

Université de Montréal

**Le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique
et leur fondement logique pour l'amélioration de la
performance organisationnelle du NHS**

Présenté par
Benoit Gareau

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 ès Sciences (M.Sc.)
en Administration des services de santé
option Santé et Systèmes de soins

Novembre 2005

© Benoit Gareau, 2005



WA

525

U58

2006

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.

Page d'identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique
et leur fondement logique pour l'amélioration de la
performance organisationnelle du NHS

présenté par
Benoit Gareau

a été évalué par les personnes suivantes :
M. Jean-Louis Denis, directeur de recherche
M. François Champagne
Mme Anne Lemay

Sommaire

Le présent mémoire de maîtrise s'intéresse au potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. Nous cherchions à savoir si les politiques en santé du New Labour permettent de mieux comprendre les mécanismes qui sont essentiels à l'atteinte de la performance organisationnelle.

Dans le cadre de notre étude, nous utilisons la modélisation parce qu'elle a comme fonction de fournir une représentation d'un système existant. La performance organisationnelle telle que définie par Sicotte et al. est un concept complexe et intégrateur. Cette complexité est représentée par le maintien d'une tension dynamique entre ces fonctions. Or, le modèle est utile pour schématiser des relations dynamiques et continues entre des dimensions. Un modèle qui représente les différentes fonctions ou dimensions de la performance est donc de grande importance pour comprendre la logique du concept de performance.

Dans le présent cas, nous cherchions à développer une intelligibilité, une cohérence autour de la réforme du NHS entreprise sous le gouvernement du New Labour. Le NHS comporte des avantages notables dans le développement de notre modèle puisqu'avec ses nombreuses initiatives et ses agences pour supporter la performance, il apporte une panoplie d'information pour concevoir une logique d'organisation. Pour mieux organiser la gouverne des organisations de santé et du Département de santé et les rendre plus imputables, responsables et efficaces, nous avons développé un modèle de gestion de la performance qui tient compte de plusieurs aspects essentiels à la performance.

Les organisations de santé mises dans un contexte de gestion de la performance doivent tenir compte des systèmes développés dans le modèle de gestion de la performance et s'adapter au changement. Dans un premier temps, les organisations doivent tenir compte d'un système d'intégration pour offrir des services coordonnés au patient à travers un continuum à une population définie. Dans un deuxième temps, un système d'orientation

doit permettre aux organisations de santé d'élaborer des stratégies et de gérer les risques associés aux nouveaux développements. En troisième lieu, un système d'amélioration continue de la qualité surveille et responsabilise les organisations dans l'atteinte des objectifs. Puis, finalement, les organisations non performantes sont prises en charge par un système de modernisation qui cherche à développer des compétences et un leadership efficace afin d'encourager les meilleures pratiques et l'atteinte de la performance organisationnelle.

Dans ce contexte, nous croyons que les politiques en santé du New Labour Britannique offrent un potentiel intéressant pour l'amélioration de la performance organisationnelle. Des réformes sont possibles s'il y a volonté politique et cohérence dans les intentions. Avec des agents de changement appropriés et des politiques cohérentes, nous pouvons développer un système représentatif qui oriente, évalue et modernise les organisations de santé. Les organisations de santé sont des entités complexes qui demandent une approche multidimensionnelle et c'est avec une logique qui tient compte de différents éléments essentielles à la gestion de la performance que nous pouvons mener les organisations vers la performance organisationnelle.

Mots clés : National Health Service, New Labour, modèle logique, gestion de la performance, performance organisationnelle.

Summary

The present Master's thesis looks at the potential of New Labour's health care policies in Great Britain and their logical basis for organizational performance improvement in the NHS. Our intention was to figure out if New Labour's policies allowed a better understanding of mechanisms essential to attain organizational performance.

In our study, we have used the logic model because it gives a representation of an existing system. Organizational performance such as defined by Sicotte and al. is a complex and integrative concept. This complexity is represented by the dynamic equilibrium between its functions. The model is useful when we want to represent dynamic and continued relationships between different dimensions. A model that represents different functions or dimensions is thus of great importance to understand the logical concept of performance.

In the present thesis, we wanted to develop an intelligibility, a coherence regarding the NHS's reform undertaken by the New Labour government. The NHS has great advantages for the development of our model because its initiatives and agencies that support performance give a wide range of information to conceive a logic of organization. So in order to optimize the governance of health care organizations and the Department of health and make them more accountable, responsible and effective, we developed a model of performance management that takes into account many aspects essential to performance.

In a context of performance management, health care organizations must take into account the systems developed in the model of performance management and adapt to change. At first, organizations must take into account a system of integration to offer a coordinated continuum of services to a defined population. Secondly, a system of guidance must allow health care organizations to elaborate strategies and manage the risks associated with new developments. Thirdly, a system of continuing improvement of quality inspects and improves quality so that organizations attain certain objectives.

Finally, non performing organizations are supported by a system of modernization that develops competencies and an effective leadership in order to promote best practices and attain organizational performance.

In this context, we believe that New Labour's health care policies offer an interesting potential to improve organizational performance. Reforms are possible if there is political will and coherence in the intentions. With proper agents and coherent policies, we can develop a system of representation which guides, monitors and modernizes health care organizations. Health care organizations are complex entities that demand a multi dimensional approach. It is with a logic that takes into account different elements essential to performance management that we can lead organizations towards organizational performance.

Key words : National Health Service, New Labour, logic model, management performance, organizational performance.

Table des matières

1- FORMULATION DE PROBLÉMATIQUE	1
2- MÉTHODOLOGIE	3
A- Démarche méthodologique	4
1) Description du contexte	4
i) Le New Labour et le Third Way	4
ii) Les services de santé en Grande Bretagne	4
iii) Organisations du NHS	5
iv) Positionnement de la réforme du NHS avec les autres réformes des pays de l'OCDE	5
2) Développement d'un modèle logique	5
3) Analyse des effets	6
B- Collecte des données	7
C- Limites et intérêts	7
3- CONTEXTE	8
A- Le New Labour et le Third Way	8
B- Les services de santé en Grande Bretagne	12
C- Organisations du NHS	17
D- Positionnement de la réforme du NHS avec les autres réformes des pays de l'OCDE	23
1) L'amélioration de la qualité	25
2) La gestion des ressources humaines	27
3) La modernisation des services de santé	30
4) La standardisation et l'évaluation des technologies	31

4- MODÈLE LOGIQUE	37
1) Système d'intégration	39
a. Les formes d'intégration	39
b. Le NHS et les formes d'intégration	41
2) Système d'orientation	42
a. La définition	42
b. La fonction d'orientation du système britannique	43
3) Système d'amélioration continue de la qualité	44
c. Les approches d'amélioration de la qualité	44
d. L'amélioration de la qualité en Grande Bretagne	46
4) Système de modernisation	47
e. La définition de modernisation	47
f. Application au cas de la Grande Bretagne	47
5) La performance organisationnelle	48
6) Modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS	51
5- ANALYSE DES EFFETS	55
1) Analyse du système d'intégration	56
Analyse du système d'intégration dans le NHS	59
2) Analyse du système d'orientation	62
Analyse du système d'orientation dans le NHS	66
3) Analyse du système d'amélioration continue de la qualité	68
Analyse du système d'amélioration continue de la qualité dans le NHS	
.....	71
4) Analyse du système de modernisation	74
Analyse du système de modernisation dans le NHS	78
5) Analyse de la performance organisationnelle	81
a. Approche systématique	81
b. Approche configurationnelle	84
6- CONCLUSION	88
7- BIBLIOGRAPHIE	91

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 :	Organigramme du NHS	17
Tableau 1 :	Modèle de la performance organisationnelle de Sicotte et al.	47
Tableau 2 :	Modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS	50
Tableau 3 :	Modèle de la performance organisationnelle adapté au NHS	83

Liste des abréviations

AÉTMIS	:	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec
AM	:	Agence de Modernisation
CHAI	:	Commission for Healthcare Audit and Inspection
CHI	:	Commission for Health Improvement
DOH	:	Department of Health
DPC	:	Diagnosis and Procedure Combination
DRG	:	Diagnosis Related Groups
EFQM	:	European Foundation for Quality Management
GC	:	Gouvernance clinique
GP	:	General practitioner
HA	:	Health Authorities
NAO	:	National Audit Office
NHS	:	National Health Service
NICE	:	National Institute of Clinical Excellence
NSF	:	National Service Framework
OCDE	:	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PCT	:	Primary Care Trust
PIB	:	Produit intérieur brut
SHA	:	Strategic Health Authorities
SMM	:	Centre pour l'évaluation des technologies de la santé norvégien (Senter for medisinsk metodevurdering)
VHA	:	Veteran Health Administration

Dédicace

Je dédie ce mémoire de maîtrise à ma conjointe Annie-Sophie Bazinet qui m'a appuyé de manière indéfectible tout au long de mes études et qui a toujours cru en moi. De même qu'à mes deux adorables petites filles Béatrice et Charlotte sans qui la vie ne serait certainement pas aussi agréable.

