans les cas urgents, une communication qui manque de précision ou n'est pas complète peut entraîner l'impossibilité d'avoir accès à des soins appropriés (Association canadienne-française de l'Alberta 2002). » (Romanow, 2002, p. 170)

Le levier de changement proposé est une collaboration accrue des autorités en place avec des groupes de pressions (comités consultatifs, associations, groupes communautaires) pour des consultations dans le processus de prise de décision. Ces ententes, facilitant les échanges, seront non formelles mais interviendront dans le mode de prise de décision. La première ligne serait ciblée en opérant des changements visant les professionnels de la santé par la formation du personnel et en favorisant de nouveaux rapports entre la communauté et les fournisseurs de soins.

La perspective de développement organisationnel est privilégiée par la Commission. L'émergence de solutions, une bonne diffusion des initiatives, et une bonne utilisation des technologies de l'information qui ont du succès favoriseront l'amélioration de l'accès aux soins de santé de ces minorités. Ces changements ne seront pas majeurs, des ajustements se feront au niveau des ressources utilisées.

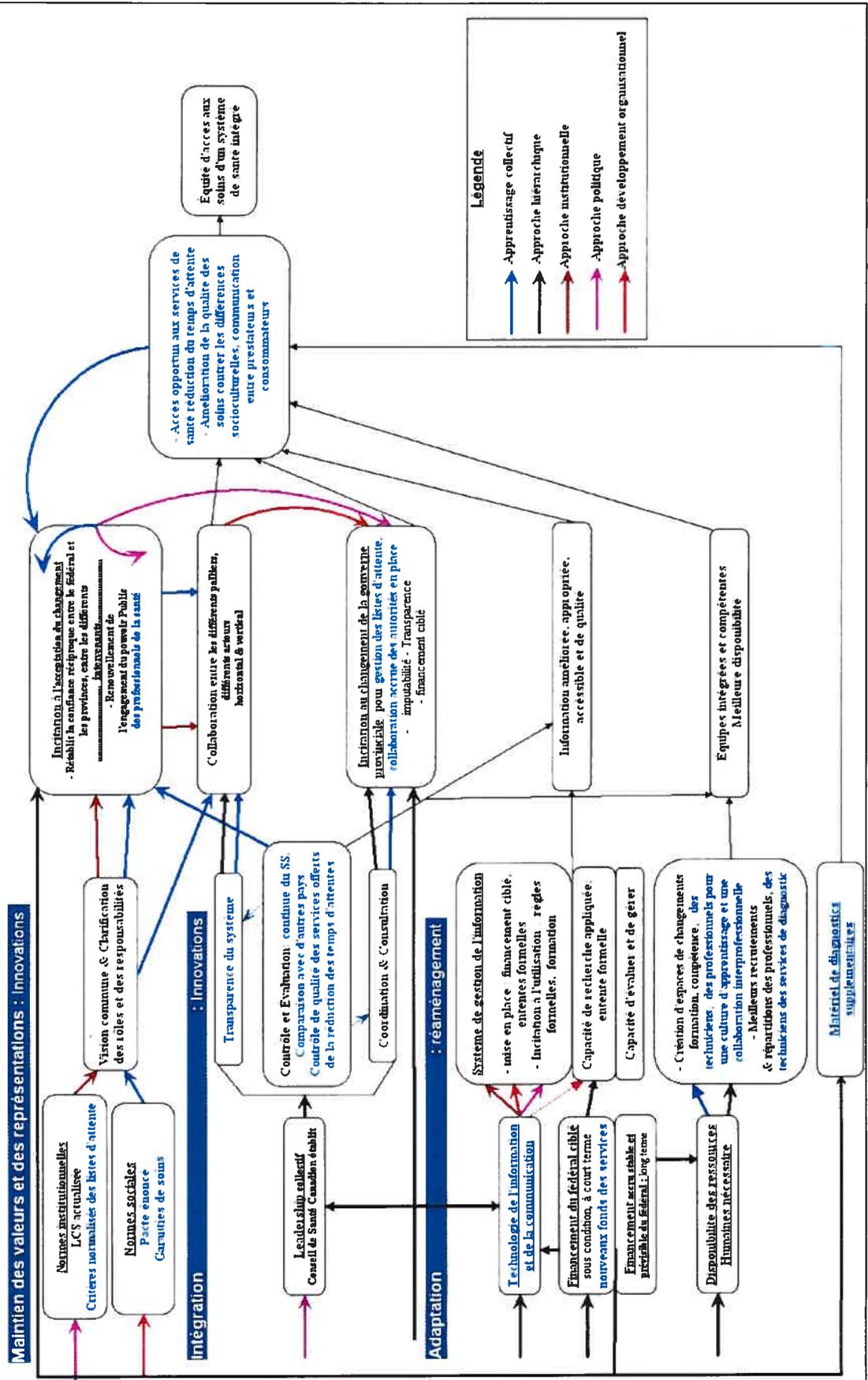
« Selon la Commission, l'approche la plus efficace est de soutenir concrètement et d'étendre les initiatives qui ont réussi et de les développer pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles. Santé Canada devrait continuer à avoir un rôle important dans le partage de l'information sur les différentes initiatives actuelles au Canada et dans le soutien financier apporté aux organisations, aux autorités régionales de la santé, aux établissements de soins et aux gouvernements des provinces et des territoires pour les aider à surmonter l'obstacle linguistique à l'accès aux soins. Les autorités régionales de la santé — qui sont les dispensateurs de soins de première ligne — devraient prendre des dispositions pour surmonter l'obstacle de la langue en formant le personnel, en tissant des liens avec les organisations et communautés de minorités linguistiques et en utilisant des technologies telles que la télésanté pour offrir des services à de petites communautés minoritaires linguistiques » (Romanow, 2002, p. 171)

À la différence du chapitre 5, où les efforts d'amélioration des SSP sont gérés au niveau provincial, le chapitre 6 met l'accent sur l'intervention de la gouverne fédérale au niveau de la gestion des listes d'attente et de la qualité des soins par la mobilisation des différents leviers énoncés dans les quatre premiers chapitres. Le schéma 3 montre les fonctions ciblées, les approches et les différents leviers à mobiliser par le pouvoir fédéral pour intervenir directement sur un enjeu, d'une ampleur nationale, représenté par l'équité d'accès aux soins, qui est l'une des préoccupations majeures des Canadiens.

La fonction ciblée est celle de l'atteinte des buts, avec pour objectif une bonne incitation des décideurs par une meilleure orientation des politiques de santé.

L'approche hiérarchique interviendra encore une fois par un financement accru et ciblé pour une meilleure adéquation des ressources humaines et matérielles. Elle agira également par la mise en place de mécanismes d'évaluation ou de contrôle (CSC).

Schéma 3 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow
 Accessibilité et Qualité des soins



Grâce à l'établissement de normes formelles, les approches psychologiques et institutionnelles serviront à encadrer le processus de changement à mener au niveau de la fonction d'intégration (tableau VII). La mise en place des normes formelles se fera par l'approche politique et par l'apprentissage en ce qui concerne les normes institutionnelles à plus long terme et par une approche de développement organisationnel pour l'établissement de normes collectives (schéma 3).

La dynamique du changement est incrémentielle et concerne l'approche psychologique. Les résultats obtenus à court terme serviront à rassurer la population, à restaurer la confiance des Canadiens dans leur système de santé, ce qui devrait faciliter leur adhésion au changement à venir.

Tableau VII: Tableau récapitulatif du processus de changement proposé pour accroître l'accès et assurer la qualité

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|------------------------------------|--|--|--|
| La stabilité normative | <p>Approche psychologique</p> <p>L'approche développement organisationnel</p> | <ul style="list-style-type: none"> - l'information : l'évaluation et la rétro information par l'intermédiaire du Conseil de la santé - entente formelle de « garantie des soins » : engagement des professionnels de la santé - entente informelle élaborée au niveau des provinces et territoires : pour une formation, pour sécuriser les patients, pour une culture d'apprentissage, pour une collaboration interprofessionnelle - ententes non formelles : consultation de groupes de pression dans le processus de prise de décision au niveau des provinces - Bonne communication de l'information (diffusion de l'information) | <p>Rétablir la confiance des citoyens à court terme</p> <p>Accroître l'accès, Assurer la qualité à long terme</p> <p>Rétablir la confiance des minorités à court terme</p> |
| L'intégration au processus interne | <p>Perspective hiérarchique associée à l'apprentissage organisationnel</p> <p>transformation radicale et révolutionnaire au</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau de la gouverne fédérale - niveau de la gouverne provinciale. | <p>Les mécanismes de régulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - création d'incitatifs : l'information sur la performance appropriée et bien diffusée : l'évaluation continue et la rétro information par l'intermédiaire du Conseil de la santé (organisme indépendant) - Incitatifs financiers : utilisation du pouvoir de dépenser pour orienter les politiques de santé des provinces et territoires - Entente formelle : Élaboration de registres centralisés des listes d'attente - normes formelles : critère normalisé de mise sur liste d'attente - entente informelle : possibilité d'une coopération interprovinciale - entente informelle élaborée au niveau des provinces et territoires : pour une formation, pour sécuriser les patients, pour une culture d'apprentissage, pour une collaboration interprofessionnelle | <p>Accroître l'accès</p> <p>Assurer la qualité</p> |

VII – Analyse descriptive du chapitre 7 : Les communautés rurales et éloignées

Dans tout le rapport, les principaux thèmes abordés que ce soit les soins de santé primaires, la réduction des listes d'attente, les soins à domicile ou les médicaments d'ordonnance ont un impact sur la santé des collectivités rurales et éloignées. Ce chapitre 7 est particulièrement axé sur la santé des collectivités rurales et éloignées.

La Commission Romanow souligne les différentes réflexions sur la disparité des prestations des soins de santé tant au niveau national par les groupes corporatifs, qu'au niveau provincial par des interventions isolées non coordonnées.

« Les efforts déployés récemment par la Société de la médecine rurale du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada pour élaborer des lignes directrices et des programmes d'études nationaux sont un pas dans la bonne direction. Mais il reste encore beaucoup à faire. »

« Les provinces et les territoires trouvent différentes solutions aux problèmes, mais ils le font chacun de leur côté, sans accorder suffisamment d'attention à la coordination ou à la vue d'ensemble. » (Romanow, 2002, p. 180)

Le rapport articule ses recommandations autour de la nécessité de poursuivre ces efforts. La fonction ciblée est celle de l'adaptation des ressources présentes afin que les communautés rurales et éloignées puissent jouir d'une aussi bonne santé que celles vivant en milieux urbains.

Les leviers mobilisés sont nombreux et ont déjà été, pour la majorité, énoncés dans les chapitres 3, 4, 5 et 6. D'abord, l'accent a été mis sur la nécessité d'une vision et de principes clairs par une approche participative dans le processus de prise de décision pour l'élaboration de normes nationales concernant l'accès au soins. Face à « *L'absence de consensus quant à la définition d'un accès « adéquat »...* », les intervenants clés, notamment les professionnels de la santé et les membres de la collectivité, devraient

prendre part à la définition et au choix des services fondamentaux qu'offrirait chacune des collectivités ou régions (Romanow, 2002, p. 181).

Le rapport suggère ensuite l'émergence d'initiatives au niveau des provinces en soulignant la nécessité de consolider les relations interorganisationnelles et la nécessité de mieux desservir les collectivités rurales sur tout le territoire canadien. Elles devraient tenir compte de l'expérience acquise dans d'autres provinces et au niveau international. Ces recommandations sont adressées et devront être réalisées au niveau provincial. Elles conseillent de suivre et de favoriser l'implantation d'une réorganisation structurelle en faveur de la création de « réseau reliant ces collectivités aux centres urbains » à l'exemple de certaines commissions provinciales proposant des liens semblables.

« Le « Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord » de l'Ontario (Ontario, ministère de la Santé 1997) fournit un exemple des liens qui peuvent exister entre les établissements ruraux, les hôpitaux des centres régionaux et les établissements de soins tertiaires des régions métropolitaines, mais il ne s'agit que d'un modèle parmi d'autres. La Commission de la Saskatchewan sur l'assurance santé (Fyke 2001) a proposé des liens semblables. » (Romanow, 2002, p. 181)

On observe une combinaison de l'approche hiérarchique, du développement organisationnel et de l'apprentissage organisationnel.

« ...une approche véritablement nationale pour relever les grands défis que pose la santé en milieu rural et compléter les initiatives locales ou régionales. ... Le gouvernement fédéral pourrait cependant jouer un rôle de coordination et de facilitation en collaborant étroitement avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec d'autres intervenants. » (Romanow, 2002, p. 182)

L'énoncé de toutes les recommandations du chapitre 7 du rapport commence par :

« Il faudrait utiliser le Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées pour soutenir ... » (Romanow, 2002, pp. 130-133)

La disponibilité des ressources financières pour le recrutement et comme incitatif financier pour accroître l'offre des prestataires de soins, la formation pour la modification des champs d'exercices et les responsabilités des professionnels de la santé, l'information par la disponibilité de données adéquates et des technologies de l'information (télésanté) et l'innovation sont également parmi les leviers de changement proposés.

Ces recommandations ainsi adressées marquent que l'adoption de ce financement ciblé obligerait les provinces à respecter les orientations formelles et informelles que la gouverne fédérale établirait.

L'intérêt accordé à la santé des collectivités répond au besoin d'amélioration de l'accessibilité aux soins et à la qualité des soins pour une population ciblée (les communautés rurales et éloignées). Selon le rapport, un problème de coordination des soins serait à l'origine de la disparité des prestations offertes. Le changement proposé tiendra compte des changements entrepris dans différents secteurs (SSP, soins à domicile, ...).

La fonction ciblée sera celle de l'atteinte des buts, à la recherche d'une meilleure collaboration entre les différents acteurs. La combinaison d'une approche hiérarchique à une approche émergente devrait aboutir à l'objectif visé (tableau VIII).

Le schéma 4 représente les principales approches pour entraîner un changement aux services de soins à domicile. L'approche hiérarchique utilise le financement ciblé pour inciter les décideurs au changement et pour centraliser la coordination (par la création d'un réseau reliant ces collectivités) à un niveau national. L'approche émergente est nécessaire à l'élaboration d'un consensus des citoyens autour de la définition de « l'accès aux soins ».

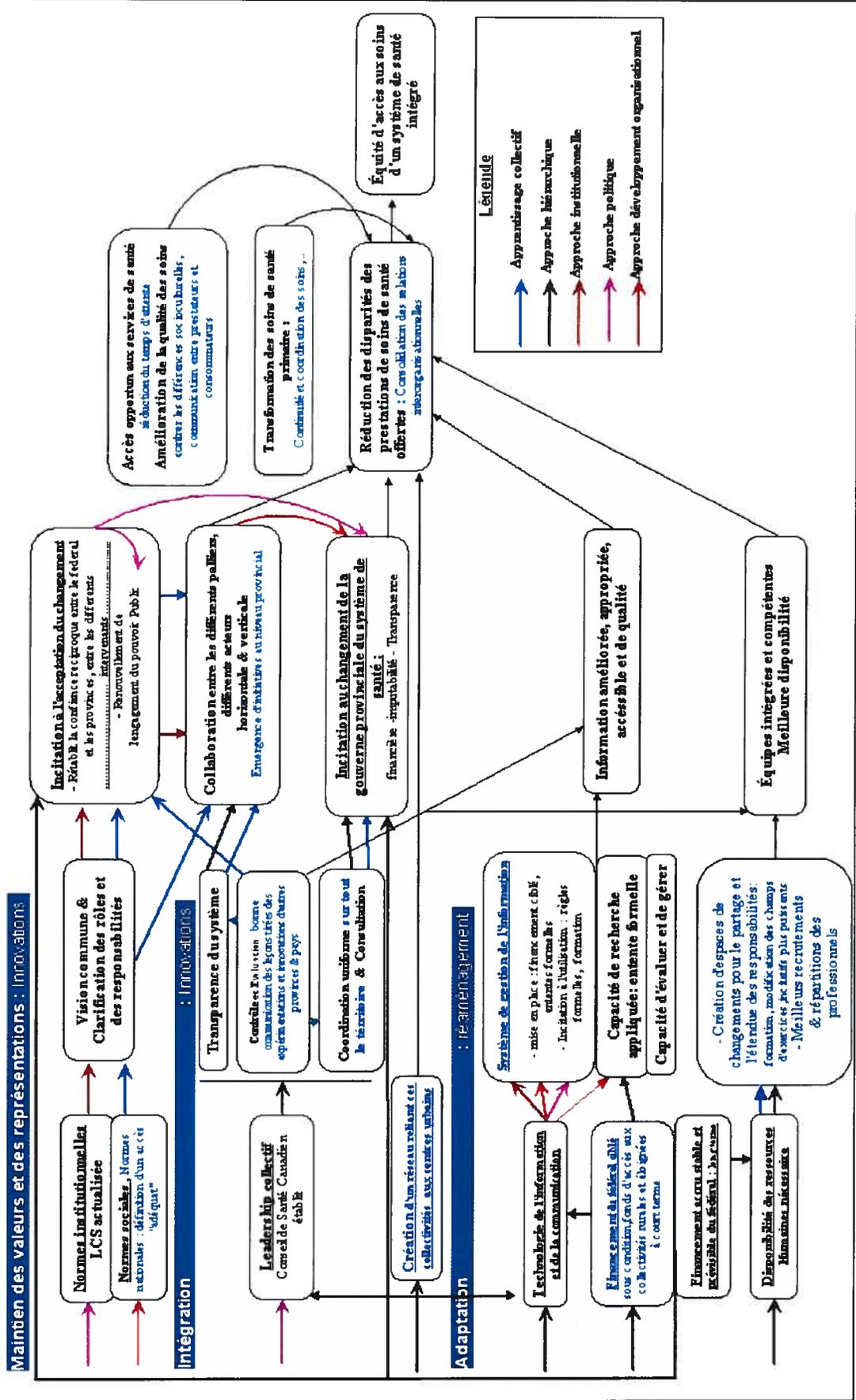
À long terme, l'apprentissage collectif aidera à tirer les leçons d'expériences antérieures, colligées et bien diffusées.