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, M. Jean-Louis Denis, pour ses précieux conseils de même que pour sa disponibilité. Son intérêt pour ma recherche et ses connaissances ont été très d'une grande aide.

Je remercie également M. François Champagne et Mme Anne Lemay, tous deux membres du jury d'évaluation de ce mémoire de maîtrise. Leurs commentaires ont été particulièrement constructifs. De même, Mme Nicole Roberge a été d'un grand dévouement tout au long de ma maîtrise.

Enfin, un tel projet a nécessité de longues heures de réclusion. Je tiens donc à remercier ma conjointe Annie-Sophie et mes filles Béatrice et Charlotte de leur compréhension

1- FORMULATION DE PROBLÉMATIQUE

À la fin du 20^e siècle, plusieurs pays ont modifié leurs approches à l'organisation des systèmes de santé afin de tenir compte de facteurs d'amélioration de la qualité des services et de performance des organisations (Weingard, Wilson, Gibberd & al., 2000). Ces transformations ont été faites afin de réduire l'étendue des déficiences de qualité des soins et diminuer la morbidité et la mortalité associées aux erreurs médicales (DOH, 2000). De plus, avec les pressions sur les coûts de santé, il devenait impérieux de s'assurer que les traitements les plus efficaces étaient offerts selon les ressources disponibles.

Ainsi, plusieurs pays de l'OCDE ont entrepris des réformes pour améliorer la qualité des services, mieux répartir les ressources humaines sur leurs territoires et trouver de nouvelles façons de standardiser les traitements et évaluer les technologies (OCDE, 2004). Parmi ces différentes expériences, le cas de la Grande Bretagne nous semble particulièrement intéressant. En effet, les réformes entreprises dans ce système de santé touchent plusieurs dimensions qui sont essentielles à l'atteinte de la performance organisationnelle comme une plus grande intégration des services, l'amélioration continue des services, une meilleure évaluation des technologies et le développement de leadership efficace. Ces nouvelles stratégies ont été mises en place pour moderniser le système de santé britannique et rendre les services de santé plus efficaces et prévisibles (DOH, 1997).

Avant 1998, en Grande Bretagne, les listes d'attente pour des services de santé atteignaient des sommets importants et les scandales entourant des décès inexplicables faisaient couramment les manchettes des journaux (Ferlie, Shortell, 2001). Il a donc été décidé après l'élection du New Labour de prendre de front le manque d'accès à des services de qualité en orientant les politiques vers l'amélioration de la qualité et la performance. Il devait y avoir création d'un environnement de travail propice à l'excellence où des standards élevés de qualité seraient respectés au niveau de la prestation et de la gestion des services de santé. Avec des objectifs clairement orientés

vers la qualité et la performance, l'éducation du personnel de la santé devenait une priorité importante pour s'assurer d'une amélioration continue des services de santé. En misant sur une éducation universitaire de haut niveau pour les professionnels de la santé, une formation continue adaptée et le développement de guides cliniques, le gouvernement voulait s'assurer de compétences professionnelles qui pouvaient maintenir l'excellence dans la prestation et la gestion.

De plus, une organisation qui manque de financement ou qui a des problèmes d'organisation doit faire pression pour obtenir des ressources adéquates et démontrer qu'elle peut les utiliser de façon appropriée. Un manque de ressources peut entraîner un problème de recrutement, un problème de rétention de personnel de qualité et un manque de points de services pour traiter efficacement les patients. Le Nouveau NHS développé sous le règne du New Labour doit fournir des ressources aux organisations de santé et développer un leadership qui permettra d'organiser les pratiques cliniques et la gestion administrative en vue de pallier au manque d'accès à des services de qualité.

Dans le cadre de cette recherche, nous chercherons à comprendre et à analyser le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. Pour ce faire, nous décrirons en premier lieu le contexte politique et la réforme du NHS sous le gouvernement du New Labour. Dans un deuxième temps, nous discuterons des réformes du NHS pensées au cours des récentes années et de leur positionnement par rapport aux autres réformes entreprises ailleurs. Troisièmement, nous élaborerons un modèle logique du Nouveau NHS en utilisant des mécanismes de design et de modélisation pour nous permettre de représenter les stratégies développées dans le NHS de façon cohérente et logique. Puis, finalement, nous analyserons la plausibilité de produire les effets comme l'accroissement de la qualité et de la performance organisationnelle en mobilisant les connaissances sur des dimensions essentielles. Nous croyons que notre recherche pourra nous permettre de mieux comprendre les mécanismes qui sont essentiels à l'atteinte de la performance organisationnelle.

2- MÉTHODOLOGIE

Nous allons dans la prochaine section élaborer la méthode d'analyse utilisée pour comprendre et analyser le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. La stratégie de recherche développée dans le mémoire est une étude de cas avec comme unité d'analyse la réforme du National Health Service sous le gouvernement du New Labour en Grande Bretagne durant la période de 1997 à 2005. La méthode utilisée pour l'analyse de cas est l'élaboration d'un modèle logique (Yin, 1994). La méthode est inductive puisqu'il s'agit de raisonner, d'inférer sur des propositions singulières et de passer à une propositions générale à l'aide d'une comparaison de la littérature.

Selon Yin, l'étude de cas est la stratégie privilégiée lorsque le chercheur a peu de contrôle sur les événements comme c'est le cas pour les réformes en santé entreprises en Grande Bretagne. Par ailleurs, l'essence de l'étude de cas est qu'elle cherche à éclairer sur une décision ou une série de décisions : pourquoi elles furent prises, comment elles furent implantées et avec qu'elles résultats (Yin, 1994).

L'analyse de cas consiste à examiner et à combiner les évidences pour répondre aux propositions initiales de l'étude. Ainsi, chaque recherche doit débiter par une stratégie analytique générale précisant des priorités sur ce qui doit être analysé et justifiant le fonctionnement analytique de ces priorités. L'analyse se rapporte à une chaîne complexe d'événements qui couvre à la fois les variables indépendantes et dépendante (Yin, 1994).

Par ailleurs, selon Yin, tout type de recherche empirique doit avoir un design de recherche. Le design de recherche est la séquence logique qui lie les données empiriques à la question de recherche et à sa conclusion. Dans le cas qui nous intéresse, le design de recherche s'apparente à l'élaboration d'un modèle logique comprenant les étapes de collecte, d'analyse et d'interprétation des observations. Ces processus permettent au chercheur d'inférer des relations causales entre les variables étudiées. Le design de recherche définit aussi le niveau de validité et de fiabilité selon que les interprétations

peuvent être généralisées à de plus grandes populations ou répétées à différentes situations. Nous allons donc développer une démarche méthodologique cohérente pour répondre à notre question de recherche.

A- Démarche méthodologique

L'objectif de cette étude est de comprendre et analyser le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. Pour ce faire, nous suivrons une démarche méthodologique en trois étapes : la description du contexte, le développement du modèle logique et l'analyse de la plausibilité des effets. Voyons maintenant la démarche méthodologique propre à chacune des sections de notre mémoire de maîtrise.