Tableau VIII: Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les communautés rurales et éloignées

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|-------------------------------|---|---|--|
| La stabilité normative | L'approche développement organisationnel | - ententes formelles : consultation de groupes d'acteurs dans le processus de prise de décision pour l'élaboration de normes nationales | Vision nationale pour des communautés rurales et éloignées en meilleure santé |
| L'adaptation | Approche hiérarchique Associé à L'apprentissage collectif Associé à l'approche psychologique | - Leadership national : coordination uniforme sur le territoire, facilitation - Bonne communication des leçons tirées des expérimentations et des innovations. Financement approprié : incitatif pour - un meilleur recrutement pour soutenir et élargir les champs de pratiques des professionnels (formation) - Informations : disponibles et appropriées - L'innovation | Justesse des ressources pour des communautés rurales et éloignées en bonne santé |

Schéma 4 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow

Les communautés rurales et éloignées



VIII– Analyse descriptive du chapitre 8 : Soins à domicile – le prochain service essentiel

Il apparaît que l'importance des soins à domicile va en grandissant. Les raisons d'une augmentation de la demande de ces soins sont multiples et réelles (le vieillissement de la population, les technologies avancées, le congé rapide de l'hôpital, le rapport coût-efficacité, ...) (Romanow, 2002, p. 192). Les variations dans les prestations de soins à domicile sont grandes d'une province à l'autre, et une forte proportion de personnes ayant besoin de soins à domicile n'en reçoivent pas.

Dans le chapitre 8, l'objectif assigné est de favoriser une intégration des soins à domicile au système de santé financé par le secteur public. Les fonctions d'intérêts sont la fonction de production et la fonction d'adaptation. Il s'agira de modifier le panier de services offerts par le secteur public mais aussi de pourvoir aux besoins de personnel de soutien des soins à domicile (les aidants naturels). Les approches hiérarchique et politique sont choisies pour cette intégration.

Il existe un consensus quant à l'importance à accorder aux soins à domicile.

« Les Canadiens ont indiqué que les services de soins à domicile étaient trop importants pour être exclus de la définition des services de soins de santé assurés par la Loi canadienne sur la santé. » (Romanow, 2002, p. 193)

La Commission Romanow propose à moyen terme une modification de la Loi canadienne sur la santé (LCS) pour élargir sa couverture et la disponibilité de fonds supplémentaires. Ce changement sera incrémentiel et formel.

« Même si, pour le moment, il est impossible sur le plan financier d'inclure tous les services de soins à domicile dans la Loi canadienne sur la santé, la première étape consisterait à établir un programme national de services accessible à tous les Canadiens partout au pays et selon les mêmes conditions. » (Romanow, 2002, p. 193)

Étant donné la rareté des ressources financières, il s'agira d'implanter un programme national de services de soins à domicile. Le choix des cibles d'intervention et l'étendue d'une couverture sont proposés sur la base d'études priorisant certaines interventions des soins à domicile.

« Un programme national de services de soins à domicile établirait en quelque sorte un seuil minimum de services accessibles partout au pays. » (Romanow, 2002, p. 193)

Les leviers utilisés seront initialement sous forme d'ententes formelles par l'élaboration d'un programme national, avec l'appui de ressources financières adéquates à court et à moyen termes. Pour soutenir cette ébauche de changement dans le futur, il s'agira de modifier la LCS. Ceci introduira de nouvelles normes communes facilitant leur intégration dans la structure organisationnelle.

L'adéquation des ressources humaines en appui à ces transformations est aussi considérée utile. On propose ici la mise en place d'un cadre formel entourant la mobilisation des aidants naturels au moyen d'incitatifs financiers et de meilleures conditions de travail (souplesse).

« Le ministère du Développement des ressources humaines du Canada, conjointement avec Santé Canada, devrait être chargé de développer un plan pour offrir un soutien direct aux aidants naturels afin de leur permettre de s'absenter du travail pour assurer des soins de maintien à domicile nécessaires aux moments critiques. »

« Selon la Commission, les aidants naturels devraient pouvoir s'absenter de leur travail pour prodiguer des soins nécessaires à domicile. Le régime d'assurance emploi permettrait d'offrir ce soutien de la façon la plus directe qui soit. » (Romanow, 2002, pp. 201-202)

Les mesures additionnelles à prendre relèvent de l'approche politique et des choix décisionnels continus auxquels feront face les provinces et territoires. En raison de leur responsabilité, le processus de changement au niveau des prestations de soins à domicile sera marqué de négociations continues entre les intérêts des principaux acteurs (concernant les ressources humaines, la continuité et la coordination des soins, ...).

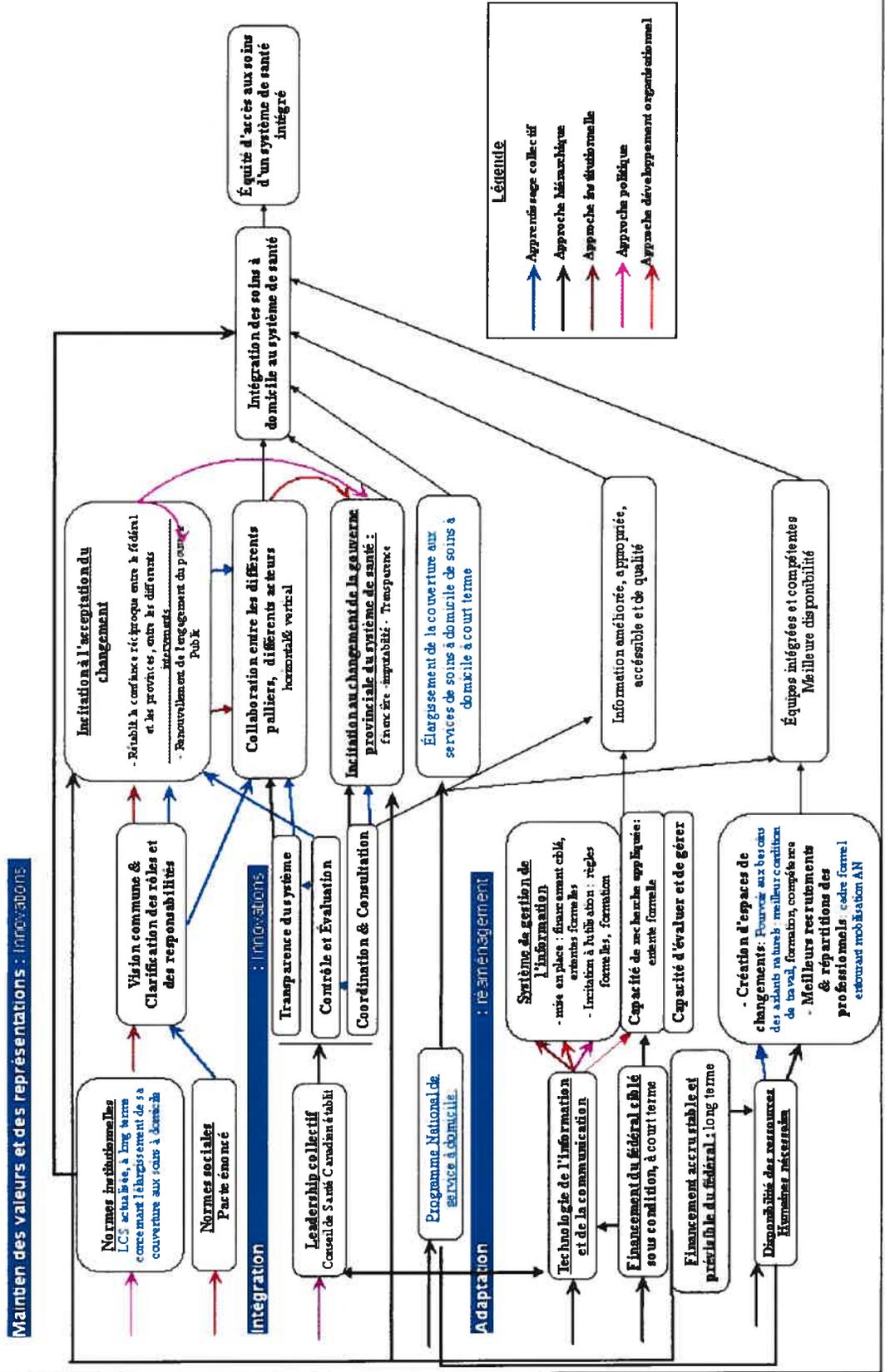
La gouverne fédérale s'implique à ce niveau directement dans la gestion des soins à domicile. Les fonctions ciblées sont l'intégration au processus interne et l'adaptation (tableau IX). L'approche hiérarchique utilisera l'incitatif financier, le leadership collectif et les normes institutionnelles en faveur d'un élargissement de la couverture des soins et de son intégration au système de santé (schéma 5).

La démarche hiérarchique est incrémentielle et radicale. Elle initie le changement par un leadership collectif qui va centraliser les interventions à mettre en place dans un cadre formel au niveau national. Cette innovation sera par la suite, à long terme, renforcée par l'émission de textes de lois appropriés.

Tableau IX : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les soins à domicile comme prochain service essentiel

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|------------------------------------|--|--|---|
| L'intégration au processus interne | Approche hiérarchique Changement incrémentiel et formel | - Ententes formelles : par l'élaboration D'un programme national à court terme, De normes institutionnelles édictées : modifier le panier de service à moyen terme - disponibilité de fonds supplémentaires | une intégration des soins à domicile au système de santé financée par le secteur public |
| L'adaptation | Approche hiérarchique au niveau de la gouverne fédérale Approche politique au niveau de la gouverne provinciale | - Établir un cadre formel entourant la mobilisation des aidants naturels associés - à des incitatifs financiers - à de meilleures conditions de travail (souplesse) Négociations continues entre les différents acteurs pour l'adéquation des ressources | À court terme À moyen et long termes |

**Schéma 5 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow
Soins à domicile - le prochain service essentiel**



IX– Analyse descriptive du chapitre 9 : Les médicaments d'ordonnance

Le chapitre 9 concerne l'une des principales raisons de la hausse des coûts du système de soins. Le rapport oriente ses recommandations sur les médicaments d'ordonnance (MO). Il souligne son impact sur la performance actuelle du système de santé et porte son attention sur les principaux obstacles auxquels la fourniture appropriée de médicaments d'ordonnance fait face. C'est une véritable préoccupation pour les gouvernes fédérale, provinciales et territoriales à cause de l'évolution rapide de l'élévation des coûts et de la proportion croissante des MO sur les dépenses en santé. L'accent est mis sur la couverture inégale sur l'ensemble du territoire canadien, et le processus lent, compliqué et en marge du système de santé de l'élargissement du panier des médicaments couvert par les régimes d'assurance, et variant d'une province ou d'un territoire à l'autre. Une intervention pour l'uniformité dans l'accessibilité des MO est tout à fait légitime et en accord avec le principe d'équité, fondement de base du système de santé.

« ..., il faut améliorer l'accès et veiller à ce que les Canadiens ne soient pas privés, pour des raisons financières, des médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin. »
(Romanow, 2002, p. 208)

L'amélioration de la qualité, de la sécurité et du rapport coût-efficacité des médicaments est également un objectif à atteindre.

« il faut améliorer la qualité, la sécurité et le rapport coût-efficacité des médicaments d'ordonnance. » (Romanow, 2002, p. 208)

L'enjeu sera, selon la Commission, l'intégration des MO au fonctionnement du système de santé. La fonction d'intérêt sera la fonction de production et l'alignement allocatif sera recherché. Dans notre contexte de ressources financières limitées, insérer à court terme (au niveau de la LCS révisée) les propositions pour élargir le panier des MO équivaldraient à une trop forte hausse des coûts. Ainsi la modification du cadre formel entourant les MO demande, selon la Commission, d'introduire graduellement le changement désiré. Elle

propose donc à court terme, de mettre en place une structure intégrant progressivement les MO au système de santé et à long terme, il s'agira d'insérer les recommandations au niveau de la LCS révisée.

Une approche hiérarchique sera privilégiée et sera caractérisée par sa nature incrémentielle, délibérée et radicale.

« Il faudrait donc viser à ce que les médicaments d'ordonnance soient davantage intégrés au continuum des soins et ce, de façon progressive mais délibérée. Avec le temps, ces propositions élèveront le seuil de couverture des médicaments d'ordonnance dans l'ensemble du Canada et permettront de poser les premiers jalons menant vers l'objectif visé, soit l'intégration des médicaments d'ordonnance à la Loi canadienne sur la santé. »

« La meilleure solution consiste de toute évidence à adopter une approche nationale permettant aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral de partager leur expertise, de rationaliser les processus et de mettre en commun les mesures prises pour contrôler les prix des médicaments. » (Romanow, 2002, pp. 208 et 219)

Les leviers de changements utilisés pour aboutir au changement désiré seront les incitatifs financiers, la mise en place d'un organisme indépendant de régulation et de contrôle, et des ententes formelles visant à la centralisation de certains services et à la modification des normes institutionnelles.

« Cinq mesures essentielles s'imposent pour donner réponse à ces questions :

Nouveau transfert lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments, ...Nouvelle Agence canadienne du médicament, ...Liste nationale de médicaments d'ordonnance, ...Nouveau programme de gestion des médicaments lié aux soins de santé primaires, ...Examen des brevets » (Romanow, 2002, p. 209)

Ces mesures viseront une amélioration de la collaboration intergouvernementale.

« Les cinq mesures clés proposées dans ce chapitre permettront aux provinces et aux territoires de travailler avec le gouvernement fédéral à améliorer l'accès aux médicaments d'ordonnance essentiels, à limiter les coûts, à assurer la sécurité et la qualité, à mettre en réseau l'information sur la consommation des médicaments, et à

faire en sorte que nous, Canadiens, obtenions le meilleur rendement » (Romanow, 2002, p. 209)

Comme dans les chapitres précédents, la Commission veut en premier lieu inciter les provinces et territoires à suivre les orientations proposées par le biais de transfert de fonds conditionnels. Ces fonds devront inciter à modifier la fourniture des services en élargissant l'accès aux médicaments et assurer une bonne diffusion de l'information appropriée entre les gouvernements.

« Les provinces et les territoires seraient tenus d'élargir l'accès aux médicaments d'ordonnance à l'intérieur de leurs régimes d'assurance médicaments, grâce aux fonds issus du transfert, ... Le transfert fédéral lié à l'impact catastrophique du coût des médicaments serait assujéti à des conditions et à des exigences de communication des données fixées consenties conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. » (Romanow, 2002, p. 217)

La mise sur pied d' « une nouvelle Agence canadienne du médicament », tel un organisme indépendant, sera responsable de veiller à l'accès équitable aux médicaments, à assurer la qualité, la sécurité et le rapport coût-efficacité de ceux-ci.

« La création d'une Agence canadienne du médicament fournirait aux provinces et aux territoires un outil optimal pour élaborer ensemble des stratégies nationales visant à limiter les coûts des médicaments. »p219

« La nouvelle Agence canadienne du médicament proposée pourrait s'attaquer à tous ces problèmes, et elle aurait le mandat de le faire. Elle aurait le statut d'un organisme fédéral doté de pouvoirs de réglementation fédéraux, elle serait indépendante de Santé Canada et elle relèverait directement du Parlement. »p221

« L'un des rôles essentiels de l'Agence canadienne du médicament consisterait à négocier et à surveiller les prix des médicaments. »p222

« L'Agence canadienne du médicament aurait un autre rôle important à jouer, soit de communiquer de l'information fondée sur des données probantes aux professionnels de la santé et aux patients au moyen de divers médias, dont l'Internet. »p222

« ériger un mur « coupe-feu » entre la contribution financière de l'industrie et le travail de l'Agence. Il faudrait assujettir les contributions de l'industrie pharmaceutique à des lignes directrices très rigoureuses afin d'assurer

l'indépendance de l'Agence à l'égard de l'industrie qu'elle réglemente. » (Romanow, 2002, pp. 219 et 221-223)

« L'Agence canadienne du médicament devrait créer, en collaboration avec les provinces et les territoires, une liste nationale des médicaments d'ordonnance inscrits en se fondant sur un processus transparent et responsable d'évaluation et d'établissement des priorités. »

« Il faudrait établir un nouveau programme de gestion des médicaments pour venir en aide aux Canadiens atteints de maladies chroniques et de certaines maladies potentiellement mortelles. Il faudrait intégrer le programme aux démarches de soins de santé primaires partout au pays. »

« Il faudrait que l'Agence canadienne du médicament élabore des normes nationales pour la collecte et la diffusion de données sur les médicaments d'ordonnance afin d'en connaître l'utilisation et les résultats que l'on obtient. » (Romanow, 2002, pp. 226-227, rec.38-40)

L'implantation du changement par le biais de l'Agence canadienne du médicament sera évolutive et autoritaire. Elle commencera par le recueil et l'évaluation continue, proposera des stratégies nationales pour la gestion des médicaments, élaborera des lignes directrices et, à long terme, des normes nationales seront suggérées. L'un des obstacles relevé dans le rapport est que, pour accomplir son mandat, elle devrait être écartée de l'influence des groupes de pression aux moyens de lignes directrices.

L'intérêt de la Commission est porté sur l'équité d'accès aux services de soins. Ce chapitre évoque les mesures à prendre pour assurer une couverture médicale uniforme sur tout le territoire canadien. Pour faire face aux problèmes liés à la fourniture des médicaments, les propositions de changement s'intéressent à la fonction d'intégration. L'implantation du changement se fera par une approche hiérarchique radicale et incrémentielle.

Comme résumé dans le tableau X, elle mobilisera, à court terme, deux principaux leviers (schéma 6) c'est-à-dire l'incitatif financier par un transfert lié à l'impact catastrophique du coût des MO, et une centralisation au niveau national de la coordination de la gestion des MO. À long terme dans une approche hiérarchique, les leviers utilisés par le pouvoir fédéral

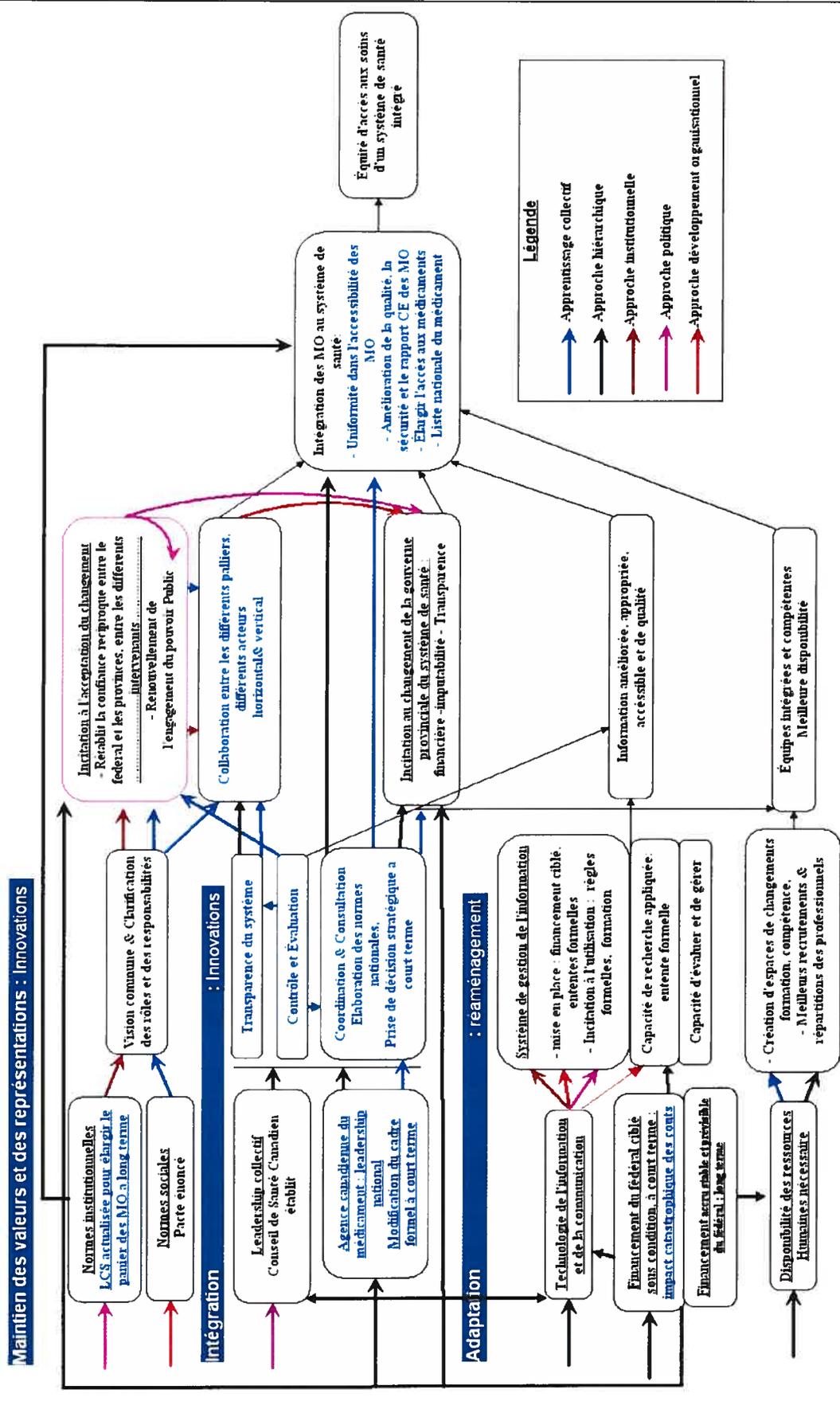
seront l'établissement de nouvelles normes institutionnelles. La Commission propose ici la révision de la LCS afin d'élargir le panier des MO (schéma 6).

L'organisme central responsable de la gestion des soins par l'apprentissage collectif et l'approche psychologique mobilisera comme levier un bon système d'information pour plus de collaboration et une meilleure gestion de l'accès équitable aux MO.

Tableau X : Tableau récapitulatif du processus de changement concernant les médicaments d'ordonnances

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : gouverne et fourniture de services |
|------------------------------------|---|---|---|
| L'intégration au processus interne | Approche hiérarchique Changement incrémentiel et délibéré, radical | Financement accru ciblé : incite <ul style="list-style-type: none"> - à étendre l'accès aux MO - à la transparence du fonctionnement et de la production Mise en place d'un organisme indépendant avec un leadership national : <ul style="list-style-type: none"> - Mécanisme de régulation : émettre des stratégies nationales - Mécanisme de contrôle : évaluation continue, contrôle de la hausse des coûts - Partage de l'expertise, favoriser la collaboration entre gouvernements Information diffusée, transparence du système - Ententes formelles : centralisation par l'élaboration d'une liste nationale de médicaments - Ententes formelles : pour la gestion de l'accès - Nouvelles normes nationales : seront établies pour encadrer le système de diffusion de l'information | une intégration des médicaments d'ordonnance au système de santé financée par le secteur public |

Schéma 6 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow
 Les médicaments d'ordonnance



X– Analyse descriptive du chapitre 10 : Une nouvelle approche pour la santé des autochtones

Le problème de santé des populations autochtones n'est pas récent. Les tentatives de changements amorcées n'ont pas conduit à une réelle réduction de l'écart entre l'état de santé de différents groupes au sein de la population. La Commission a tenu compte de l'avis des principaux concernés à un niveau national (associations, groupes de pressions oeuvrant dans ce domaine, ...) pour un meilleur échange des expériences à succès, et pour déterminer les obstacles à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones. Suite aux consultations, cinq principales raisons ont été identifiées :

- « • *des postulats constitutionnels contradictoires;*
 • *le financement fragmenté des services de santé;*
 • *un accès inadéquat aux services de santé;*
 • *un état de santé moins reluisant;*
 • *différentes influences culturelles et politiques.* » (Romanow, 2002, p. 207)

Pour faire face aux attentes des organisations autochtones, l'approche choisie pour effectuer des changements est principalement hiérarchique. Elle sera combinée à celle du développement organisationnel.

Au niveau constitutionnel, le gouvernement fédéral a la pleine responsabilité de la bonne gestion des soins de santé en ce qui concerne les Autochtones. La démarche choisie est radicale et la Commission propose une innovation : la centralisation du financement de la santé des Autochtones à un niveau national. Ceci dans le but de mettre en commun les ressources existantes au niveau des provinces et territoires, et au niveau des Autochtones. Cet effort sera soutenu par la création de nouveaux partenariats afin de remédier à l'absence de mécanismes de contrôle et d'assurer une évaluation continue.

« *Les budgets consolidés devraient servir à financer des partenariats pour la santé autochtone qui seraient responsables d'élaborer des politiques, de fournir des services et d'améliorer la santé de la population autochtone. Ces partenariats pourraient*

revêtir de nombreuses formes et devraient prendre en compte les besoins, les caractéristiques et la situation de la population qu'ils desservent. »

« Vu les difficultés liées à chacune de ces approches, une solution innovatrice est proposée, qui consisterait à mettre en commun les ressources existantes fournies par les gouvernements et les organisations autochtones et à les intégrer dans des fonds consolidés servant à améliorer la santé et les soins de santé des Autochtones. Cette solution prévoit en outre la création de nouveaux partenariats pour la santé autochtone qui se chargeraient de l'organisation et de la coordination des soins de santé et verraient à combler les besoins de santé des Autochtones. » (Romanow, 2002, pp. 247-248)

Ces fonds consolidés serviraient de fondements à l'élaboration, par une approche combinant l'approche politique et le développement organisationnel, de cadres formels correspondant aux différentes populations autochtones.

Ces accords permettront de renouveler l'engagement des preneurs de décisions des différents paliers, favoriseront la transparence de l'organisation aux différents niveaux de responsabilité et souligneront le caractère provisoire de ces fonds consolidés en attendant la formation du leadership collectif que formeront les nouveaux partenariats établis pour la santé des Autochtones.

« La première étape consiste à conclure un accord-cadre avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones concernant la façon dont les fonds seront consolidés dans certaines provinces et certains territoires. »

« Des accords-cadres devraient plutôt être négociés dans chaque province ou territoire. »

« tous les accords-cadres devraient : décrire les conditions selon lesquelles chacun des partenaires financiers accepte de participer à la consolidation des fonds; veiller à ce que chaque palier de gouvernement continue de rendre compte à son propre organe législatif; veiller à ce que chaque organisation autochtone participante continue de rendre compte à ses membres; ... donner à comprendre que les fonds consolidés demeurent en fait «latents» jusqu'à la création de partenariats pour la santé autochtone dans certaines collectivités, ... » (Romanow, 2002, p. 249)

La formation de ces partenariats sera un changement radical et se fera selon un processus incrémentiel. Il s'instaurera un leadership collectif par une approche combinant le développement organisationnel et l'apprentissage organisationnel à une approche politique.

« Les structures proposées en matière de direction et d'obligation de rendre compte revêtent un caractère nouveau puisque les responsabilités envisagées pour les membres de conseil d'administration des partenariats outrepassent celles prévues dans les modèles en place dans les systèmes de santé au Canada aujourd'hui. » (Romanow, 2002, p. 252)

« Les partenariats pour la santé autochtone devraient intégrer les caractéristiques positives de certaines des initiatives les plus efficaces en cours dans différentes régions du pays, notamment le programme Eskasoni en Nouvelle-Écosse, ... »

« Dans certains cas, les collectivités qui disposent de structures gouvernementales autonomes pourraient jouer un rôle important dans le contrôle et la gestion des programmes de santé. » (Romanow, 2002, p. 250)

Les leçons d'expériences acquises serviront à l'établissement de stratégies d'intervention pour l'amélioration de l'état de santé des Autochtones. Le rapport propose une centralisation du financement, de la gouverne et de la gestion des services offerts aux populations autochtones à un même niveau, celui de la nouvelle structure formée par les partenariats.

« Une organisation détentrice d'une enveloppe capable d'acheter des services des autorités régionales de la santé, des hôpitaux ou d'autres organisations de la santé, ou de signer des contrats de services avec eux, est aussi quelque chose de nouveau au Canada, ... » (Romanow, 2002, p. 252)

Cette approche sera légitimée par l'élaboration de normes institutionnelles en établissant des « modalités formelles ».

« Il faut établir des modalités précises concernant les responsabilités du partenariat pour la santé autochtone et ses obligations de rendre compte de sa gestion. »

« Il devrait y avoir des mécanismes permettant au partenariat de discuter des solutions de rechange, d'échanger des idées et de publier des comptes financiers accessibles à toutes les personnes concernées. » (Romanow, 2002, pp.252-253)

L'implantation du changement désiré sera incrémentielle et s'ajustera en fonction du retour d'information suite aux évaluations.

« Étant donné qu'il s'agit d'une idée nouvelle tant pour les gouvernements que pour les Autochtones, il faudra probablement du temps avant qu'un nombre important de ces partenariats ne voient le jour. Il s'agit d'une approche raisonnable qui nous permet d'essayer différentes stratégies et d'évaluer leur impact. » (Romanow, 2002, p. 253)

L'équité d'accès aux services de soins offerts aux Autochtones est recherchée par des changements opérés à la fonction d'intégration au processus interne.

En somme, l'approche hiérarchique pour initier le changement proposé a choisi comme incitatif la centralisation du financement des services offerts aux autochtones à un niveau national (tableau XI, schéma 7). Pour la gestion des services, la Commission propose la combinaison d'une approche émergente et d'une approche politique.