1) Description du contexte

i) Le New Labour et le Third Way

Une première revue de la littérature a été faite pour comprendre le contexte qui prévalait lors de l'élection du Labour Party en Grande Bretagne. Dans cette section intitulée « Le New Labour et le Third Way », nous voulons revoir les écrits, les discours qui ont marqué l'évolution du New Labour et mettre en lien l'idée du Third Way à la vision du NHS développée par le Labour Party pendant la période de 1997 à 2005.

ii) Les services de santé en Grande Bretagne

Une seconde étape s'appuie sur des documents de nature plus historique afin de bien comprendre l'évolution des services de santé en Grande Bretagne au cours des années. Une revue de documents du Département de santé, une institution qui chapeaute l'organisation du NHS, a aussi permis de comprendre les intentions des gouvernements conservateurs et travaillistes au cours des dix dernières années.

iii) Organisations du NHS

À cette étape, une revue de la documentation entourant le Nouveau NHS nous permet de mieux comprendre le fonctionnement des différentes organisations du système de santé britannique. À partir du modèle d'organisation présenté par le NHS, nous avons un aperçu de l'agencement des institutions dans le système de santé britannique.

iv) Positionnement de la réforme du NHS avec les autres réformes des pays de l'OCDE

Pour cette section, une recherche bibliographique a été effectuée afin de revoir les réformes des services de santé dans les pays de l'OCDE. À l'aide des travaux menés dans le cadre du Health Project de l'OCDE, nous avons identifié des secteurs de changements dans les systèmes de santé. Nous avons aussi analysé les perspectives des réformes dans différents pays. Un premier secteur d'intérêt concerne les initiatives d'amélioration de la qualité. Ensuite, nous discutons des politiques de gestion des ressources humaines. Un troisième secteur concerne la modernisation des services de santé. Finalement, nous comparons les efforts mis dans la standardisation et l'évaluation des technologies.

2) Développement d'un modèle logique

Dans le présent cas, nous cherchons à développer une intelligibilité, une cohérence autour de la réforme du NHS entreprise sous le gouvernement du New Labour à partir du matériel existant sur l'organisation. Nous avons donc développé un modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS. Pour le chercheur, le NHS comporte des avantages notables puisque le gouvernement a présenté de façon très documentée ses nombreuses initiatives de modernisation des services et ses agences pour supporter la performance. Il propose ainsi une logique explicite d'organisation du système de santé.

Nous utilisons aussi la technique de modélisation parce qu'elle a comme fonction de fournir une représentation d'un système existant qui met en évidence les propriétés de ce

ystème que l'on veut spécialement connaître, au détriment d'autres propriétés jugées moins pertinentes (Durand, 1979). Le Moigne définit la modélisation comme l'action d'élaboration et de construction intentionnelle, par composition de symboles de modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu complexe, et d'amplifier le raisonnement de l'acteur projetant une intervention délibérée au sein du phénomène, raisonnement visant notamment à anticiper les conséquences de ces projets d'action possibles (Le Moigne, 1990).

Dans l'élaboration de notre modèle, nous utilisons des éléments tels le système d'intégration, le système d'amélioration continue de la qualité, le système d'orientation et le système de modernisation que nous développons par la suite. Nous mettons ensuite en relations cohérentes ces composantes pour permettre l'atteinte d'objectifs de performance organisationnelle.

3) Analyse de la plausibilité des effets

À l'aide d'une documentation appropriée et d'une argumentation basée sur les connaissances, nous évaluons dans cette troisième section la plausibilité des initiatives que nous avons développées dans le modèle de gestion de la performance à produire les effets escomptés sur la performance organisationnelle. Dans un premier temps, nous analysons par une recherche systématique les systèmes d'intégration, d'orientation, d'amélioration continue de la qualité et de modernisation, puis dans un deuxième temps, nous évaluons les relations entre ces systèmes afin de mieux comprendre la plausibilité des effets sur la performance organisationnelle.

B- 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 était de relever des textes scientifiques pertinents. La nature des sources et des informations considérées proviennent de documents manuscrits, d'articles scientifiques et de discours. Nous avons pris soin de contrôler la fiabilité des documents et des informations qu'ils contiennent. Nous avons particulièrement porté attention sur l'authenticité des documents, l'exactitude des informations qu'ils contiennent, ainsi que la correspondance entre le champ que couvre les documents disponibles et le champ d'analyse (Quivy, Campenhoudt, 1995).

C- Limites et intérêts

Nous avons choisi d'étudier les réformes en santé entreprises en Grande Bretagne parce qu'elles représentent un effort systématique à comprendre et intégrer plusieurs dimensions essentielles à la performance. D'autres réformes entreprises ailleurs dans le monde auraient pu être intéressantes, mais nous avons décidé de concentrer nos efforts sur les changements effectués sur le NHS Britannique. Il s'agit ici d'évaluer le potentiel des réformes à permettre l'atteinte de la performance organisationnelle. La recherche ne porte pas sur l'évaluation quantitative de différents aspects de la performance. Il ne s'agit pas non plus de procéder à une étude comparative.

Selon Yin, aucune stratégie d'étude de cas n'est facile, aucune ne peut être appliquée mécaniquement, mais si on travaille méthodiquement et qu'on apprend convenablement son application, les études qualitatives peuvent être menées avec beaucoup de rigueur scientifique tant au niveau validité et fiabilité

3- CONTEXTE

A- Le New Labour et le Third Way

La Grande Bretagne avait été gouvernée par le parti Conservateur depuis 1979 lorsque Tony Blair accéda à la tête du Labour party en 1994. Depuis la fin des années 70, Margaret Thatcher, puis John Major avaient développés des politiques néolibérales qui encourageaient le désengagement de l'État de plusieurs secteurs d'activités et une plus grande emphase sur le marché (Newman, De Zoysa, 2001).

Juste avant l'élection de 1997, le New Labour jonglait avec certaines idées développées par le sociologue Anthony Giddens dans son livre *The Third Way*. Dans cette perspective, les problèmes de gouvernance émergeaient des vieilles façons de faire hiérarchisées du secteur public qui ne répondaient plus adéquatement aux problèmes et aux besoins d'une démocratie à la fois mixte, multiculturelle et pluraliste (Pyper, 2005). Pour le New Labour, la grande expérience du Thatcherisme avec son emphase sur les marchés, la compétition, le managérialisme et l'individualisme était dépassée. Le New Labour en développant des idées autour du Third Way allait accepter certaines réformes introduites sous Thatcher, sans toutefois renoncer aux bénéfices de l'État providence de redistribution de la richesse des plus privilégiés de la société à ceux qui sont plus démunis (Pyper, 2005).

Avec la venue de Tony Blair et du New Labour, on a constaté des modifications en profondeur des politiques sociales-démocrates et le déplacement du parti vers le milieu de l'échiquier politique Britannique. Ces politiques ont été très contestées au sein du parti parce qu'elles altéraient des politiques maintenus en place depuis 1918 comme la clause IV du parti qui statuait sur l'importance de l'appartenance commune des moyens de production, de distribution et d'échange (Giddens, 2000; Rentoul, 2001).

L'approche du New Labour devait être plus inclusive, être orientée vers la communauté et lier les droits avec les responsabilités. Dans le manifeste du Labour Party de 1997, il

était écrit: [« By the strength of our common endeavour to achieve what we cannot do alone to grant each of us the power to realise our full potential, and all of us the means to create, for this and future generations, a community, in which power, wealth and opportunity are in the hands of the many not the few, where the rights we receive reflect the duties we owe, so that, freed from the tyranny of poverty, ignorance and fear, we may live together in a spirit of solidarity, tolerance and respect » (Rentoul, 2001).]

Le New Labour cherchait ainsi à résoudre des problèmes d'ordre social par de nouvelles approches et développer un projet de société qui pouvait renouveler la social-démocratie (Blair, 1998). Cette approche inspirée des idées de Bill Clinton et des Démocrates américains devait concilier les engagements du parti envers la justice sociale, les principes du marché et « proposer un gouvernement plus actif, plus efficace, moins coûteux, un gouvernement rassembleur et porté vers l'avant » (Clinton, 1998, Béland, Vergniolle de Chantal, Waddan, 2002).

Ainsi, Blair parle d'une troisième voie qu'il décrit comme étant : [« The Third Way stands for a social democracy, passionate in its commitment to social justice and the goals of the centre-left, but flexible, innovative and forward-looking in the means to achieve them. It is founded on the values which have guided progressive politics for more than a century – democracy, liberty, justice, mutual obligation and internationalism. But it is a Third Way because it moves decisively beyond an Old Left preoccupied by state control, high taxation and producer interests; and a New Right treating public investment, and often the very notions of “society” and collective endeavour, as evils to be undone. My vision for the 21st century is of popular politics reconciling themes which in the past have wrongly been regarded as antagonistic – patriotism and internationalism; rights and responsibilities; the promotion of enterprise and the attack on poverty and discrimination.” (Blair, 1998).]