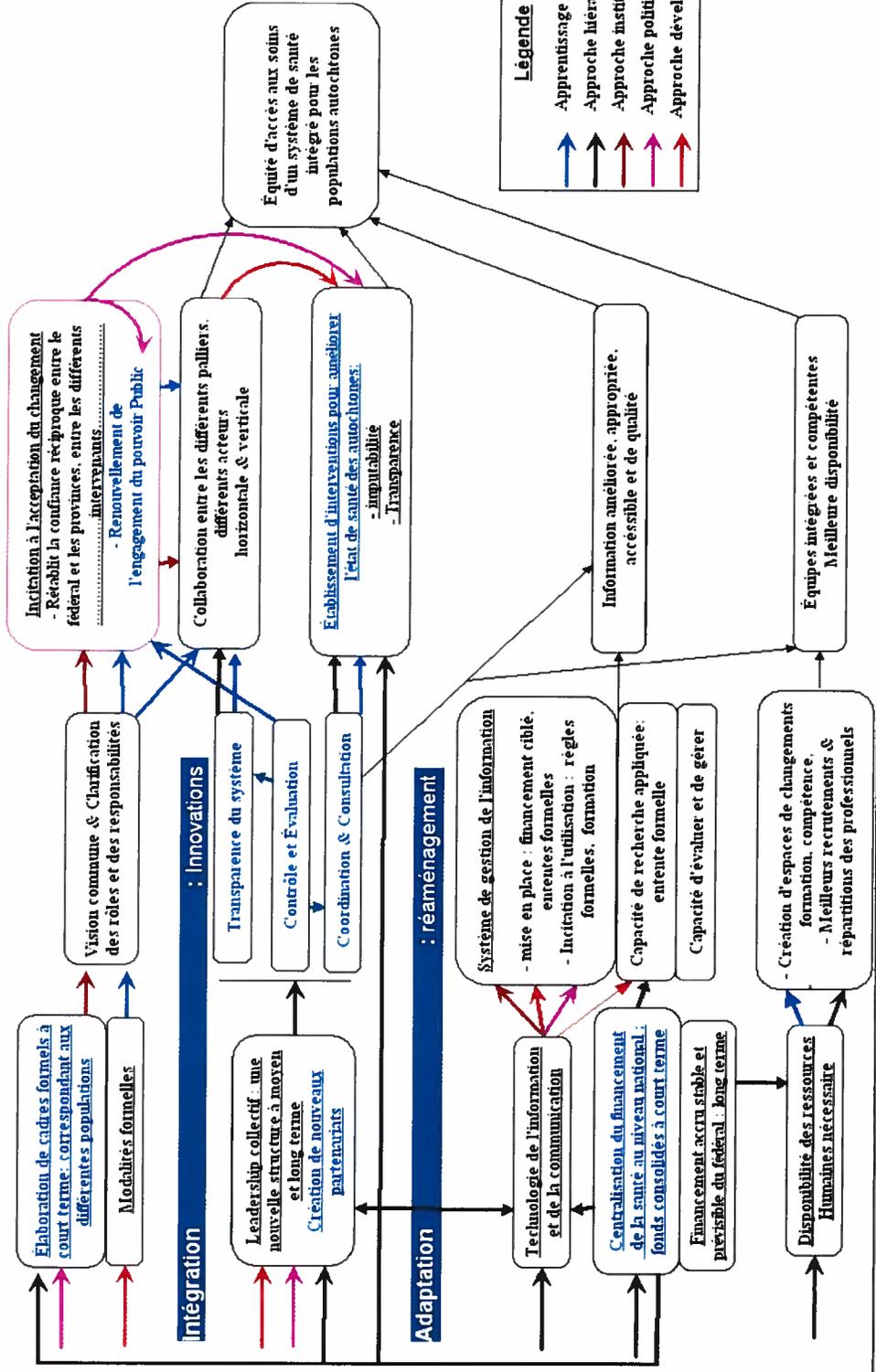
Les leviers mobilisés seront à court terme l'établissement de normes formelles (les « accords-cadres ») et la centralisation de la gestion des services offerts. À long terme, la formation d'un bon leadership collectif (par la création de partenariats) se renforcera. Il s'agit d'une démarche radicale et incrémentielle combinant l'approche émergente et politique à l'apprentissage collectif.

Tableau XI: Tableau récapitulatif du processus de changement concernant la nouvelle approche pour la santé des autochtones

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : gouverne |
|------------------------------------|--|---|--|
| L'intégration au processus interne | <p>Approche hiérarchique</p> <p>Incrémentielle, radicale</p> <p>Combiné à l'approche politique</p> <p>Approche politique, Perspective institutionnelle, l'apprentissage organisationnel et développement organisationnel. Radicale et incrémentielle</p> | <p>Centralisation du financement au niveau central : mise en commun des fonds alloués à la santé des Autochtones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour créer de nouveaux partenariats : meilleure coordination, ... - Ententes formelles : négociation d'accords cadres dans chaque province aboutissant à la création de nouveaux partenariats pour des soins intégrés <p>Mise en place d'un leadership collectif : Création de nouveaux partenariats.</p> <p>Émission de mandat explicite au partenariat</p> <p>Mécanisme de contrôle : Par la formation et une diffusion de l'information</p> <p>Des comportements des professionnels de la santé</p> <p>De l'adéquation des services offerts</p> <p>Évaluation de la conformité</p> | <p>Centrée sur la population pour améliorer l'accès des services aux Autochtones</p> |
| L'adaptation | Approche psychologique | <p>Formation et collaboration inter professionnels de la santé</p> <p>Disponibilité de l'Information : par des ententes formelles</p> | |

Schéma 7 : Cadre conceptuel du changement selon le rapport Romanow Une nouvelle approche pour la santé des autochtones

Maintien des valeurs et des représentations : Innovations



XI– Analyse descriptive du chapitre 11 : Santé et mondialisation

Ce chapitre a pour objet de mettre en place des garde-fous en vue de protéger le système de santé des contrecoups éventuels liés aux accords commerciaux face à un élargissement potentiel des services offerts par le secteur public. Il serait nécessaire de s'assurer que le système de santé public est protégé de ces accords commerciaux du fait de certaines équivoques des énoncés émis.

« Aux termes de l'ALENA, les services sociaux établis ou fournis à une fin publique sont exemptés de l'application du dit accord. ...Cependant, il n'existe pas de définition précise de l'expression « service social » et on n'a jamais déterminé précisément ce qu'est un service établi « à une fin publique » (CCPA 2002, 8; Johnson 2002). »

« Bien qu'aucune déclaration officielle n'ait porté sur ce qui est et sur ce qui n'est pas visé par la réserve de l'ALENA, un fort consensus s'est imposé et on s'accorde sur le fait que le monopole public à payeur unique qu'est l'actuel système de santé canadien ne fait l'objet d'aucune contestation en vertu de l'ALENA (CCPA 2002; Epps et Flood 2002; Johnson 2002). » (Romanow, 2002, pp. 261-262)

Le rapport souligne que ce consensus peut varier d'un groupe de décideurs à l'autre et que l'évolution des technologies aura pour effet de faciliter le travail sans considérer les limites géographiques.

« Il arrive cependant que certains soins doivent être « achetés » d'autres pays, le plus souvent des États-Unis. Il s'agira de services très spécialisés et non disponibles au Canada. À mesure que se répandent les technologies et que s'accroissent les progrès dans les traitements médicaux spécialisés, les échanges commerciaux des services de santé deviendront plus courants. »

« Aux termes de l'ALENA, il serait pratiquement impossible d'exclure ces entreprises étrangères du marché au seul motif de leur nationalité. Dès qu'une présence étrangère s'est bien établie dans la prestation des soins de santé à but lucratif, toute tentative ultérieure de restreindre son accès au marché pourrait peut-être se traduire par des coûts d'indemnisation relativement élevés. » (Romanow, 2002, p. 263)

L'alignement contextuel est visé. L'environnement économique est ciblé afin d'éviter que certaines prises de décisions, suite à leur implantation, ne soient pas coût-efficace et ne portent préjudice à la viabilité du système de santé.

La perspective institutionnelle servira à protéger le système de santé contre d'éventuelles contestations, par l'actualisation des règles se rapportant au commerce international des produits et services, de façon à clarifier leurs définitions et leurs significations.

«Le gouvernement fédéral et les provinces doivent prévenir les contestations dont risque de faire l'objet le système de santé canadien en vertu du droit international et des accords commerciaux internationaux par les moyens suivants :

- s'assurer que toutes les réformes futures qui seront mises en œuvre seront protégées par la définition de « services publics » prévue par le droit international et incluse dans les accords commerciaux internationaux auxquels le Canada souscrit;*
- renforcer la position du Canada selon laquelle le droit de réglementer les soins de santé devrait être à l'abri des réclamations d'indemnisation émanant des entreprises étrangères. »* (Romanow, 2002, p. 266, rec.44)

L'intérêt pour un maintien de l'offre des services de soins par le secteur public est encore mis en exergue dans ce chapitre :

« Les études effectuées pour le compte de la Commission font valoir que si, par exemple, les gouvernements devaient élargir la couverture de l'assurance médicaments, intégrer certains services de soins à domicile dans la Loi canadienne sur la santé ou autoriser la prestation de services de santé par des organismes privés à but lucratif, les accords commerciaux internationaux pourraient alors intervenir. »

« Un sérieux avertissement s'impose toutefois en ce qui concerne l'ouverture du marché des services médicaux à des organismes, hôpitaux et cliniques spécialisées à but lucratif. Certains prétendent qu'une fois ouverte, cette « valve » pourrait ne plus pouvoir se refermer (CCPA 2002). » (Romanow, 2002, p. 262)

L'apprentissage collectif est ici privilégié pour sécuriser le financement par le secteur public, et les principales recommandations s'adressent à la gouverne fédérale.

« Dans l'avenir, l'Agence canadienne du médicament, dont la création est recommandée dans le présent rapport, collaborera avec d'autres organismes semblables de l'étranger pour rationaliser le processus d'approbation des nouveaux médicaments et pour mettre en commun les données sur l'impact pharmaco-économique des nouveaux médicaments ou de ceux qui se trouvent déjà sur le marché. »

« Le gouvernement fédéral doit s'allier à d'autres pays, en particulier les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce, pour faire en sorte que les futurs accords commerciaux internationaux, les accords sur la protection de la propriété intellectuelle et les codes du travail prévoient à la fois le maintien et l'élargissement des soins de santé assurés, financés et fournis par l'État. » (Romanow, 2002, pp. 264 et 266, rec.45)

La fonction ciblée du chapitre sur la mondialisation est celle de l'adaptation. Comme résumé au tableau XII, elle propose deux principales approches pour sécuriser le marché du système de santé des contrecoups liés aux accords commerciaux : l'approche institutionnelle qui par une actualisation des règles, clarifiera les définitions et l'interprétation des accords établis; et l'approche de l'apprentissage collectif qui permettra que le Canada fasse des choix politiques en accord avec son système de valeur en tirant les leçons d'expériences d'autres pays, et par l'évaluation systématique de l'impact de ces accords internationaux.

Tableau XII: Tableau récapitulatif du processus de changement concernant la santé et la mondialisation

| Composantes de l'organisation | Approches de changement | Leviers et mécanismes utilisés | Enjeux : ressources |
|-------------------------------|------------------------------|--|---|
| L'adaptation | Perspective institutionnelle | Au niveau du fédéral : Clarification des accords établis : -pour éviter toutes contestations en vertu des accords internationaux | pour inciter à l'élargissement des services publics |
| | Incrémentielle | Mise en place d'un bon réseau de communication entre pays membres de l'OMC | |
| | Apprentissage collectif | | |

CHAPITRE 4

CONCEPTION DU CHANGEMENT SELON LE RAPPORT DE LA COMMISSION ROMANOW

Dans cette partie de l'étude nous nous sommes intéressés à décrire le cadre théorique du changement proposé par la Commission Romanow et nous en examinons les choix d'interventions par quelques études traitant du changement des systèmes de santé.

Dès le début, le rapport réaffirme l'importance du financement public du système de santé au Canada. La viabilité du système de santé n'est pas dépendante de la privatisation de celui-ci. Cette option prise d'entrée de jeu montre bien que les propositions de réforme, qui seront entreprises dans la suite du rapport, ne le seront pas sur la base d'une planification rationnelle détaillée du financement accru proposé et des résultats de santé à court terme.

Les recherches qui soutiennent que le système de santé n'est pas viable (Kirby, 2002) sont nombreuses et considèrent avec certitude que les possibilités de résoudre la baisse de l'efficacité du système de santé se feront par la résolution de causes principales telles que proposée par Kirby (2002) :

*« Selon le Comité, il existe essentiellement trois options à cet égard :
rallonger les listes d'attente par un rationnement croissant des services de santé assurés par l'État;
accroître les recettes du gouvernement ;
offrir certains services plus rapidement à ceux qui peuvent se les payer en autorisant l'établissement d'un système parallèle de services de santé privés qui s'ajouterait au système public offert à tous les autres Canadiens.
Ainsi qu'en témoignera le reste du rapport, le Comité souhaite ardemment que les Canadiens considèrent la deuxième option comme étant la meilleure. » (Kirby, 2002)*

Les rapports Kirby (2002) et Romanow (2002) ont mis l'accent sur le rôle d'un financement accru pour provoquer le changement. Mais à la différence du rapport Kirby, le processus de changement présenté par la Commission Romanow prend la forme d'un continuum. Les différentes approches mobilisées et les différents leviers de changement sont dirigés vers les mêmes objectifs, aboutissant vers un espace de changement. Le rapport privilégie comme espace de changement les gouvernes provinciales et territoriales où devra se poursuivre l'implantation du changement, en continuité de celui initié au niveau fédéral. Les intervenants dans ce processus sont : la gouverne fédérale et son pouvoir de dépenser à un niveau supérieur de la gouverne; l'institution et sa capacité à rendre compte; et les citoyens canadiens en tant qu'électeurs du pouvoir politique à un niveau opérationnel.

Dans leur étude soumise à la Commission, Glouberman et Zimmerman (2002) soulignent le caractère complexe du système de santé souvent considéré à tort comme un système compliqué où il est nécessaire de poser la bonne question pour avoir des solutions viables. Ils insistent sur le fait que cette méconnaissance puisse conduire à des échecs dans la planification des transformations.

« ... nous démontrons comment une reformulation des questions posées par le système de soins de santé du Canada, en passant d'une vision compliquée à une vision complexe, modifie les solutions jugées viables. Nous montrons comment le fait de reformuler les questions peut déplacer le cadre d'intervention et faire ressortir certaines orientations claires, et même des plans d'action spécifiques pour les décideurs. Nous concluons l'étude sur une note optimiste en affirmant que les Canadiens ont la possibilité d'apporter des changements positifs à leur système de soins de santé. » (Glouberman et Zimmerman, 2002, p. 24)

Champagne (2002) souligne, qu'en situation complexe, la prise de décision ne peut être parfaitement rationnelle. Aussi la Commission Romanow va dans le même sens en privilégiant pour l'implantation du modèle de changement proposé la combinaison des différentes approches : hiérarchique, politique, psychologique, la perspective institutionnelle et l'apprentissage collectif.

Dans cette section, nous mettrons en évidence le processus de changement que la Commission mobilise afin d'initier le changement proposé dans le rapport. Les approches et les leviers de changements relevés à partir des recommandations seront commentés à partir de ceux proposés par Champagne (2002) pour une réduction de la prévalence des échecs de décisions.

Pour apprécier les efforts d'implantation des recommandations, nous détaillerons tout d'abord pour chaque espace de transformation ciblé, les différentes composantes (quelles dimensions et quels leviers seront mobilisés) qui interviennent pour atteindre un objectif ciblé. Parallèlement, les constats seront commentés à l'aide de la littérature sélectionnée. Nous nous centrerons, par la suite, sur les mouvements reliant les dimensions considérées dans le rapport comme favorables aux changements. Une partie s'intéressera à définir et à discuter les alignements privilégiés pour chaque levier de changement énoncé (les normes, le leadership collectif, l'incitatif financier). Ces leviers seront rattachés aux principales approches de changements qui les mobilisent. Nous discuterons pour terminer de la dynamique du changement (incrémentielle, radicale, ...) proposée.

I- La volonté de changement

La volonté de changement des différents acteurs se situe à plusieurs niveaux. Aux niveaux fédéral, provincial et territorial, au niveau des professionnels et administrateurs du système de santé et au niveau des citoyens. Comme nous l'avons exposé au chapitre précédent, l'approche hiérarchique et l'approche politique sont celles qui initieront le changement proposé.

Selon l'approche hiérarchique exposée, elle commence au sommet (au niveau fédéral) et se propage vers le bas (au niveau provincial) et dans un même temps l'approche politique procède. Le processus de production de changement est à sa phase d'adoption avant son

implantation. Selon Champagne (2002), les échecs de décision qui se produisent à cette étape peuvent survenir à n'importe quel moment.

« Les échecs de décision se produisent lorsque le diagnostic n'entraîne pas la décision d'adopter un changement ou une pratique qui en découlerait. On sait ce qu'on doit faire, mais on ne se décide pas à le faire (on ne se rend pas, dans le processus de décision, jusqu'au choix de le faire). » (Champagne, 2002, p. 3)

Le rôle du pouvoir fédéral dans le domaine de la santé est limité par la constitution. Cependant, le pouvoir fédéral de dépenser et le droit d'assortir de conditions les transferts aux provinces ont été confirmés à plusieurs reprises par les tribunaux, bien que contesté par les provinces (Braën, 2002). Il est donc en mesure d'imposer des normes centrales (ex. : LCS) aux provinces et territoires soutenues par la valorisation des Canadiens des fondements de base de leur système de santé.

Cependant les provinces ont une certaine autonomie dans le fonctionnement de leur système de santé. Chaque système met en place des interventions à l'intention de la population dont il a la responsabilité. Chaque système s'appuie sur des stratégies à mettre en application pour le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population. Le pouvoir du gouvernement fédéral a été de nombreuses fois contesté par les différentes provinces, du fait des contraintes liées à ce pouvoir de dépenser et à l'influence de l'état fédéral sur chacune des tentatives de réformes au niveau local. Le caractère centralisateur, déjà à ce degré, a de la difficulté à être accepté.