L'idée du Third Way en Grande Bretagne provient de deux protagonistes : Tony Blair, Premier ministre de Grande Bretagne et Anthony Giddens, sociologue reconnu et ancien directeur de la London School of Economics. Pour l'un comme pour l'autre, le Third

Way n'est pas un compromis entre le capitalisme et le socialisme, mais plutôt une nouvelle idéologie pour moderniser la social-démocratie (Giddens, 1998). Pour Giddens (2000), la modernisation constitue une nouvelle ère dans la gestion publique où il y a un accent mis sur les réformes des institutions sociales pour répondre aux demandes d'un monde en constante transformation. La modernisation renvoie donc à tous les changements qui se succèdent et qui modifient les pratiques professionnelles, comme le financement, les structures, l'organisation et la prestation de soins et de services de santé. Une emphase particulière est mise sur la flexibilité et le pragmatisme comme moyen d'atteindre des objectifs communs en identifiant les intérêts, en produisant des interactions, en réduisant les conflits et en cherchant à obtenir des ententes à gains mutuels (Newman, 2001).

Pour Newman, Blair et Giddens ont développé quatre concepts dans le cadre du Third Way : la communauté, les responsabilités, l'imputabilité et les opportunités. Ces concepts sont définis comme suit :

- 1- Pour ces derniers, le contrôle social doit se faire au niveau de la communauté. Il faut établir une source alternative de pouvoir autre que les États, les partis politiques ou les associations corporatives. Un plus grand pouvoir au niveau local peut aider à répondre aux besoins des individus, faciliter un sentiment d'appartenance et symboliser l'idée que le gouvernement fait partie de la communauté.
- 2- Le deuxième concept porte sur les responsabilités qui constituent probablement l'élément le plus déterminant du Third Way. L'autonomie doit tenir compte d'une certaine conscientisation des actions et d'une solidarité collective. Les individus doivent être responsables et chercher à s'améliorer.
- 3- Le troisième concept porte sur l'imputabilité. Les institutions publiques et privées doivent démontrer plus de transparence envers les communautés locales et nationales. Les individus et les organisations doivent démontrer une plus grande responsabilité envers les autres, leurs pairs et la communauté.
- 4- Les opportunités sont le quatrième concept. Le New Labour doit mettre l'accent sur l'éducation pour arriver à une certaine égalité d'opportunité et une plus grande

justice sociale. D'ailleurs pour Blair, l'éducation constitue l'élément central pour arriver à plus de stabilité dans les communautés (Blair, 1998).

Avec le Third Way, le New Labour cherche à développer des politiques qui vont encourager l'égalité d'opportunité, aider les plus vulnérables, permettre de lutter contre l'exclusion sociale, lier les droits aux responsabilités, mobiliser les citoyens et la communauté et les adapter au marché et à la globalisation. Pour Blair, il s'agit d'élargir le cercle des gagnants dans la nouvelle économie en investissant dans l'éducation et le capital humain (Blair, 2000).

Dans le NHS, le Third Way représente une nouvelle vision des services de santé, une alternative aux paradigmes dominants des années 70 marqués par le contrôle de l'État, et des années 90 marqués par le marché interne (Hudson, 1999). Pour Powell, le système centralisé de contrôle étatique a marginalisé l'innovation et placé les besoins des institutions devant les besoins des patients, tandis que le marché interne a fragmenté les prises de décision et distordu les incitatifs à un point tel que l'inéquité et la bureaucratie devinrent des caractéristiques principales (Powell, 1999).

Dans le cadre de cette nouvelle vision du rôle de l'État, le NHS doit encourager les partenariats et être orienté vers la performance (DOH, 1997). Le Nouveau NHS doit s'engager à poursuivre les principes historiques du NHS, mais avec des moyens modernes et adaptés (Beckett, 1995; Labour Party, 1996).

Dans le NHS du New Labour, beaucoup de décisions portent sur des initiatives qui semblent rejoindre plusieurs problèmes auxquels font face d'autres systèmes de santé. Ainsi, la France, l'Australie, la Suède, le Canada sont aux prises avec des problématiques similaires et différentes stratégies sont évoquées pour répondre aux problèmes de fonctionnement des systèmes de santé (OCDE, 2004). La réforme du NHS est un cas intéressant pour tenter de mieux comprendre les composantes et les dynamiques d'une réforme dans un système public de santé puisqu'elle cherche à agir à plusieurs niveaux d'interventions et à aborder plusieurs problèmes simultanément.

B- Les services de santé en Grande Bretagne

Afin de mieux comprendre le NHS, il importe de connaître les particularités du système de santé et son évolution. C'est pourquoi, nous nous proposons ici de vous présenter les principales étapes de l'état du système de santé de Grande Bretagne.

À travers l'histoire, le développement de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé est intimement lié à l'attitude de la société envers les plus démunis. À l'époque médiévale, la responsabilité de s'occuper des pauvres incombait à l'Église et aux paroisses qui levaient des taxes pour soutenir leurs activités. Sous Henri VIII, avec la dissolution des monastères et des fraternités religieuses, plusieurs personnes malades et âgées se retrouvèrent sans support. En 1601, sous le règne d'Élisabeth 1^{ère}, une loi fut ainsi passée pour s'assurer que les plus pauvres de la société soient pris en charge, la Old Poor Law. Les démunis étaient pris en charge dans des maisons pour les pauvres souvent sous la responsabilité des paroisses. Toutefois, ces maisons coûtaient cher et certains trouvaient qu'elles encourageaient la paresse et l'oisiveté (Trevelyan, 1988).

En 1834, une nouvelle loi pour les plus démunis a été adoptée, la New Poor Law. Avec cette loi, les gens devaient appliquer pour de l'aide et l'environnement devait être dur et austère pour décourager les applicants. Sous cette nouvelle loi, la responsabilité était retirée des mains des paroisses et remise à des regroupements, des syndicats de la loi pour les plus démunis (Trevelyan, 1988).

Graduellement, des annexes ont été créés pour les soins aux malades. Des infirmeries pouvaient même être retrouvées avec des rudiments de soins à domicile offerts aux malades. Toutefois, les standards étaient très faibles. Les soignants étaient souvent de piètre qualité, les salles étaient bondées de gens et les conditions sanitaires étaient très pauvres. À la fin du 19^e siècle, les conditions étaient si lamentables que le gouvernement a même dû autoriser la construction d'infirmeries séparées avec l'embauche de personnel médical adéquat.

Parallèlement aux services médicaux offerts aux plus démunis, les autorités locales offraient dès 1860 un système public d'hôpitaux qui était composé des hôpitaux d'isolement pour les maladies infectieuses et des asiles pour les maladies mentales et les personnes handicapées. Ce n'est qu'en 1929, qu'une loi qui déléguait toutes les responsabilités médicales et hospitalières aux autorités locales, a été instituée. Les autorités locales quant à elles relevaient de l'Officier médical de la santé (Donaldson, Donaldson, 2003).

À l'époque, l'alternative principale aux hôpitaux publics était les hôpitaux volontaires qui appartenaient à leur début à des congrégations religieuses. Une des plus vieilles institutions l'hôpital St-Thomas de Londres date d'ailleurs du Moyen Âge. Avec le temps, il y a eu de grandes variations dans la taille et les fonctions de ces hôpitaux. Ils offraient souvent des soins de plus haut niveau que les hôpitaux publics et desservaient sélectivement des patients. Par exemple, les médecins des hôpitaux volontaires sélectionnaient des patients avec des problèmes aigus plutôt que des malades chroniques.

À la fin du 19^e siècle, les hôpitaux devinrent plus sécuritaires avec l'introduction des antiseptiques et des anesthésiques. Le développement des rayons X amena aussi les gens à se faire traiter plus à l'hôpital que dans les maisons.

En 1911, la loi d'assurance santé nationale (la loi Lloyd George) a été introduite pour pallier aux manques de soins primaires pour les travailleurs à faible revenu. En 1912, cette loi aidait les employés gagnant moins de £ 160 par année et elle était basée sur les contributions des employés, des employeurs et de l'État. Elle permettait à l'individu de choisir son médecin de famille et d'avoir droit à des services de santé dispensés par l'État. Toutefois, les autres membres de la famille en étaient exclus. Cette loi continua jusqu'à 1948 lorsque le National Health Service fut institué (Donaldson, Donaldson, 2003).