Les gouvernements provinciaux sont conscients que c'est le système de santé qui fait l'unité et l'identité des Canadiens vis-à-vis d'un autre état comme les États-Unis. Mais quel que soit le pouvoir constitutionnel réservé au niveau provincial, ils sont toujours aussi sensibles à l'intervention du fédéral dans les prises de décisions. On devrait s'attendre à la réaction habituelle des provinces qui, face aux propositions de réformes de la gouverne fédérale, affichent leurs ressentiments par un rejet.

Dans son étude, Champagne (2002) propose, pour que diminuent les échecs de décisions, trois interventions nécessaires :

« Promouvoir auprès des décideurs et des gestionnaires du système et des organisations de santé une culture qui valorise tant l'expérimentation, le changement et le risque que l'obligation de rendre compte » (Champagne, 2002, p. 25)

Le rapport propose l'établissement de nouvelles normes sociales (le Pacte sur la santé) et la modification de normes institutionnelles déjà établies (la LCS). Dans ces nouveaux énoncés nous retrouvons la transparence et l'imputabilité. Par l'intermédiaire de ces énoncés, un consensus est établi autour de cette clarification de rôles et des responsabilités du pouvoir public. L'engagement des décideurs aux normes sociales et la contrainte de rendre compte, à cause de la nouvelle LCS et de son sixième principe en faveur du renforcement du système d'imputabilité, serviront de leviers aux obstacles liés au climat conflictuel intergouvernementaux. Ceux-ci seront soutenus par le processus continu d'adaptation grâce à la disponibilité de l'information diffusée.

« Promouvoir la valorisation de l'autonomie de pensée et de l'initiative des gestionnaires du système » (Champagne, 2002, p. 25)

La disponibilité de l'information et la transparence du système, par la mise en place d'un bon système de communication dans un cadre formel dirigé par un leadership collectif fort, ont été recommandées par la Commission. Ces leviers du changement serviront à la création d'espaces de changement pour mieux outiller les gestionnaires du système de santé par la formation, des incitatifs plus forts, et de nouvelles capacités cognitives et relationnelles. L'émergence d'initiatives dans un climat de collaboration entre acteurs serait incitée par la transparence du système en faveur d'un bon apprentissage collectif mais aussi par d'autres incitatifs. Cependant, la capacité d'émerger dépendra de la manière de diffuser l'information du Conseil de la santé du Canada (CSC). Selon le but des évaluations et des rapports émis, le CSC avec un rôle centralisateur et de consultant (aider à la planification, l'élaboration d'intervention) pourrait faire obstacle à l'expression d'initiatives

émergentes si l'information fournie pour contribuer à des prises de décisions a un but sommatif plutôt que formatif.

« Porter une attention particulière aux systèmes d'incitation dans nos organisations publiques de santé (incitation à la fois économique et symbolique). Ces systèmes devraient, entre autres, permettre d'orienter les décideurs et les gestionnaires vers la performance à moyen et à long termes des systèmes et des organisations. »
(Champagne, 2002, p. 25)

C'est par le biais d'un financement accru ciblé du fédéral, disponible dans l'immédiat, qu'il favoriserait le rétablissement de la confiance des citoyens, et par la suite aiderait à l'implantation d'un changement durable par une bonne collaboration entre paliers. L'association à un leadership collectif et l'instauration d'une vision commune facilitera une planification appropriée de politiques durables. Les débats publics partout au Canada mettent l'accent sur les valeurs qui sous-tendent le système de santé (égalitarisme, responsabilité collective, solidarité). Le rapport Romanow (2002) désigne ces valeurs qui sous-tendent, comme le « symbole national ». C'est par la remise en confiance des Canadiens aux niveaux individuel et collectif que Romanow veut tenter de vaincre les résistances naturelles des acteurs du système au changement (en faveur d'espace de collaboration, permettant de mieux gérer les risques de conflits), tout en voulant maintenir les politiques de santé sur une période plus longue que le temps d'un gouvernement.

Cette première étape de la démarche de production du changement sera réussie avec l'acceptation du fédéral d'augmenter le financement attribué au système de santé. Au niveau des provinces, il faudra que le financement accru réussisse à contrer les interventions des défenseurs de l'élargissement du privé et à faire des compromis pour une meilleure collaboration intergouvernementale. La transformation proposée par la Commission se présente par l'introduction d'une innovation : un tout nouveau processus cohérent.

II - Espaces de changements choisis

II-1. Le maintien du système de valeurs et de représentation

Les espaces de changements où se mobilisent les efforts d'implantation des stratégies définies, sont variables selon les enjeux ciblés.

Les chapitres 1 et 2 ciblent la fonction de *stabilité normative*. L'objectif de ces chapitres sera de consolider une vision commune du système de santé au Canada avec comme enjeu le renouvellement de l'engagement des différents groupes d'acteurs du système et la réponse aux attentes des citoyens canadiens.

Les approches directement utilisées pour renforcer et inciter à l'acceptation du changement seront l'approche psychologique, avec comme principaux leviers le système d'information et le leadership collectif; et la perspective institutionnelle avec pour principaux leviers l'établissement et l'actualisation de normes formelles et la transparence du système de santé (schéma 1).

Il s'agit de rétablir la confiance des citoyens vis-à-vis de leur système de santé mais aussi au sein du système, aux différents niveaux de la gouverne. L'enjeu sera de rétablir la collaboration entre les différents niveaux de la gouverne du système de santé. Les leviers qui sont mobilisés seront un financement accru, la mise en place d'un cadre normatif (perspective institutionnelle) réajusté en fonction des nouveaux besoins, et d'un nouvel organisme indépendant pour un leadership collectif (l'approche psychologique et l'apprentissage collectif). On a donc, dans ces deux chapitres, un aperçu de la réforme à venir, à la recherche d'un engagement des différents acteurs et d'une absence de résistance des acteurs clefs du système, ce que Champagne (2002) considère nécessaire au sein d'une organisation en faveur d'une plus grande implication des acteurs qui favorise le succès de l'implantation du changement.

La mobilisation de ces leviers se fera par l'intermédiaire d'une approche essentiellement hiérarchique mais aussi des approches politique et de développement organisationnel. L'enjeu du maintien des représentations et des valeurs sera de conserver et d'élargir la prestation des services de soins accessibles et de qualité par le secteur public. Cet enjeu représente aussi l'objectif final vers lequel toutes les propositions devront aboutir ou auquel elles contribueront. Cette mobilisation de leviers, proposée par la Commission Romanow correspond à une réponse aux questions formulées au sujet du système de santé au Canada dans l'étude de Glouberman et Zimmerman (2002) qui considèrent le système de santé comme une organisation complexe et non comme une organisation compliquée.

« Comment pouvons-nous offrir des soins et des traitements qui donnent à tous le sentiment que le système sera accessible si leur famille en a besoin » ?

« Comment l'assurance - maladie peut-elle contribuer davantage à renforcer l'identité canadienne » ? (Glouberman et Zimmerman, 2002, p. vii)

Dans le contexte des ressources limitées et de la nécessité d'offrir des services de soins de qualité accessibles à tous, on observe une interaction continue entre l'efficacité et l'équité. Si l'une n'existait pas, l'autre ne serait pas à considérer : les notions d'équité (qui paie et combien, qui est servi) et d'efficacité (à quels coûts, pour quels gains). Aussi il est important de se poser les bonnes questions en n'indexant pas l'absence de ressources financières suffisantes comme unique origine ou seule clef du problème. Car comme l'ont souligné Glouberman et Zimmerman (2002) *« Mettre l'accent sur les ressources financières est un jeu à somme nulle »* (p.24).

Il faut bien doser le changement pour ne pas perdre la confiance du public et des divers intervenants; or, cet équilibre est difficile à maintenir. Le pouvoir public doit articuler son choix pour un système principalement public de façon à rétablir la confiance des citoyens inquiets de la capacité du système à répondre à leurs besoins individuels dans l'avenir. Ils proposent comme solution une meilleure gestion d'une information centralisée visant à être accessible aux citoyens et un support additionnel aux différents services offerts en réponse

à leurs principales inquiétudes (délais d'attente, services de télé-santé, salles d'urgence, ...). Ils soutiennent qu'en maintenant la vision du système de santé comme une organisation complexe, et en s'interrogeant en conséquence sur les mesures à prendre pour l'améliorer, « nous amorcerons le processus de revitalisation du système de soins de santé au Canada. » en n'hésitant pas si nécessaire à modifier les principes de la LCS (Glouberman et Zimmerman, 2002, p.29). Ces recommandations ont été suivies et paraissent dans les propositions du rapport. Après avoir démontré l'intérêt de conserver le système de santé à financement public à partir de résultats d'études soumises, le rapport propose l'établissement d'un pacte et une modification de la LCS. Cette institutionnalisation des valeurs ajustées pour sortir du statu quo du système de santé paraîtra dans les choix de politiques de santé et modifiera la perception des citoyens sur les soins de santé, réconciliant leurs appuis tant au niveau collectif qu'individuel pour une assurance santé publique (schéma 8).

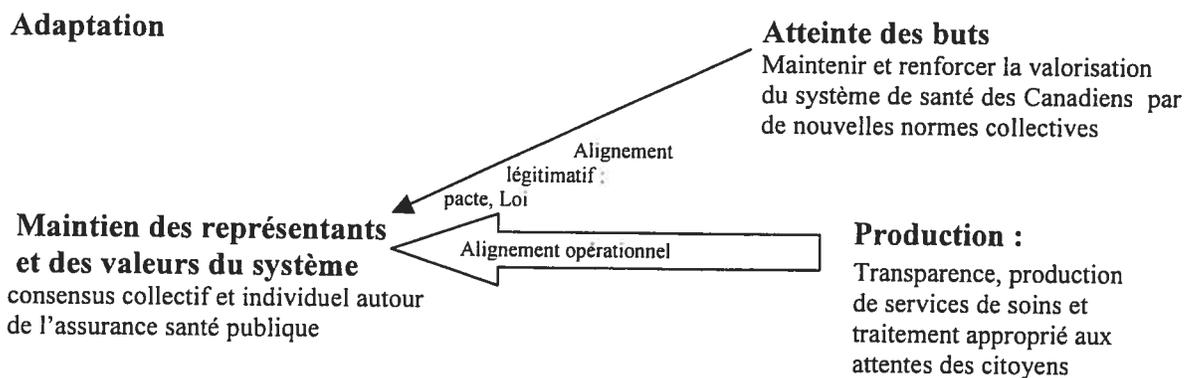


Schéma 8 : Le maintien du système des valeurs et de représentation

II-2. La fonction d'adaptation : mobilisation des ressources

Les trois principaux leviers sont un financement approprié qui peut cibler des priorités, un bon système d'information bien coordonné et les ressources humaines disponibles. La Commission mise sur une approche hiérarchique pour une adéquation de la fonction d'adaptation.

Le financement accru du gouvernement fédéral comme un incitatif approprié pour inciter le pilotage du changement au niveau des gouvernes provinciales et territoriales (financement stable), servira également de moyens nécessaires en vue d'adapter les TIC et les ressources humaines aux besoins du changement élaboré (allocation) (schéma 9).

Un bon système d'information facilitera l'apprentissage organisationnel au niveau des preneurs de décision (les gouvernes fédérale et provinciales), permettant un réajustement continu des choix d'interventions et des ressources financières en fonction des évaluations et des expérimentations d'autres pays. Cet apprentissage facilitera aussi l'approche psychologique avec une transparence du système créant ainsi un incitatif au changement au niveau individuel en faveur de l'alignement de tous, autour d'une vision commune.

Adaptation

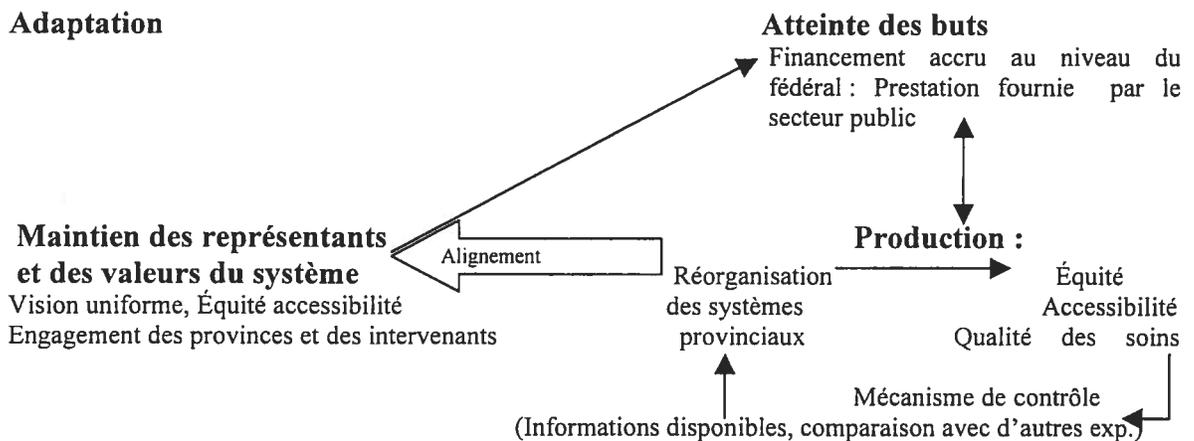


Schéma 9 : La mobilisation des ressources financières et de l'information

Les quatre premiers chapitres évoquent la mobilisation de la fonction d'adaptation et plus particulièrement les ressources financières, physiques (TIC, ...) et humaines (disponibilité des professionnels) (schéma 1).

La disponibilité des professionnels de la santé sera améliorée par une approche hiérarchique. Les provinces incitées par la disponibilité des ressources financières devraient former et rendre disponible les ressources humaines nécessaires au changement désiré. L'approche psychologique, par le biais d'une bonne communication de l'information et de la transparence du système de santé, devrait créer des espaces favorables aux changements proposés.

Ces leviers du changement de la fonction d'adaptation (TIC, financement accru, ressources humaines) seront des facteurs favorisant une meilleure gestion du changement au niveau du fédéral, des provinces et territoires, ce que Champagne (2002) a désigné « climat d'implantation ».

« Par climat d'implantation, on entend l'ensemble des conditions, politiques et pratiques organisationnelles mobilisées pour l'implantation du changement (Klein et Sorra 1996). Ce climat comprend donc les ressources matérielles, humaines et cognitives considérées comme des conditions nécessaires au changement (Van de Ven et coll. 1999; Hage 1999). » (Champagne, 2002, p. 23)

Les propositions du rapport Romanow rejoignent la conception du changement proposé par l'étude de Glouberman et Zimmerman (2002). Aux questions habituellement posées :

« De quelles structures avons-nous besoin pour rendre le système de soins de santé durable? »

« À quoi devons-nous renoncer pour appuyer les techniques (ou les médicaments) les plus efficaces et les plus avancés ? », (p. vii)

Glouberman et Zimmerman (2002) préfèrent celles-ci :

« Comment pouvons-nous mettre à profit les structures et les relations actuelles pour stabiliser et améliorer les soins de santé ? »

« Comment pouvons-nous aider les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des services et à promouvoir l'innovation sur les plans de la technologie et des médicaments » ? (p. vii)

Les tentatives de réponse au premier énoncé chercheraient à faire porter la responsabilité à l'entité responsable de la disponibilité et de l'allocation des ressources (matérielles, humaine). Devant la certitude de l'accroissement des coûts des services de soins offerts par le système (médicaments, nouvelles technologies, ...), les débats sont toujours centrés autour de l'accroissement du financement du fédéral selon les provinces ou de l'augmentation de la proportion du budget alloué à la santé au niveau provincial. En attendant que les facteurs du changement qui sont pointés du doigt agissent, aucune autre alternative n'est explorée réellement. Les auteurs proposent, à l'exemple d'autres expériences, de chercher à stabiliser le contexte du changement (Glouberman et al., 2002; Denis, 2002). De fortes perturbations des ressources existantes, comme celles que le système de santé au Canada a déjà subi (changements structurels et économiques) cette dernière décennie, sans tenir compte des nombreuses interactions au sein du système, ont été la source de déstabilisation et ont été accompagnées de l'insatisfaction croissante des intervenants. Les propositions faites à ce propos consistent en une bonne évaluation et une bonne identification de ce qui fonctionne (acteurs clefs, relations non formelles) au niveau local dans le système de santé, de façon à soutenir et à étendre ces expériences reconnues réussies ailleurs (Glouberman et Zimmerman, 2002; Denis, 2002). L'incitatif suggéré aux professionnels de la santé consiste essentiellement en une amélioration de leur qualité de vie de façon à ce qu'ils aient moins d'appréhension face aux changements à venir. Certains auteurs insistent sur la nécessité d'éviter de faire des changements structurels au risque de perturber certains rapports existants (Glouberman et Zimmerman, 2002). Une bonne évaluation de leurs besoins associée à de bons incitatifs (financiers, orientation de la vision commune, information, ...) sont les leviers souvent proposés par les réformes antérieures (ex. : Le FNS recommandait de repenser le rôle des intervenants, d'informer le public comme comme mécanisme de contrôle d'un système fondé sur les résultats). Ces leviers

sont nécessaires mais ne sont pas suffisants. Ils doivent s'intégrer dans le processus de changement avec une plus grande cohérence.