En 1941, le gouvernement conservateur de Churchill assigna Sir William Beveridge pour réviser les schèmes d'assurances et les services disponibles à la population. De ce rapport et avec le livre blanc de 1944 intitulé « A National Health Service », le gouvernement entrepris d'offrir un plan pour un service de santé national. C'est en 1948, sous le règne du Premier ministre du Labour Party, Clement Atlee, que le National Health Service a été créé. Le NHS devait être guidé par certains principes, par exemple si vous êtes malades ou blessés, il y aura un service national de santé pour vous aider et l'accessibilité sera jugée selon les besoins et non sur la capacité de payer ou sur qui est votre médecin ou où vous habitez. Le Ministre de la santé étant responsable d'offrir des soins de santé à toute la population (Labour party, 1996).

Avec la mise sur pied du réseau du NHS, tous les hôpitaux devenaient propriété du gouvernement et le ministère héritait d'institution avec des origines, des traditions et des fonctions souvent très différentes. Avec ces changements, il devenait possible de mieux planifier les services médicaux et hospitaliers dans les localités et de mieux répartir et former les équipes médicales et techniques.

Entre 1948 et 1973, les services de santé étaient organisés autour de trois composantes; soit 1) les services hospitaliers et les hôpitaux universitaires, 2) les services de médecins de famille et 3) les services des autorités locales de santé. En 1974, il y a eu une réorganisation de la gestion autour d'autorité régionale de santé, puis en 1982, on a vu apparaître des District Health Authorities avec plus de responsabilité dans la gestion de services de santé.

La loi « The National Health Service and Community Care » de 1990 a suivi le livre blanc « Working for patients » dévoilé sous le gouvernement conservateur de Margaret Thatcher (DOH, 1989). La réforme du NHS en 1990 introduit une nouvelle approche pour financer et réguler l'offre de services de santé. La réforme devait séparer les responsabilités des acheteurs et fournisseurs de soins de santé au sein du NHS afin de créer une certaine compétition dans le secteur public de la santé. Les autorités de santé et

les médecins de famille devenaient des acheteurs qui devaient financer des soins au patient selon les besoins.

Avant 1990, les Health Authorities (HA) étaient responsables de gérer et financer les services de santé, mais après 1990, les HA devaient acheter et répartir les soins de santé auprès des organisations de santé qui fournissent les services hospitaliers et communautaires. De plus, les réformes ont introduit un nouveau modèle de gestion des soins de santé orienté vers le patient où un médecin de famille devait acheter des services pour ces patients à l'aide d'un budget déterminé ce qu'on a appelé les General Practitioner Fundholding (GP Fundholding). Les GP Fundholding avaient des budgets qui couvraient les services hospitaliers et communautaires, les médicaments et les employés. (Glennester, 1994). Sous le marché interne, les hôpitaux et les autres organisations offrant des services étaient aussi libres de concentrer leurs efforts pour améliorer leur efficacité et leur efficacité pour attirer plus de contrats des GP Fundholding. Des NHS Trusts ont été créés à partir de ces hôpitaux.

En 1997, le New Labour, poussé par une forte victoire électorale, a décidé de revoir de fond en comble l'organisation du National Health Service (NHS) afin de donner un coup de barre à un système qui avait perdu la confiance de sa population. À partir de l'idéologie du Third way sur la modernisation des principes sociaux-démocrates, le gouvernement de Tony Blair a décidé de rompre avec le marché interne et la compétition introduite par le gouvernement conservateur au début des années 90. Le Nouveau NHS devait être orienté vers la gestion de la performance, le partenariat avec les citoyens et la coopération au niveau des organisations afin de répondre aux défis de la mondialisation et aux problèmes d'inégalités sociales (Calnan, Gabe, 2001; Le Grand, 1999).

Les principaux éléments faisant partie de cette modernisation incluaient :

- 1- des standards nationaux clairs,
- 2- la dévolution de responsabilité des services à des instances locales,
- 3- des mécanismes de planification locale,

- 4- le regroupement de médecins de famille et autres professionnels autour d'organisations de soins de santé primaires plus larges,
- 5- une plus grande emphase sur les programmes de santé publique pour améliorer la santé des communautés,
- 6- des partenariats locaux,
- 7- un devoir de qualité et l'implantation de programme de gouvernance clinique,
- 8- un système d'évaluation de la performance.

Avant 1997, le Département de santé déléguait aux Health Authorities (HA) des mandats de gestion, de support à la pratique médicale et d'entente cadre pour des services de santé primaires et secondaires. Mais avec les politiques du New Labour, les pouvoirs des HA étaient modifiés et une bonne partie de leurs activités dévolue aux Primary Care Trusts (PCT). Les Strategic Health Authorities ont maintenant une responsabilité restreinte de s'assurer que les organisations du NHS travaillent ensemble au plan du NHS (Leese, 2002). Les PCT constituent un nouvel ordre dans la chaîne de production du NHS où sont réunis des médecins de famille, des infirmières communautaires et des professionnels des services sociaux pour planifier les services de santé et améliorer la santé des communautés locales. Chaque médecin de famille fait partie d'un PCT et chaque PCT compte de 50 000 à 250 000 patients (Le Grand, 1999).

En 1997, le gouvernement du New Labour a déposé un ambitieux document, le livre blanc « The New NHS » (DOH, 1997), destiné à rendre le système de santé britannique moderne et performant. Il y était affirmé que le gouvernement s'engageait à développer des liens étroits entre les soins de santé et les services sociaux, à abolir le marché interne, et à éliminer les GP Fundholding. Toutefois, on y maintenait la séparation des rôles de planification et de prestation de services de santé et on remplaçait la compétition par de la coopération et du partenariat. De nouvelles entités, 500 Primary Care Trusts seraient responsables de 75% du budget du NHS. Les HA et NHS Trusts ne seraient plus dans une relation fournisseur/acheteur puisque les HA devraient dévoluer leurs fonctions aux PCT qui seraient responsables de développer les services de santé de leur communauté (Powell, 1999).

C'est à cette dernière réforme que nous nous intéresserons dans le présent mémoire. Nous allons donc tenir compte en détail à la structure du NHS mise en place dans le cadre de cette réforme de 1997.

C- Organisations du NHS (Figure 1)

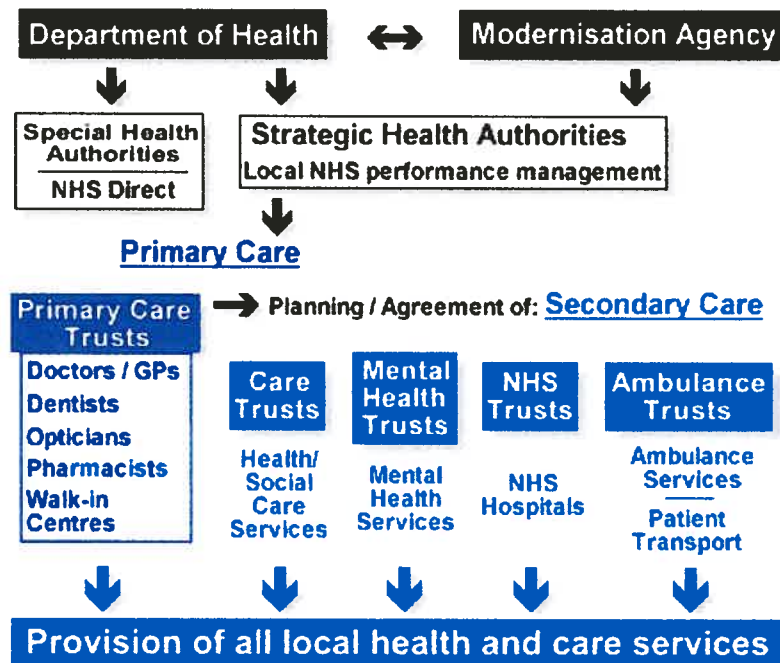
Le gouvernement a développé au cours des années des institutions qui doivent prendre en charge les différentes fonctions du système de santé et le Département de santé a comme responsabilité de s'assurer de la cohérence et de la coordination des organisations du NHS. Avec le plan du Nouveau NHS, de nouvelles agences ont été mises en place afin de donner un meilleur support aux organisations de soins et services de santé. Dans la présente section, nous nous attarderons à décrire ces différentes organisations du NHS afin de permettre une meilleure compréhension des rôles de chacune des composantes du NHS.

Ainsi, dans cette nouvelle structure, le **Département de santé** supporte le gouvernement dans l'amélioration de la santé de la population et il offre un leadership au NHS. Le Département de santé est responsable :

- d'établir la direction générale et les changements au NHS,
- de développer des standards nationaux pour améliorer la qualité des services,
- de s'assurer que les ressources financières et humaines sont suffisantes pour les services,
- de travailler en partenariat avec les différentes organisations du NHS.