II-3. La fonction de production : intégration

La capacité de produire de l'information juste par un système de gestion de l'information, la capacité de faire de la recherche appliquée et celle d'évaluer devraient augmenter la capacité de prises de décisions appropriées. L'utilisation, l'application et l'adaptation de ces informations, de ces recherches et de ces évaluations à l'environnement interne et externe du système de santé se feront par le biais d'une structure facilitant la communication, en transformant les données recueillies en connaissances utilisables par les personnes concernées et capables d'en faire la mise en œuvre. La structure chargée d'encourager l'utilisation de la recherche et d'autres informations recueillies sera le Conseil de santé du Canada (CSC).

L'instauration d'un leadership national (collectif) représentatif des différents intérêts en jeu devrait permettre de diffuser l'information et d'aider à la collaboration entre les provinces et territoires. L'approche politique sera préférée pour la mise en place du leadership et son mode d'intervention sera essentiellement basé sur l'apprentissage collectif et l'approche hiérarchique. Ce leadership favorisera ainsi l'implantation du changement planifié. La dynamique du changement proposée sera incrémentielle, radicale et délibérée.

L'information sera utilisée par le biais du leadership collectif établi avec une certaine légitimité (rendant légitime les propositions à venir).

Les efforts de mise sur pied de ce leadership collectif se feront au plan national par une approche politique du fédéral, des provinces et territoires (l'exemple de la mise sur pied du Conseil de santé du Canada). Cette approche pourrait être combinée à celle du développement organisationnel comme c'est le cas pour la création des « nouveaux

partenariats » en charge de l'établissement d'interventions pour améliorer l'état de santé des Autochtones.

Ces innovations sont des transformations radicales à opérer au sein du système de santé. Elles sont pilotées par une approche hiérarchique avec des fonctions centralisatrices (ex. : la mise en place d'un programme national de service à domicile, d'une agence canadienne du médicament pour une meilleure intégration des MO au système de santé). Ce pilotage va tenir compte de la dynamique politique lorsqu'il s'agit de l'instauration d'un organisme central avec un leadership collectif caractérisé par son indépendance vis-à-vis de la gouverne fédérale (comme c'est le cas pour le CSC) ou de la gouverne provinciale (création de nouveaux partenariats pour une meilleure gestion de services de soins offerts aux Autochtones).

Ces transformations radicales pour modifier la régulation du système de soins seront mises en place selon un mode incrémentiel (Denis, 2002). La Commission a proposé leur établissement en plusieurs étapes. Tout d'abord par une structure provisoire qui s'intégrerait progressivement au fonctionnement du système en s'adaptant au contexte (approche systémique). Cette structure serait soutenue par un bon système d'évaluation. Par la suite, ces bonnes interventions seront légitimées en les intégrant au système par des normes plus formelles (schémas 5, 6, 7). Le processus d'implantation d'innovations au niveau de la structure en place serait confronté à certains défis (Denis, 2002) : la mise en œuvre de nouveaux processus de régulation du fonctionnement du système de santé et le développement des conditions systémiques pour la pérennité du changement implanté.

Parmi les solutions présentées dans l'étude de Denis (2002), comme nous l'avons signalé plus haut, l'établissement d'une structure centrale et d'une bonne gestion de l'information sont des éléments de réponses à la réalisation du changement espéré. Il propose une stimulation d'un changement local et émergent (ex. : schéma 2 sur les soins de santé primaire), une cooptation des professionnels dans la gestion du changement et le

développement d'une gouvernance plus centrale « *apte à stimuler, suivre et pérenniser les innovations prometteuses* ».

L'intégration du leadership collectif de la CSC (ou la création de nouveaux partenariats) au système correspondra à cette gouvernance centrale mais indépendante par rapport au pouvoir constitutionnel en place, où une mobilisation d'expertise et une forte légitimité administrative seront nécessaires. L'efficacité de ce leadership est un enjeu organisationnel difficile, il devra s'attendre à faire face ou à freiner les rivalités pouvant naître entre les leaders sélectionnés, le détachement possible du projet de changement valorisé par les leaders et le système (et ses acteurs) lui-même (alignement tactique) ou encore l'absence de cohérence entre le projet et son environnement (alignement stratégique) (Denis, 2002). La cooptation des acteurs du système sera le principal objet à stabiliser de la fonction d'atteinte des buts.

Il faut souligner que l'établissement d'un organisme central indépendant responsable d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens comme mécanisme de coopération intergouvernementale permettant un bon feedback de l'information, a déjà été proposé par des réformes antérieures (Kirby, 2002).

II-4. La fonction d'atteinte des buts

« La production des transformations est un processus social interdépendant qui commande une cohérence des actions et décisions prises par les différents paliers de gouvernance. » (Denis, 2002, p. iv)

Toutes les fonctions citées plus haut dans cette section, la fonction du maintien du système de représentations et de valeurs, d'adaptation et de celle de l'intégration seront mises à contribution pour outiller principalement les niveaux provincial et territorial pour des choix appropriés et la gestion de leur système de santé respectif. Les approches, qui soutiendront constamment cette fonction seront essentiellement l'apprentissage collectif avec un système

de gestion de l'information approprié, de développement organisationnel avec une bonne interaction des différents paliers et acteurs, l'approche politique soutenue par une forte légitimité des prises de décisions et l'approche hiérarchique utilisant l'incitatif financier pour induire les interventions.

L'importance accordée aux valeurs et le rajustement de celles-ci par de nouveaux énoncés de normes aura une influence dans les politiques de santé. Le maintien du financement public et l'accroissement des dépenses en santé (l'élargissement de la couverture médicale et pharmaceutique) accordés par la gouverne fédérale en réponse aux besoins de la population correspondent aux fondements des valeurs nationales.

La fonction d'intégration avec la mise en place d'un nouveau mécanisme de régulation et la fonction d'atteinte des buts seront les fonctions où convergeront les moyens mobilisés du changement à implanter (information de qualité, financement approprié, disponibilité des ressources humaines formées, confiance et nouveaux rôles et responsabilités). Les principaux alignements empruntés par les leviers sont décrits dans le chapitre suivant.

III - Les alignements empruntés

De façon générale, l'espace de changement où convergent les différentes initiatives à amorcer sont les gouvernes provinciales et territoriales. Il s'agit d'une approche complexe (systémique) du changement. Elle va utiliser plusieurs leviers dans un même temps qui seront complémentaires (ex. : leadership collectif et un bon système d'information, ...) ou indépendants (ex. : les normes institutionnelles, ...). Les principaux leviers seront le financement accru stable et ciblé, un cadre formel entourant la gestion des soins de santé et la transparence du système de soins.

III-1. Les nouvelles normes : Pacte et LCS actualisée

Après avoir rappelé aux citoyens canadiens leurs attentes du système de santé (Pacte et LCS actualisée), il est nécessaire de s'organiser pour la mise en place d'un cadre facilitant la diffusion de l'information relative aux problèmes, aux résultats de santé, aux prises de décisions et aux évaluations pour l'amélioration du système de santé au Canada. L'établissement de nouvelles normes collectives associées à la transparence du système de santé sera en faveur d'un rétablissement du niveau de confiance des acteurs du système. Cet alignement contextuel sera une source d'influence positive à l'établissement et l'ajustement de politiques de santé appropriées par un jeu de pression exercé par le pouvoir des électeurs (schéma 10). Ainsi, après avoir renouvelé son engagement aux valeurs et principes communs à tous les Canadiens, le pouvoir public est sous la surveillance constante de ses électeurs.

Le processus de changement proposé par la gouverne fédérale se fait au niveau systémique, ce qui fait place à beaucoup d'incertitudes quant à la capacité des organisations et des acteurs locaux d'institutionnaliser des changements significatifs (Denis, 2002).

« Pour agir en faveur du changement, il semble utile de considérer la complémentarité des modes participatifs et émergents – donc souvent locaux – de changement avec une approche plus dirigiste et centralisée du changement en mesure de modifier certaines règles du jeu dans le système de soins et de renforcer aussi la capacité de reprise des innovations par le système. » (Denis, 2002, p.13)

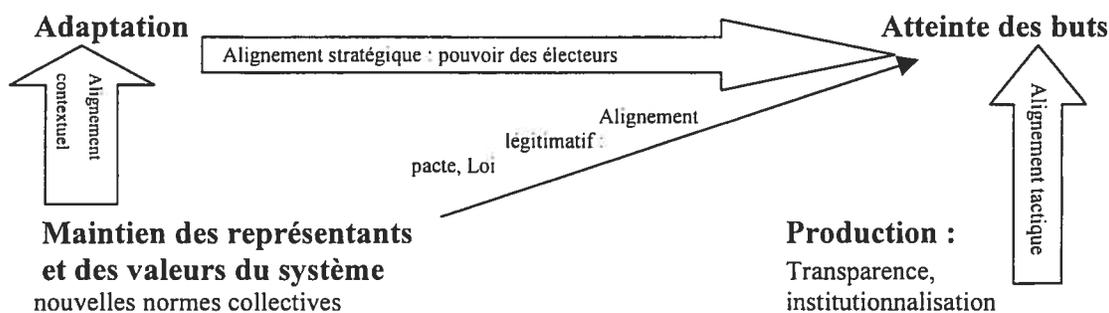


Schéma 10 : les alignements empruntés par les nouvelles normes établies

III-2. Un financement accru, stable et prévisible

Par une approche hiérarchique, l'allocation des ressources financières participera à l'alignement allocatif en ciblant certains services (accès aux soins pour des collectivités rurales et éloignées; services diagnostiques, soins de santé primaires, ...) pour les deux ans à venir (à court terme) en réponse à des besoins urgents. Ainsi par la résolution des problèmes urgents et la diminution des mécontentements, ces priorités d'actions auront une influence sur l'élaboration de politiques de santé plus durables (alignement tactique).

À moyen terme, le financement du système de santé sera majoré de 25 %. Ce sera le fondement sur lequel les politiques de santé se construiront. De façon continue, cet incitatif financier contribuera à l'alignement stratégique en permettant le soutien sur un plus long terme des politiques émises au niveau des provinces et territoires (schéma 11).

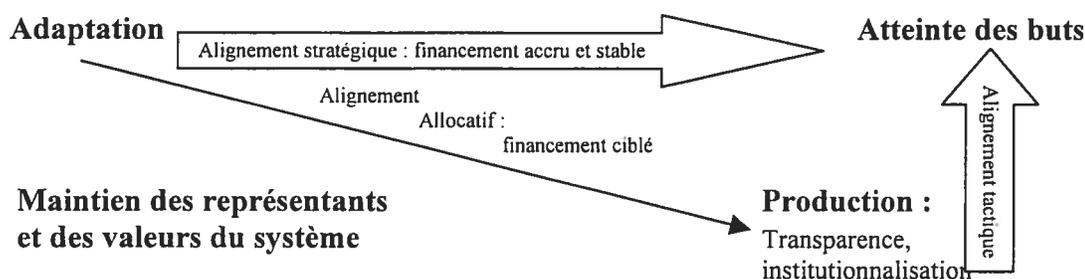


Schéma 11 : les alignements empruntés par le financement ciblé et accru

Ces incitatifs et le rétablissement du climat de confiance dans un processus démocratique constitueront les incitatifs au changement employés par la gouverne fédérale. L'action se concrétise au niveau de la fonction d'atteinte des buts entre les preneurs de décisions et les

exécuteurs. Au niveau de la fonction d'intégration, on notera une interaction entre les fournisseurs des soins. L'initiation de l'implantation des recommandations pour un meilleur système de soins se fera principalement avec la volonté politique. Celle-ci aura comme incitatif le financement stable et prévisible accordé pour implanter et poursuivre le processus de changement.

La volonté politique est sous l'influence variable de nombreux groupes de pressions. L'introduction d'un financement accru du système de santé va entraîner de nouveaux processus d'action au niveau des gouvernes provinciales et de la pratique. Le caractère ciblé du financement est en faveur de l'alignement des preneurs de décisions et des acteurs permettant d'éviter que les activités non attendues ne soient motivées par l'argent (Kinding, 1998; Shortell et al, 1993). L'établissement du financement stable et prévisible se fera après la mise en place d'un bon système de gestion de l'information et d'évaluations. Une meilleure connaissance de l'environnement de certains services offerts où les besoins sont changeants (toujours croissants) est très importante parce qu'elle faciliterait l'évitement de certains effets pervers (Rice, 2001).

III-3. Le leadership collectif

Le nouveau leadership collectif établi aura des conséquences sur un ensemble d'activités assez large du système de santé. Ces conséquences, sur le système de valeur et de représentation des acteurs (conséquences symboliques), sur le pouvoir politique (distribution du pouvoir formel et informel), sur les stratégies réalisées, sur l'allocation des ressources, et sur la structure organisationnelle, sont reconnues dans de nombreux écrits (Denis, Lamothe et Langley, 2001) (schéma 12).

Selon la Commission,

« les personnes chargés de la gestion du système doivent rétablir respect et confiance réciproques qui ont disparu depuis quelques années, en particulier dans les relations entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux et parmi les intervenants dans le système de santé. » (Romanow, 2002, p. 48)

À cet effet, elle choisit comme principal outil de changement l'information, tout en insistant sur la collaboration. La Commission choisit d'agir par la mise sur pied d'un conseil responsable d'un rapport annuel sur l'état du système de soins de santé et sur l'état de santé des canadiens. Il déploiera des mécanismes de coopération intergouvernementale : le conseil sera responsable de la coordination des liens entre le fédéral et le provincial et avec d'autres organisations indépendantes sources d'informations. Ce conseil indépendant du gouvernement devra permettre un bon feedback et une harmonisation interprovinciale mais assurée d'une légitimité du fait que les membres du conseil sont nommés par des représentants du gouvernement (schéma 12).

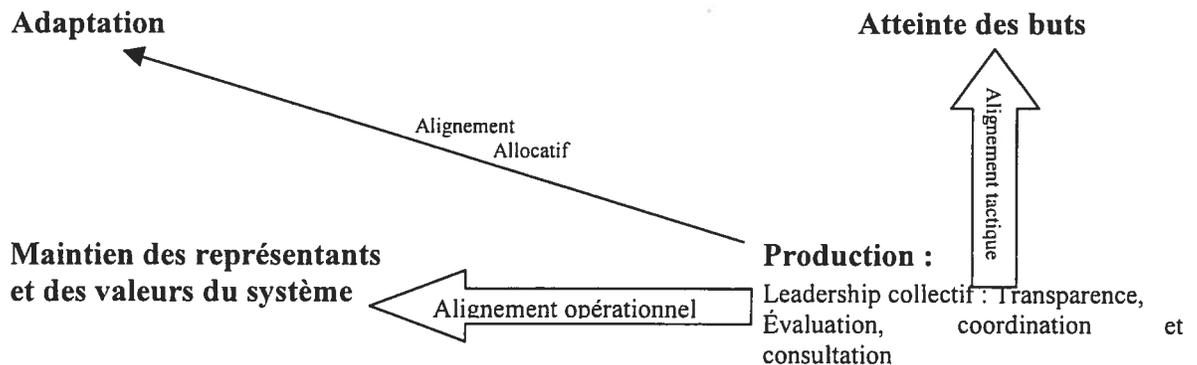


Schéma 12 : les alignements empruntés par l'information et le leadership collectif

Le CSC, par l'utilisation d'un leadership collectif (national) représentatif des différents intérêts en place pour diffuser l'information et ainsi aider à la coopération entre les provinces et territoires, pourrait également être une source d'obstacle.

Pour maintenir une bonne dynamique du leadership collectif, il faut renforcer la coopération entre les acteurs professionnels de la santé et les gestionnaires des services de santé dans le pilotage du système. Le processus de renforcement est moins bien décrit au niveau des provinces qu'au niveau de la création des « nouveaux partenariats » comme nouvelle approche pour la santé des Autochtones ou encore dans l'amélioration des prises en charge des communautés rurales et éloignées.

Il est nécessaire de développer une vision collective du leadership organisationnel. Les acteurs du système en situation de leadership doivent se partager efficacement les rôles de leaders et accepter des changements dans le temps sur leurs rôles (les éléments du contexte actuel en faveur de l'émergence du leadership peuvent se modifier dans le temps).