L'**Agence de Modernisation** fait partie du plan de réorganisation du Département de santé. L'Agence de Modernisation cherche à supporter les leaders locaux pour qu'ils encouragent et diffusent les meilleures pratiques et les nouvelles façons de faire. À l'aide d'un réseau national, les employés du Département de santé doivent garder contact avec les employés travaillant à des niveaux opérationnels (comme des gestionnaires, des

Figure 1 : Organigramme du NHS



médecins, des infirmières et d'autres professionnels) afin d'apprendre sur les nouveaux développements et noter les problèmes. Par l'apprentissage et par une standardisation des meilleures pratiques, on veut aider à améliorer la qualité des services et la performance des organisations de santé (DOH, 2000; DOH, 1997).

Sous le Département de santé, on retrouve des **Strategic Health Authorities**. Il y a 28 SHA et chacune d'entre elle couvre une population de 1,5 millions de personnes.

Les fonctions des SHA sont :

- d'offrir un leadership stratégique en santé et s'assurer de l'engagement de toutes les organisations de leur région aux objectifs et standards définis,
- de s'assurer que les services et les soins répondent aux besoins des communautés et qu'ils améliorent la santé,
- d'être imputable au Secrétaire d'État à la Santé pour la performance du NHS dans leur région,
- de résoudre les conflits et corriger les problèmes des organisations locales,
- de travailler avec les organisations du NHS et les groupes d'intérêts afin d'améliorer la santé de la population, réduire les inégalités et améliorer la qualité des services,
- d'évaluer et gérer la performance des organisations afin de s'assurer que les populations locales ont accès à des services hautement de qualité.

Les autorités stratégiques gèrent le NHS localement. Elles doivent travailler en étroite collaboration avec les institutions gouvernementales locales et les instances locales de services de santé pour répondre de façon adéquate aux besoins de la population (Donaldson, Donaldson, 2003).

Les **Primary Care Trusts** sont des organisations plus larges de soins primaires qui incluent des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels en soins primaires. Il y a 300 PCT dans la population et chacune couvre environ 170 000 personnes. Les responsabilités des PCT sont :

- d'améliorer la santé de la communauté,
- de s'assurer que les services de santé primaires, secondaires et tertiaires sont de grande qualité,
- d'intégrer localement les soins de santé et les services sociaux.

Les PCT gèrent les services de santé dans les différentes localités. Les PCT sont au centre du NHS puisqu'ils reçoivent près de 75% du budget du NHS. Les PCT sont des organisations locales plus près de la communauté qui sont à même de comprendre les besoins et offrir des services de santé et des services sociaux à la population locale. Ils doivent entre autres établir des contrats pour des soins primaires avec des médecins de famille, des dentistes, des pharmaciens.

Les PCT doivent régulièrement être évalués et surveillés afin qu'on leur assigne un niveau de responsabilité financière et de gestion. Avec une évaluation positive, ils peuvent ainsi devenir plus indépendant et responsable d'une part de budgets pour les services hospitaliers et communautaires, les prescriptions de médicaments et d'autre part de budgets de fonctionnement pour leurs pratiques médicales (Bindman, Weiner, Majeed, 2001; Le Grand, 1999).

Les **Care Trusts** offrent des services intégrés dans une seule organisation (Primary care trusts, NHS Trusts) lorsque différentes organisations acceptent de mettre en commun leurs services et leurs efforts. Les Care Trusts peuvent offrir des services sociaux, des services de santé mentale ou des services de soins primaires. Les Care Trusts offrent plusieurs avantages dont :

- l'amélioration de l'offre des services et une meilleure intégration,
- un système conçu autour du patient et de ses besoins,
- de la flexibilité de travail et de meilleures conditions d'employabilité,
- une structure de gestion unique et une approche multidisciplinaire à partir d'une location,
- une approche stratégique avec des objectifs établis (Donaldson, Donaldson, 2003).

Les **NHS Trusts** ont été créés en 1990 pour offrir plus d'autonomie dans la gestion des hôpitaux. Les NHS Trusts négocient eux mêmes des ententes de services avec les PCT. Ils sont aussi libres de déterminer les conditions de services et les niveaux de rémunération de leurs employés. Ils peuvent acheter et vendre des terrains, des immeubles et d'autres actifs.

Les NHS Trusts participent à la planification des services locaux et ils ont l'obligation de maintenir des services aux patients et s'assurer d'investir dans des nouveaux équipements et recruter adéquatement une relève en santé pour leurs établissements. Les hôpitaux sont gérés par les NHS Trusts qui doivent s'assurer que les services offerts sont de qualité et que l'argent est dépensé de façon efficiente. Certains Trusts sont régionaux, d'autres nationaux pour des services spécialisés. Il y a aussi des Trusts associés à des universités.

Il y a une partie des services qui sont offerts par des hôpitaux privés ou des organisations à but non lucratif, les **private and voluntary hospitals**. Les PCT peuvent avoir des ententes avec ces organisations. Toutefois, principalement, ce sont les patients qui doivent défrayer directement pour leurs soins ou services (Donaldson, Donaldson, 2003; DOH, 2000; DOH, 1997).

Le **NHS Direct** est une façon alternative d'accéder à des services de santé. Le NHS Direct est un service téléphonique où des infirmières donnent des conseils de santé et guident les patients vers les services appropriés. Ce services fonctionnent 24 heures par jour, 365 jours par année. Le NHS Direct offre plusieurs services et informations sur des sujets variés en santé. Le NHS Direct offre aussi des services de qualité sur internet avec des conseils et informations, le NHS Direct Online. Le NHS Direct Online contient une encyclopédie des maladies et conditions de santé, et des guides faciles à utiliser pour comprendre et traiter certains problèmes de santé plus commun. Le service Online offre aussi un service où les citoyens peuvent demander des questions et recevoir des réponses de professionnels (Donaldson, Donaldson, 2003; DOH, 2000; DOH, 1997).

En Grande Bretagne, les politiques et procédures sur les meilleurs pratiques sont de plus en plus élaborées à partir du **National Institute of Clinical Excellence**. Le NICE formule des politiques cliniques grâce au développement de guides cliniques. Ces guides cliniques sont conçus suivant les évidences et les opinions d'expert.

Le NICE a comme rôle de guider les organisations du NHS vers une plus grande efficacité et efficience. Il y a des études faites sur l'évaluation des technologies, des médicaments et le développement de guides cliniques. Le NICE peut évaluer les méthodes diagnostiques, les procédures chirurgicales et la promotion de la santé (Donaldson, Donaldson, 2003; DOH, 2000; DOH, 1997; Le Grand, 2002)

Le **National Service Framework** planifie les services au niveau national afin d'améliorer la qualité des services et réduire les variations au niveau des soins. Le NSF décide de standards nationaux, définit des façons d'implanter les stratégies et établit des façons de mesurer la performance.

La **Commission for Health Improvement** est une entité autonome qui inspecte la qualité. La Commission évalue la gouvernance clinique des différentes organisations et la capacité d'améliorer les services. La Commission regarde si les organisations ont implanté les standards édictés par la NSF et les guides produits par le NICE. La CHI offre aussi des conseils sur le développement de gouvernance clinique dans les différentes organisations du NHS. La CHI évalue les capacités de production de services et offre des recommandations pour pallier aux écarts par rapport aux normes (Donaldson, Donaldson, 2003).

La **National Care Standards Commission** est chargée de réguler les secteurs de services sociaux et de soins de santé privés suivant des standards nationaux pour qu'il y ait constance dans l'offre de services, amélioration de la qualité et protection du public.

La Commission cherche à améliorer la qualité des services et protéger le public par le maintien des standards clairs dans les hôpitaux privés et les organisations privés et sans but lucratif.

La **Audit Commission** a la responsabilité de faire les vérifications financières externes des autorités locales du NHS. Elle examine comment les fonds publics sont dépensés. Elle peut aussi entreprendre des vérifications sur certains sujets et faire des recommandations comme par exemple l'utilisation de lits d'hôpitaux pour des soins aigus, la chirurgie d'un jour, et les soins à la communauté.

Le **National Audit Office** est mandaté par le Parlement pour examiner les dépenses publiques. Cet organisme est indépendant du gouvernement et il vérifie tous les comptes des départements du gouvernement et des agences. Le NAO donne des rapports sur la façon dont l'argent public est dépensé et l'économie, l'efficacité et l'efficacité des institutions publiques. Son but est de promouvoir des standards élevés au niveau de la gestion des finances.

Dans son plan de 2004, le gouvernement a proposé de revoir les structures et de créer la **Commission for Healthcare Audit and Inspection**. La CHAI réunirait la Audit Commission et la Commission for Health Improvement et le rôle privé de la National Care Standards Commission. Cette nouvelle commission a pour rôle d'inspecter les standards de soins de santé offerts dans le système public et le système privé.

Autres organisations :

Le **Social Service Inspectorate** fait partie du Département de santé et évalue la qualité des services sociaux des organisations locales.

Le **General Social Care Council** aide les employés travaillant dans le milieu des services sociaux à développer des compétences de pratiques et de formation.

Le **Social Care Institute of Excellence** développe des recherches basées sur les évidences et diffuse les meilleurs pratiques dans les services sociaux aux organisations de santé.

Les **Mental Health Trusts** offrent des services de santé aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Les services compris vont de thérapie psychologique à des services médicaux spécialisés pour des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale.

Les **Ambulance Trusts** s'occupent de l'accès urgent à des soins de santé. Des ambulances sont appelées en renfort pour transporter des patients aux hôpitaux pour les faire traiter d'urgence (Donaldson, Donaldson, 2003).

Au cours de son histoire, le NHS a toujours cherché à développer et maintenir un équilibre entre les valeurs de justice sociale, de liberté, et d'efficacité. Avec cette panoplie d'organisations, le rôle du Département de santé devient crucial pour s'assurer de la cohérence, de la coordination et de l'imputabilité des organisations du NHS. Avec le Nouveau NHS, le gouvernement Blair a mis en place une réforme institutionnelle qui prend en compte les nouveaux développements et les nouvelles connaissances issus d'un monde en plein essor scientifique et technologique. Le NHS doit à l'avenir être près des citoyens et de la communauté, être de qualité et performant et être capable de s'adapter aux changements.

D- Positionnement de la réforme du NHS avec les autres réformes des pays de l'OCDE

Des réformes de système de santé sont en cours dans plusieurs pays de l'OCDE afin de stabiliser l'offre et la demande de services et mieux contrôler les coûts de santé. Certains gouvernements proposent des changements volontaires à l'organisation des soins de santé, tandis que d'autres obligent ou imposent leurs façons de faire. De plus, ces réformes observées peuvent parfois demander des approches à plusieurs niveaux de

l'organisation des soins de santé. Dans cette section, nous discuterons des différentes approches utilisées pour réformer les systèmes de santé et nous situerons les initiatives entreprises par le gouvernement britannique pour réformer le NHS parmi d'autres initiatives similaires de pays de l'OCDE.

Au préalable, il apparaît utile de faire un retour sur la situation économique et organisationnelle de certains pays de l'OCDE. En 2000, les dépenses totales en santé per capita étaient de seulement \$1813 en Grande Bretagne comparé à \$2887 en France, \$2580 au Canada, \$2780 en Allemagne et \$4540 aux États Unis (OCDE, 2003). Les infrastructures en santé en Grande Bretagne étaient désuètes avec de vieux bâtiments et les équipements étaient devenus inadéquats (OCDE, 2003). La Grande Bretagne avait aussi peu de professionnels. En effet, elle comptait 2 praticiens par 1000 de population comparativement à 2,8 aux États Unis, 3,3 en France et en Allemagne. Le système était donc mal adapté pour offrir des soins appropriés à la population.

Dès 1997, le gouvernement Blair a décidé d'augmenter de façon drastique le financement du système pour que les dépenses soient comparables à celles du continent européen. Le système devait sortir de son état lamentable afin de redonner confiance au public et limiter la privatisation du NHS (Stevens, 2004). Le gouvernement Britannique a donc augmenté les taxes en Grande Bretagne en 2003 pour financer des hausses de dépenses en santé de 7,4% en coût réel par année pour les cinq années suivantes. Cette augmentation de 43% des dépenses en coût réel allait augmenter la part du PIB consacré à la santé de 6,8% en 1997 à 9,4% en 2007-2008.

Au niveau des infrastructures en Grande Bretagne, le gouvernement a décidé de faire de nouvelles alliances avec le privé pour la construction des hôpitaux publics (des initiatives financées par le privé). Ainsi, dans certains cas, le secteur privé fait le design des bâtisses, les construit, les finance et les opère, tandis que le public gère les activités médicales et hospitalières.

Parmi les pays de l'OCDE, plusieurs stratégies ont été initiées afin d'adapter les systèmes de santé aux nouvelles réalités du milieu de la santé. Avec une attention particulière sur la littérature disponible et les résultats du Health Project de l'OCDE, nous avons révisé les réformes entreprises dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE et après analyse, nous avons positionné ces stratégies selon quatre grands pôles. Ces pôles représentent les secteurs de changement qui ont été entrepris dans différents pays de l'OCDE. Le premier secteur concerne l'amélioration de la qualité, le deuxième porte sur la gestion des ressources humaines, le troisième décrit la modernisation des services de santé, puis le quatrième révisé les initiatives de standardisation et d'évaluation des technologies. Dans la discussion qui suit, nous élaborerons sur ces stratégies dans le contexte de réformes observées dans plusieurs pays de l'OCDE.

1) L'amélioration de la qualité

Des études qui évaluent le fonctionnement des systèmes de santé ont démontré l'existence de problèmes importants au niveau de l'organisation des soins médicaux. Les soins peuvent être parfois surutilisés, sous-utilisés ou mal utilisés à cause de problèmes soit individuels ou systémiques ((DOH, 2000; OCDE, 2004; Commonwealth Fund, 2000; Spear, 2005). Le degré d'incohérence et d'inconsistance dans l'exécution et les décisions médicales remet en question l'organisation des pratiques et la gestion. Il y a des variations importantes qui réduisent les attentes des patients pour des soins efficaces et accessibles. Plusieurs pays ont donc convenu de faire des réformes pour s'assurer que les soins soient meilleurs, sécuritaires et efficaces (OCDE, 2004).

La pratique de la médecine a beaucoup changé avec le temps. Les soins de santé sont maintenant dispensés par des institutions complexes et dynamiques. Ces institutions sont caractérisés par une infrastructure complexe et par la collaboration d'une variété de professionnels médicaux et non médicaux.

Or, plusieurs pays ont entrepris des réformes pour améliorer la qualité des processus de production afin d'adapter les pratiques et les organisations aux nouvelles réalités du

milieu de la santé. Un exemple qui permet de comprendre le potentiel des approches d'amélioration de la qualité sur les pratiques concerne le développement majeur du secteur de l'anesthésiologie au cours des années. L'anesthésiologie est un exemple d'effort mené par des professionnels pour améliorer la sécurité et la qualité des processus de production. Après que les faits eurent démontrés dans les années 50 que l'anesthésie pouvait mener à des morts non nécessaires et à des dommages cérébraux, les leaders de la profession se sont concertés pour introduire des changements importants dans les équipements, les protocoles de préparation des patients, l'évaluation et la documentation (Pierce, 1996). Des projets de recherches ont été lancés pour identifier les meilleures pratiques et les pratiques associées avec de haut taux de morbidité et de mortalité. Suite aux changements apportés, les taux de mortalité sont passés de 1 dans 10 000 dans les années 70 à 5 par 1 000 000, à cause d'un contrôle rigoureux de la qualité (Chassin, Galvin, 1998). D'autres secteurs comme la chirurgie cardiaque utilisent des techniques similaires (Malenka, O'Connor, 1998).

La réforme du Veteran Health Administration (VHA) aux États Unis est un autre exemple de modifications apportées à un système de santé pour améliorer la qualité des organisations (Kizer, 2000). Le VHA qui a comme mandat d'offrir des soins médicaux et de réhabilitation aux vétérans, a été confronté à des rapports dévastateurs au niveau des soins et de la gestion. La crise a mené à une restructuration en profondeur du réseau au milieu des années 90 ce qui a résulté dans l'implantation de soins primaires universels aux vétérans. Il y a eu création de réseaux de services intégrés combinée avec des programmes de gestion de la performance basés sur l'évaluation, des investissements dans les technologies de l'information et l'utilisation des guides. En quatre ans, la mortalité chirurgicale a diminué de 9% et l'atteinte d'objectifs de soins préventifs a augmenté de 34% à 81%. Le coût par patient a aussi diminué de 25% durant une période de 5 ans (Kizer, 2000).