IV- Les approches de changement pour implanter la réforme

Les approches privilégiées pour l'implantation du modèle de changement élaboré seront principalement les approches hiérarchique, politique, psychologique, la perspective institutionnelle et l'apprentissage collectif.

IV-1. L'approche hiérarchique

Elle est utilisée pour l'implantation du changement au niveau intermédiaire de la gouverne par le fédéral et les provinces. L'initiation du changement commence par la volonté du pouvoir fédéral de mobiliser un financement approprié pour les interventions ciblées. L'utilisation de son pouvoir de dépenser sera un incitatif financier aux niveaux provincial et territorial pour les prises de décision appropriées et au niveau opérationnel comme moyen financier nécessaire pour l'initiation de programmes nationaux (ex. : Programme national

des soins à domicile, Agence nationale des MO, création de nouveaux partenariats pour la santé des autochtones, ...) et l'achat de services.

Tel que souligné à tous les chapitres, les décideurs du niveau provincial devront avoir la compétence ou avoir recours à des organismes compétents pour faire des choix éclairés. L'approche hiérarchique permettra d'intervenir sur la disponibilité des ressources physiques (TIC) et humaines (par une approche psychologique avec des incitatifs nouveaux et puissants et dans la perspective institutionnelle avec des cadres formels et un réaménagement des rôles et responsabilités du système).

IV-2. La perspective institutionnelle

La perspective institutionnelle aura comme levier l'établissement de nouvelles normes formelles (de lois actualisées, critères normalisés). Ces ententes formelles favoriseront l'alignement de la vision, de la mission et des objectifs communs au niveau du système de santé, des Canadiens, et de leurs gouvernements fédéral et provinciaux comme mécanisme de base au plan national, préalable au changement à venir.

L'énoncé commun de la mission du système de santé au Canada avalisé par le pouvoir public au niveau des provinces et du fédéral, permettra de mettre sous forme de règles, les normes partagées qui sont implicitement acceptées de tous comme fondement du système de santé. Cet énoncé favorisera l'assimilation de normes à un niveau national par tous les acteurs de l'organisation. (Romanow, 2002).

Il s'agit du reflet des valeurs des Canadiens leur permettant d'avoir une influence sur les prises de décision si les politiques de santé ne sont pas respectées. Quant aux preneurs de décisions, ils seraient obligés d'intervenir en respectant ces valeurs traduites à travers la « charte des droits du patient » et l'actualisation de la LCS (Romanow, 2002).

IV-3. L'apprentissage collectif et l'approche psychologique au niveau des individus

Ce sont les principales approches de gestion du changement qu'a utilisé le rapport Romanow. Sur la base d'informations compilées progressivement, la Commission veut entraîner des changements dans les croyances, les attitudes et les valeurs des individus travaillant dans l'organisation des soins de santé.

L'incitatif financier et l'instauration de nouvelles normes formelles auront une influence psychologique sur les patients, rassurés que leurs valeurs soient prises en compte. Ils traverseraient dès lors cette période de changement avec plus de réceptivité et de confiance. Le point essentiel après le financement ciblé et l'institutionnalisation des normes (qui sont les approches habituellement utilisées), reste l'établissement d'un leadership collectif indépendant, pivot indispensable pour l'acheminement adéquat des informations recueillies vers des acteurs clefs pour la prise de décisions et pour renforcer les fondements sur les rôles et responsabilités des individus (l'imputabilité, ...).

VI-4. L'approche politique

Cette approche sera utilisée pour la négociation des propositions à initier et la lancée de l'implantation souhaitée. Le rétablissement du climat de confiance vis-à-vis du pouvoir public, l'établissement de nouvelles normes institutionnelles (LCS actualisée, critère normalisé, ...) et l'implantation du pivot de la réforme, le leadership national influenceront et dépendront fortement de l'initiation de l'approche politique. L'incitatif financier ciblé et la volonté de changement des citoyens seront les principaux leviers de cette approche.

IV-5. L'approche de développement organisationnelle

Cette approche utilisera le climat de confiance et la responsabilité collective renforcée facilitant une bonne collaboration et les ententes formelles en faveur d'espaces d'échanges bien établis. Ces éléments sont des conditions en faveur de l'émergence des initiatives avec un soutien actif des acteurs et des consommateurs du système de santé. Cette approche est peu développée dans le processus de changement proposé au niveau du pouvoir fédéral.

La mise en place de la structure cohérente combinant ces différentes approches va aider à vaincre les résistances naturelles des acteurs du système au changement mais va aussi maintenir les politiques de santé sur une période plus longue que le temps d'un gouvernement.

V- La dynamique du changement

L'instauration de l'assurance santé universelle et les transformations qui y ont été opérées se sont faites sur une trajectoire linéaire (Glouberman et Zimmerman, 2002). Cela a favorisé l'institutionnalisation des valeurs et des représentations et l'internalisation des acteurs des contraintes externes qui ont conduit à l'inertie du système. Il faut considérer le système de santé comme non linéaire, complexe, avec de nombreuses interactions conflictuelles et fluctuantes avec l'environnement pour le sortir de son statu quo (Glouberman et Zimmerman, 2002; Champagne, 2002). La transformation d'une organisation complexe tel que le système de santé, n'est pas aisée (Denis, 2002).

Si l'inertie du système de santé, qui observe un statut quo depuis ces dernières décennies en matière de changement, est liée à l'internalisation des contraintes de l'environnement par

les acteurs et à l'institutionnalisation des valeurs au sein de l'organisation, il s'entend que les efforts de changement commencent par mettre en place les conditions requises pour favoriser le changement. Les conditions nécessaires au changement, comme souligné au chapitre un, interviennent dans le rythme, l'étendue et la trajectoire que prendra le changement.

Certains auteurs considèrent qu'un changement doit être radical et révolutionnaire pour réussir à briser l'inertie du système et réduire les coûts de transition (Miller et Friesen 1984 ; cité par Champagne, 2002).

Selon Glouberman et Zimmerman (2002), on doit agir sur la dynamique du changement de façon incrémentielle avec une attention particulière pour éviter des changements radicaux. Les changements radicaux (structurels et économiques) conduisent à une forte perturbation des ressources existantes et à un moins bon contrôle des coûts. Cependant, il faut noter que les transformations opérées jusqu'à maintenant, qui ont été incrémentielles et convergentes, ont conduit au statu quo actuel du système de santé.

« Plusieurs travaux dans le domaine des sciences politiques ont cherché à définir les conditions structurantes qui ont présidé à l'évolution des systèmes nationaux de santé (Tuohy, 1999; Ruggie, 1999). Ils décrivent bien la nature évolutive et convergente des changements sur de longues périodes et fournissent de précieuses indications sur les fondements des modes d'organisation actuels. » (Denis, 2002, p. 3)

À la suite de plusieurs évaluations de processus de changement et à l'analyse des nombreuses études publiées sur le changement du système de santé, il ressort qu'un changement radical et évolutif favoriserait le succès de son implantation.

« Ces propos montrent clairement l'importance d'inscrire les projets de changement dans une perspective à long terme puisque c'est là que les transformations les plus significatives pourront se produire. Inscrire le changement dans un horizon temporel long est pertinent dans la mesure où des arguments peuvent être énoncés sur la

capacité de produire des changements plus radicaux de façon évolutive. » (Denis, 2002, p. 16)

« Pour des organisations complexes, le fonctionnement en système complexe d'action et d'adaptation et l'apprentissage collectif à travers l'action et l'expérimentation semblent nettement améliorer la propension des organisations à implanter le changement. De plus, il est plausible qu'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects socio-cognitifs et émotifs, à la structure et à la dynamique politique influent aussi sur le succès de l'implantation. » (Champagne, 2002, p. iv)

L'attitude des acteurs du changement, leur perception du processus de changement établi, sont ces conditions favorables au changement conduit par le pouvoir fédéral que nous propose le rapport. Ainsi, la création des espaces de changement, l'amélioration des capacités cognitives et relationnelles, et l'établissement d'un bon système de gestion de l'information seront les conditions préliminaires permettant une meilleure maîtrise du processus de changement (sa trajectoire, son rythme, ...)

En accord avec certaines études (Denis, 2002; Champagne, 2002), la dynamique du changement incrémentiel et radical, proposée par la Commission Romanow, permettra de s'attendre à une évolution lente vers la situation souhaitée. Le succès de la mise en œuvre des recommandations tient surtout du regain de confiance de la population vis-à-vis de son système. Cette confiance ne sera pas instantanée et va demander, comme nous l'avons souligné plus haut, un alignement de leur système de valeur et de représentation autour d'une vision commune.

VI- L'implantation du changement

L'approche du changement proposée par la Commission Romanow est un processus cohérent du changement basé sur deux principaux leviers : le financement accru du système de santé à un niveau supérieur de la gouverne et l'information disponible au niveau

opérationnel de la gouverne. L'intérêt est marqué pour les échanges au sein du système de santé, en tenant compte des rétroactions au cours du processus de transformation de façon à faciliter des changements continus nécessaires à l'atteinte des objectifs que le système se fixe. La conception du changement recommandé correspond à celle définie par Denis (2002) dans son étude présentée à la Commission Romanow, comme étant une modification d'un système des valeurs, des représentations qu'ont les acteurs d'une situation, des structures ou des pratiques d'un champ organisationnel donné.

Les leviers utilisés, auront pour objectif d'atteindre différentes cibles mais qui seraient interreliées dans l'ensemble du système pour assurer une gestion efficiente des soins de santé par les pouvoirs politiques en place. L'orientation des recommandations émises ne sera pas basée sur des écrits normatifs, telles que des propositions bien concrètes adressées aux dirigeants, mais plutôt basée sur les écrits empiriques, universitaires qui auront comme objectif principal celui d'élargir les connaissances créant ainsi des espaces propices aux prises de décisions et à faire accepter les changements proposés. Romanow a décidé d'adopter principalement les théories de la complexité combinées à l'apprentissage collectif comme approche pour mieux gérer le changement du système de santé au Canada. Il a tenu compte de la complexité du système de santé et des influences auxquelles il est confronté.

La Commission considère que l'existence d'un climat de confiance constitue un pivot de la collaboration. Dans les pays scandinaves, croire, faire confiance en l'institution gouvernementale est comme une norme sociale. Cette confiance est corrélée à un état de santé de leurs populations parmi les meilleurs des états industrialisés. Au niveau de la recherche scientifique, plusieurs experts considèrent la confiance comme sine qua non et nous la citent dans les conditions de succès de l'implantation d'un changement.

Beaucoup sont conscients du caractère discontinu du soutien politique en matière de politique de santé, et certaines études ont démontré que l'implantation réussie d'un changement devait être maintenue sur une assez longue période (Champagne, 2002).

En effet, comme l'a souligné Champagne (2002), le succès de l'implantation dépendra directement du climat d'implantation, de la structure et de l'environnement technique et institutionnel qui influenceront sur les processus d'apprentissage à la condition que les acteurs concernés s'impliquent.

« De plus, il est plausible qu'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects sociocognitifs et émotifs, à la structure et à la dynamique politique influent aussi sur le succès de l'implantation. »

« Le succès de l'implantation du changement dépendra directement de la nature des processus d'apprentissage et de leadership collectif. Le climat d'implantation, la structure et l'environnement technique et institutionnel influenceront sur les processus d'apprentissage et de leadership collectif et auront une incidence directe sur le succès de l'implantation. L'implication des acteurs concernés est une condition (facteur d'interaction synergistique) pour l'influence du climat sur l'apprentissage. »

« Enfin, l'implication des différents acteurs concernés, condition nécessaire à l'effet du climat sur l'apprentissage (Klein et Sorra 1996), est influencée par la confiance qui règne au sein de l'organisation (Mechanic 1996; Korczynski 2000; Sabel 1991; Perrow 1992) et la compatibilité du changement avec les valeurs qui prévalent au sein de l'organisation (Klein et Sorra 1996). » (Champagne, 2002, pp. 23-24)

L'impact d'un changement bien implanté s'appréciera à partir de l'écart entre les résultats de santé actuels et les résultats de santé à venir. Il est certain que cette implantation ne sera pas identique dans toutes les provinces. On constatera que certaines provinces sont déjà plus avancées que d'autres dans l'amélioration de leur système d'information (elles auront donc plus de facilité pour une intégration des soins) ou encore dans le cheminement vers des SSP intégrés et accessibles. Elles atteindront certains objectifs plus rapidement ou plus aisément que d'autres provinces.

CONCLUSION

Les débats sur la nécessité de réformer le système de santé du Canada se situent au niveau de l'existence de disparités dans l'accès aux soins de santé et dans l'état de santé des individus. En effet, il existe des inégalités entre les plus riches et les plus pauvres souvent plus malade, les milieux urbains et les milieux ruraux ; les minorités et les classes moyennes canadiennes. À cela s'ajoutent d'autres exigences en sciences médicales telles que la nécessité d'une acquisition de nouvelles technologies de pointe, très souvent onéreuses et toujours en dynamique, qui inquiètent les décideurs et les administrateurs. Selon le principe d'équité, un des fondements de base du système de santé, l'accessibilité aux soins doit être égale pour tous les Canadiens indépendamment de leur localisation, leur niveau socio-économique ou encore de leur culture et ces soins se doivent d'être des soins de qualité. Hall (1964), dans son rapport de la Commission d'enquête Royale en vue de créer un régime d'assurance maladie universel disait : « *les découvertes des sciences de la santé n'étaient toujours pas à la portée de tous les citoyens canadiens et que l'établissement d'un régime universel, de services de santé constituait l'utilisation la plus efficace des ressources de santé pour atteindre les plus hauts niveaux de santé (selon la définition de l'OMS)* ». Les nombreuses tentatives, ces dix dernières années, pour colmater les failles observées dans l'accessibilité et la qualité des soins souhaités se sont révélées peu efficaces comme en témoigne le classement du rapport de l'année 2000 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du Canada, qui occupait la 30^{ème} position. Les propositions du rapport Romanow en faveur d'une utilisation cohérente de leviers du changement bien définis, comme le financement ciblé à partir du sommet de la gouverne, les normes établies et l'information de qualité et bien dirigée, sont élaborées pour corriger cette situation. La fonction pivot, sur laquelle la Commission veut agir, est la fonction d'adaptation où l'ensemble des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sera mobilisé par la gouverne fédérale.

Le levier principal de la gouverne sera l'incitatif financier. La Commission préfère le financement ciblé à court terme pour inciter les gouvernes provinciales à aller vers le changement désiré et l'établissement d'un financement stable et prévisible afin de soutenir de façon durable les activités du système de soins. Au niveau institutionnel, il faut ajouter la nécessité d'établir une compréhension partagée des problèmes et des solutions. Il a donc été proposé de mettre en place, à court terme, un Conseil de santé du Canada dans un approche centralisatrice pour améliorer la légitimité des décisions prises au niveau national.

Une attention particulière devra être portée à l'établissement des leaderships collectifs représentatifs de différents intérêts, proposés aux niveaux national et régional. On devra prévoir des réaménagements réguliers en tenant compte des obstacles liés à leur implantation de façon à ne pas reconduire ou maintenir l'inertie du système. Cette incertitude et les rétroactions des interventions implantées ou à implanter au sein du système de santé doivent être explorées de façon continue au niveau opérationnel, de manière à mieux les comprendre et à établir des ajustements nécessaires aux planifications des décideurs. (Glouberman et Zimmerman, 2002)

La recherche, le système de gestion de l'information et les évaluations continues, au niveau instrumental visent à générer l'information indispensable face à la nécessité de rendre le plus explicite possible les objectifs d'équité. Non seulement la population avisée pourra considérer ces objectifs comme acceptables ou non, mais ils seront aussi indispensables à l'amélioration de la performance du système de santé. L'importance accordée au système de valeur et de représentation souligne la nécessité de s'appuyer sur la responsabilité collective vis-à-vis du système de santé et en même temps d'augmenter la légitimité de la gouvernance en charge de celui-ci. Ces dernières années, le pouvoir fédéral a accordé beaucoup moins de légitimité à l'action régionale en santé (Denis, 2002). En conséquence, certaines incohérences entre les prises de décisions du pouvoir fédéral avec celles prises par les gouvernes provinciales ont été démontrées par certaines études. Aussi, après avoir porté une attention particulière aux incitations financières et symboliques pour amorcer

l'implantation du processus de changement, comme développé par Champagne (2002) et proposé par la Commission Romanow, la gestion du changement doit s'orienter vers un renforcement de la légitimité de la gouvernance régionale.

Cette autorégulation devra de ce fait s'accompagner d'une approche plus émergente du changement, en plus de celle proposée au niveau du pouvoir fédéral, afin d'assurer des conditions politiques en faveur d'un changement durable et profond.

« Nous ferons donc valoir qu'un projet réaliste de changement pour les organisations et le système de soins est de miser sur des changements radicaux réalisés de façon évolutive en s'appuyant sur des dynamiques émergentes fortes. » (Denis, 2002, p. 3)

On pourrait se demander s'il ne serait pas nécessaire d'effectuer d'autres propositions de réformes de moindre envergure à une échelle provinciale (proches des structures organisationnelles du système de santé) en vue d'envisager une suite plausible dans la continuité du rapport proposé par la Commission sur l'avenir des soins de santé. Les espaces de changements ciblés seraient les pratiques professionnelles et organisationnelles. Les approches préférées seraient la combinaison du « top down » et du « bottom up ». Les leviers de changement appropriés pour implanter les planifications seraient l'incitation, la formation, la négociation politique et les modifications structurelles. Ces espaces et outils du processus de transformation proposés par Denis (2002) devront être mobilisés au niveau provincial en réponse à la priorisation des enjeux relevés au niveau fédéral pour l'équité d'accès à un système de soins intégrés.

Le processus de changement doit tenir compte des exigences particulières de la situation à changer. Aussi, ceux qui ont le pouvoir et la volonté de décider et d'entreprendre le changement, les ressources disponibles à mobiliser pour changer et la souplesse de l'organisation (de la structure, du processus opérationnel et des technologies utilisées) à recevoir le changement sont les grandes variables à considérer. On comprend qu'un processus de changement demande une réflexion plus approfondie sur les projets de réformes. Régulièrement, les analyses ou les réformes d'un système de santé sont exécutés

à la demande de la gouverne en place. L'évidence scientifique élaborée est très souvent utilisée à des fins politiques. Force est de reconnaître que la majorité des analyses sur le fonctionnement du système de santé apparaissent comme une étude en plus s'intéressant à un cas en particulier et non comme une contribution réelle à l'avancement des connaissances sur le cas étudié. D'un autre côté, les études théoriques avec une approche plus conceptuelle ou plus empirique, ont pour objectif d'élargir les connaissances sur le cas. De véritables divergences sont observées selon que l'on procède d'une perspective ou d'une autre modifiant ainsi l'approche du changement à réaliser. Certains auteurs ont noté l'importance d'en savoir plus sur les liens qui existent entre la recherche sur les processus de changement et l'interface entre la politique et la pratique (Miller, Greenwood et Hinning, 1999; Calnan et Ferlie, 2003). Le défi du système de santé est d'acquérir plus d'habileté à la prise de décision, à faciliter la coopération et la mise en œuvre des politiques de santé en appréhendant mieux les facteurs aidant et contraignant.

Bibliographie

- Alexander, J.A., Waters, T.M., Burns, L.R., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Budetti, P., & Zuckerman, H.S. (2001). The Ties That Bind. Interorganizational Linkages and Physician-System Alignment. *Medical Care*, 39(7), 1-30-1-43.
- Budetti, P., Shortell, S.M., Waters, T.M., Alexander, J.A., Burns, L.R., Gillies, R.R., & Zuckerman, H.S. (2002). Physician and Health System Integration. *Health Affairs*,
- Burns, L.R., & Pauly, M.V. (2002). Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care? *Health Affairs*, 21(4), 128-143.
- Burtonwood, A.M., Hocking, P.J., & Elwin, G. (2001). Joining them up: the challenges of organisational change in the professional politic of general practice. *Journal of Interprofessional Care*, 15(4), 383-393.
- Bindman, A.B., Weiner, J.P. & Majeed, A. (2001). Primary care groups in The United Kingdom : Quality and accountability. *Health Affairs*, 20 (3), 132-145.
- Bodenheimer, T., Lo, B., & Connon, C. (1999). Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA*, 281(21), 2045-2049.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques sur la théorie de l'action* Paris : Seuil.
- Braën, A. (2002). *La santé et le partage des compétences au Canada*. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Calnan, M. & Ferlie, E. (2003). Analysing process in healthcare: the methodological and theoretical challenges, *Policy and Politics*, 31 (2), 185-93.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Gouvernement du Canada.
- Champagne, F., Leduc, N., Bilodeau, H., Blais, R., Clapperton, I., Lehoux, P., Rivard, M., Sicotte, C. & Goyette, P. (2001) *Évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes - rapport et recommandations*. Rapport final de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec, 410 p.

- Coburn, D. (1998). Phases of capitalism, welfare states, medical dominance, and health care in Ontario. *International journal of health services*, 29 (4): 833-851.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities *Social science & medicine*, 58 (1): 41-56
- Cohen, H. 1998. The Performance Paradox. *Academy of Management Executive* 12(3), 30-40.
- Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3), 142-158.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2 (9), 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F. & Pineault, R., (1990). Système de soins et de modalités de rémunération, *Sociologie du travail*, 32 (1): 95-115.
- Contandriopoulos, A.-P., de Pourvoirville, G., Poullier, J.-P., Contandriopoulos, D., (2000). A la recherche d'une troisième voie: les système de santé au XXIe siècle, dans MP Pomey, JP Poullier, B Lejeune (Éds), *Santé publique - État des lieux et perspectives*, (pp.637-667). Paris : Ellipses.
- Conrad, D.A., Cave S.H., Lucas M., Harville J., Shortell S.M., Bazzoli G.J., Hasnain-Wynia R., Sofaer S., Alexander J.A., Casey E., & Margolin F. (2003). Community care networks: Linking vision to outcomes for community health improvement, *Medical Care Research and Review*, 60 (4): 95S-129S Suppl.
- Conrad, D. (1993). Coordinating Patient care services in Regional health Systems: The challenge of clinical integration, *Hospital & Health services Administration* 38 (8).
- Cretin, S., Farley, D.O., Dolter, K.J., & Nicholas, W. (2001). Evaluating an integrated approach to clinical quality improvement. *Medical Care*, 39(8), 70-84.
- Cudney, A.E, (2002). Case Management : a serious solution for serious issues. *Journal of Health Care Management*, 47(3), 149-152.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Freemantle, N., Wolf, F.M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey A. (1999). Impact of formal continuing medical education, *JAMA*, 282(9), 867-874.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D., & Haynes, B. (1992). Evidence for the effectiveness of CME. *JAMA*, 268(9), 1111-1117.

- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D., & Haynes, B. (1995). Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing Medical education strategies, *JAMA*, 274(9), 700 -705.
- Denis, J.L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Gouvernement du Canada.
- Denis, J.L., Lamothe L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organisations. *Academy of Management Journal*. 44(4), 809-837.
- Denis, J.L. & Langley A. (2002). Faut-il changer nos façons de changer? *Gestion*, 27(3), 151-154.
- Denis, J.L. & Valette, A. (1997). La régulation régional au concret : l'expérience des DRASS, *Politiques et Management Public*, 15(4).
- 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*, 24(3), 1999, p. 131-138.
- Desbiens F, Dagenais C, Joubert P, (2001). *De l'innovation au changement*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Desrosiers, G. (1999). *Le système de santé du Québec : Bilan historique et perspectives d'avenir*.
- Dickinson, H. (2002). *Comment faire participer vraiment le public à l'élaboration et au maintien d'une vision globale du système de santé qui corresponde à ses valeurs et à ses principes?* Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Donaldson, C., & Gérard, K. (1992). *Economics of health care financing : the visible hand* : Economic objectives of health care. McMillan, p68-84.
- Eisenberg, J.M. (1986). *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Evans, R.G. (1982). A retrospective on the "New Perspective". *Journal of Health Politics, Policy & Law*. 7(2):325-44

- Evans, R.G. (2002). *Lever les fonds: options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé du Canada*. Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Ferlie, E. & FitzGerald, L. (2002). Le changement dirigé par le haut au Royaume-Uni : un point de vue politique, *Gestion*, 27 (3), p.125.
- FCRSS, (2003). *Sur la voie du changement : Piste à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, rapport soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ottawa.
- Forum National sur la Santé, FNS. (1997). *La santé au Canada un héritage à faire fructifier*. Rapport final du Forum sur la santé, Ottawa.
- Frenk, J. (1994), Dimensions of health systems reform, *Health policy*, 27 : 19-34.
- Fulop, N, Elston J, Hensher M, Mickee M, & Walters R. (2000). Lessons for Health strategies in Europe. *European Journal of Public Health*, 10(1), 11-17.
- Gillies, R.R., & Shortell S.M. (1997). Best Practices in Managing Organized Delivery Systems. *Hospital & Health Services administration*, 38(4), 467-489.
- Gillies, R.R., Zuckerman, H.S., Burns, L.R., Shortell, S.M., Alexander, J.A., Budetti, P.P., & Waters, T.M. (2001). Physician-System relationships: Stumbling blocks and promising Practices. *Medical Care*, 39(7), I-92-I-106.
- Glouberman, S. & Zimmerman, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes: En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?* Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Gouvernement du Canada.
- Gratzer, D., (2002). *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. Toronto, ECW Press.
- Greco, P.J., Eisenberg, J.M. (1993). Changing Physicians' Practices. *New England Journal of Medicine*, 329(17) : 1271-4
- Greenwood, R., & Hinings, C.R. (1996), Understanding radical organisational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-54.
- Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Hervey, E., Oxman, A., O'Brian, M.A. (2001). Changing Provider Behavior – An Overview of Systematic Reviews of Interventions. *Medical Care*, 39(8 Supplement) : I-2-45.

- Grol, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines Clinical Practice. *Medical Care*, 39(8 Supplement 2) : II-46-54.
- Gross, P.A., Greenfield, S., Cretin, S., Ferguson, J., Grimshaw, J., Grol, R., Klazinga, N., Lorenz, W., Meyer, G.S., Riccobono, C., Schoenbaum, S., Schyve, P., Shaw, C. (2001). Optimal Methods for Guidelines Implementation – Conclusions from Leeds Castle Meeting. *Medical Care*, 39(8 Supplement 2) : II-85-92.
- Hall, E. (1964). *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. I*. Ottawa, Imprimeur de la Reine.
- Ham, C., & Brommels, M. (1994). Health Care reform in the Netherlands, Sweden, and the united Kingdom. *Health Affairs*, : 106-119.
- Hammer, B.J. (2001). Community-Based Case Management for Positive Outcomes. *Geriatric Nursing*, 22(5) : 271-5.
- Joubert, P. (2002). Les caractéristiques de projets novateurs favorables au changement : l'expérience du fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) au Québec au VIe Journées annuelles de santé publique.
- Keen, J., Wyatt, J. (2000). Back to basics on NHS Networking. *British Medical Journal*, 321 :875-8.
- Keen, J. (1998). Rethinking NHS Networking. *British Medical Journal*, 316 :1291-4.
- Kinding, D.A. (1998). Purchasing population health : Aligning financial incentives to improve health outcomes, *Health Services Research* 33 (2),
- Kirby, M.J.L. (2002). *La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral*, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada. Ottawa.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Rapport Lalonde*. Ottawa.
- Lamothe, L. (2001). La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspecialisés. Université McGill.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne, *Gestion*, 27 (3) p. 23 .

- Lasker, R.D., Wells, N., Roz, D., Weiss, E.S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 179-205.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1995). *La recherche qualitative : fondements et pratiques* 2e édition. Montréal : Éditions nouvelles.
- Lewis, S. (soumis). Health reform in Canada, round umpteen : Will two recent national reports make a difference? Centre for health and policy studies, university of Calgary.
- Lomas, J. (2002). Venir à bout de la mentalité "vous n'êtes pas mon patron" : le rôle des gestionnaires dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. *Gestion*, 27(3), 73-81
- Luc, D., & Rondeau, A. (2002). La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont : une étude diachronique de cette transformation, *Gestion*, 27 (3), p. 33
- Maioni, A. (1999). Les normes centrales et les politiques de santé , dans *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*, sous la direction de Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., Lemieux, V., 343-362. Montreal : Les Presses de l'Université de Montréal
- Maioni, A. (1998). Les politiques de santé au Canada et aux États Unis : des trajectoires irréconciliables. *Revue Internationale de Politique Comparée*, 5(2), 343-362.
- Mazankowski, D. (2001). *A framework for reform*. Rapport du Premier's advisory Council on Health, government of Alberta.
- Miller, D., & Friesen, P.H. (1984). *Organisations : a quantum view*. Englewood Cliffs, NJ ed.
- Miller, D., Greenwood, R., & Hinning, B. (1999). Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité, , *Gestion*, 24 (3), p.158
- OCDE. (1999). *Éco-santé, OCDE 1999*, Organisation de coopération et de développement économiques. Paris.
- Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., Haynes, R.B. (1995). No Magic Bullets : A Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10) : 1423-31.

- Payton, F.C., & Ginzberg, M.J. (2001). Interorganizational health care systems implementations : An exploratory study of early electronic commerce initiatives. *Health Care Management Review*, 26(6), 20-32.
- Pederson, A.P. (1989). *Coordination de la politique publique favorisant la santé : analyse documentaire et bibliographie*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- Pomey, M.P. (2002). *La préparation à l'accréditation: outil de changement organisationnel ?* Université de Montréal.
- Provan, K.G., Milward, H.B., Isett, K.R. (2002). Collaboration and integration of community- based health and human services in a Non profit Managed Care System, *Health Care Manage Review*, 27(1), 21-32
- Rice, N., & Smith, P.C. (2001). Capitation and risk adjustment in health care financing: An International progress report, *The Milbank Quarterly*, 79 (1)
- Roberts, D.Y. (2002). Reconceptualizing case management in theory and practice: a frontline perspective. *Health Services Management Research*, 15, 147-164.
- Robert, P. (1996). *Le nouveau Petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogie de la langue française*. (texte remanié et amplifié sous la direction de Rey-Debove J. et Rey A.). Paris : Dictionnaires le Robert (version originale publiée en 1993).
- Rocher, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale* (pp. 355-363). Montréal : Hurtubise.
- Rocher, G. et Béland, F. (1989). Pour lire Talcott Parson..., *Sociologie et sociétés*, 21 (1), 5-10.
- Romanow, R. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final. Saskatoon, Canada.
- Salazar, M.K., & Graham, K.Y. (1999). Evaluation of a case management program. Summary and integration of findings. *AAOHN Journal*, 47(9), 416-423.
- Saltman, R.B., Figueras, J. (1997). *European health Care reform –Analysis of current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, no. 72.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson D., Mitchell, J.B., & Morgan, K.L. (1993). Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators. *Hospital & Health Services administration*, 38(4), 446-466.

- Shortell, S.M., Gillies R.R., Anderson D., Morgan K.L., & Mitchell J.B. (1996). *Building Organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Denis, J.L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., & Baker G.R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services Management Research*, 11: 24-48.
- Tierney, W.M., Hui S.L., McDonald C.J. (1986). Delayed Feedback of Physician Performance Versus Immediate Reminders to Perform Preventive Care. *Medical Care*, 24(8) : 659-666.
- Tourish, D., Hargie O.D.W. (1998). Communication between Managers and staff in the NHS: Trends and Prospects. *British Journal of Management*, 9: 53-71
- Treweek, S.P., Glenton, C., Oxman, A.D., & Penrose, A. (2002). Computer generated Patient education materials: Do they affect professional practice? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9 (4), 346-358.
- Tuohy, C. H., (1999). Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada. *Health Affairs*, 18(3), 114-134.
- Tuohy, C.H. (2002). The cost of constraint and prospects for health care reform in Canada. *Health Affairs*, 21(3), 32-47.
- Turgeon, J., & Lemieux, V. (1999). La décentralisation: panacée ou boîte à Pandore , dans *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*, sous la direction de Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., Lemieux, V., 173-194. Montreal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tushman, M.L., & Romanelli E. (1985). Organisational evolution : a metamorphosis model of convergence and reorientation. *Research in organizational behavior*, 7, 171-222.
- Weil, P. (2002). Rekindling the Flame: Routine Practices that Promote Hospital community Leadership. *Journal of HealthCare Management*, 47(2), 98-109.
- Yalnizyan, A. (2003). *The Health Care Budget: Did it resolve the "Crisis"?* Atkinson Fellow, Canadian Centre for Policy Alternatives. Presentation to the John Deutsche Institute Conference on the 2003 Federal Budget



Handwritten text at the bottom right of the page, which is mostly illegible due to fading. It appears to contain a date and possibly a name or initials.