Plusieurs pays de l'OCDE ont investis d'importantes sommes d'argent dans des projets et institutions pour améliorer la qualité. Par exemple, les ministères de la santé Danois et Hollandais ont mis sur pied des projets de développements d'indicateurs qui vont

permettre d'évaluer la qualité des services. Le gouvernement Tchèque a quant à lui un centre pour l'assurance de la qualité en santé. Aux États Unis, le gouvernement fédéral a établi un système national pour évaluer et rapporter la qualité, tandis que la Grande Bretagne a des agences pour établir des standards de qualité et améliorer la qualité des services (OCDE, 2004).

Les meilleures pratiques peuvent diminuer les coûts en éliminant les procédures inappropriées, en implantant des stratégies de prévention efficace et en évitant les conséquences d'erreurs médicales. Des soins meilleurs et plus sécuritaires peuvent prolonger la vie des patients atteint de maladies chroniques et rendre des interventions chirurgicales possibles pour des patients dont les risques faisaient d'eux des cas inopérables.

2) La gestion des ressources humaines

Plusieurs pays de l'OCDE ont aussi révisé leurs pratiques de gestion des ressources humaines et tenté de développer de nouveaux modèles de pratique et des objectifs pour atteindre une quantité suffisante de professionnels. Or, malgré un certain degré de planification de l'offre de services, plusieurs pays de l'OCDE ont connu des problèmes de quantité et de distribution de médecins et autres professionnels au cours des dernières années. Dans certains pays, le manque de professionnels a créé des problèmes importants dans l'organisation des services et le fonctionnement des organisations. Avec le vieillissement de la population, les développements technologiques et les attentes des patients, plusieurs systèmes de santé ne réussissent pas à répondre aux demandes et aux besoins de la population (OCDE, 2004).

Or, la croissance de l'offre des services peut être affectée par plusieurs facteurs comme : les restrictions d'entrée dans les facultés de médecine et de soins infirmiers, la durée des études, les tendances à vouloir travailler moins d'heure, les préretraites et les retraites partielles, et le vieillissement de la main d'œuvre.

De plus, d'après le rapport de l'OCDE de 2004, il y a une relation entre la densité de médecins dans une région et les temps d'attente pour des chirurgies électives. Des densités élevées de médecins et infirmières à travers les pays sont associées à de meilleurs résultats de santé et à une meilleure adaptabilité. D'ailleurs, le Mexique, l'Australie, la Nouvelle Zélande, l'Espagne et les États Unis ont cherché à augmenter le nombre de professionnels dans les régions rurales et pauvres afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. À noter, la densité de médecins est plus élevée dans les pays qui n'ont pas contrôlés les entrées dans les facultés comme l'Australie, la Belgique, la Grèce et la Suisse (OCDE, 2004). Les gouvernements doivent être prudents lorsqu'ils réduisent de façon importante le nombre de professionnels soit par des mises à la retraite ou par des réductions dans les admissions des facultés du domaine de la santé. Par exemple, le Canada a rehaussé les budgets en santé à la fin des années 90, mais à cause d'un manque de professionnels disponibles, il n'y a pas eu d'augmentation substantielle de l'offre de services pour répondre à la demande (OCDE, 2004).

En Grande Bretagne, le nombre de médecins a été augmenté substantiellement avec une hausse de 55% des étudiants dans les facultés de médecine. Il y a aussi des incitatifs financiers, des programmes plus flexibles pour encourager le retour au travail des médecins avec de jeunes enfant, pour recruter des professionnels de l'étranger. En Grande Bretagne, des politiques ont été établies pour retenir les médecins plus vieux en offrant des heures de travail plus flexibles et de meilleurs salaires. Le gouvernement a ciblé les conditions de travail pour les professionnels de la santé et on envisage aussi d'augmenter l'âge de la retraite (OCDE, 2004).

Pour ce qui est des infirmières en Grande Bretagne, des approches similaires ont permis d'augmenter le nombre d'infirmières de plus de 50 000 depuis 1997 (DOH, 1997). Dans plusieurs autres pays, comme l'Australie, le Canada, la Finlande, le Mexique, la Nouvelle Zélande et les États Unis, certaines régions géographiques ont beaucoup de difficulté à offrir des services parce qu'ils n'ont pas suffisamment de personnels, il y a donc eu augmentation du nombre d'inscriptions dans les écoles de soins infirmiers pour pallier à ce manque (OCDE, 2004).

Les infirmières sont souvent attirées par des facteurs autres que les salaires (While, 1998). Il doit y avoir satisfaction dans le travail et un besoin altruiste d'aider les autres. Les infirmières peuvent par exemple vouloir réduire leurs heures de travail si les salaires sont au dessus d'un revenu satisfaisant. En Belgique, des hôpitaux ont innové en offrant des conditions de travail plus souples. Les infirmières de plus de 45 ans ont la possibilité de travailler 36 heures et les infirmières de plus de 55 ans, 32 heures pour un équivalent de 40 heures de salaires (OCDE, 2004).

Plusieurs pays ont répondu à ces manques de ressources en utilisant des stratégies de planification et de régulation, des incitatifs financiers et d'autres mécanismes pour redistribuer l'offre. Des pays de l'OCDE ont démontré un intérêt à payer les professionnels selon les résultats, les récompensant pour la qualité des soins et l'amélioration de la santé des patients. En Grande Bretagne, le cinquième du revenu des médecins est lié à des indicateurs de qualité et de performance. L'Australie a depuis 94 un système qui récompense les médecins dans l'atteinte d'objectifs de qualité et d'efficacité. Les incitatifs financiers peuvent influencer la performance, toutefois ils peuvent avoir des effets néfastes comme concentrer les efforts vers des cibles de performance et délaisser d'autres aspects importants. Il peut aussi y avoir une tendance à moins s'occuper de patients à haut risque. Il doit donc y avoir une attention particulière porter sur le design et l'implantation d'incitatifs (OCDE, 2004).

Une direction entreprise par des gouvernements pour améliorer l'efficacité dans l'offre des services a été d'établir des arrangements pour améliorer la coordination et réduire la fragmentation dans les processus de soins. Des Départements de la santé offrent aux organisations de nouvelles incitations aux acteurs pour améliorer la performance et l'intégration. Les organisations qui performant bien reçoivent des bonus financiers et une plus grande autonomie, tandis que les organisations qui performant moins bien doivent suivre des mesures spécifiques.

3) La modernisation des services de santé

Avec les nouvelles connaissances et les nouveaux développements technologiques, les professionnels ont plus de difficulté à rester informés sur les nouvelles pratiques et les nouvelles façons de faire. Les hôpitaux et les autres organisations ont de plus en plus besoin de conseils et de formation sur les nouvelles méthodes et procédures pour s'assurer que les nouveaux développements sont de qualité et sécuritaires.

La compétence et le jugement des professionnels ont longtemps été sous contrôle d'organismes professionnels de régulation. Mais suite à des études qui font état de grandes variations dans les pratiques et d'erreurs médicales, plusieurs gouvernements de pays de l'OCDE ont entrepris des réformes pour développer des compétences et moderniser les organisations.

Pour adapter les organisations aux nouvelles pratiques et aux nouvelles technologies, le gouvernement de Grande Bretagne a créé l'Agence de Modernisation (AM). L'AM cherche à aider les professionnels à améliorer leurs compétences et travaille de concert avec le NHS University pour offrir des opportunités d'apprentissage aux employés. Une autre institution, le National Patient Safety Agency rapporte les erreurs médicales afin de corriger les mauvaises pratiques et améliorer les processus de production des organisations de santé.

En Hollande, ce sont les associations professionnelles qui ont comme responsabilité de transmettre les connaissances et de développer des standards de qualité des services. En France, les associations professionnelles ont élaboré des évaluations des aptitudes médicales et des réaccreditations pour les professionnels de la santé. Aux États Unis, des organisations chargées d'améliorer la qualité ont des contrats avec le gouvernement pour mesurer la performance et aider les hôpitaux à adapter les meilleurs modèles et stratégies.

Toutefois, il est difficile d'évaluer des résultats cliniques, c'est pourquoi plusieurs pays ont concentré leurs efforts sur le développement d'indicateurs de performance et de

systèmes d'information qui évalue et améliore la performance. Les États Unis ont un système basé sur les DRG (Diagnosis Related Groups) pour les cas de Medicare et Medicaid pour connaître les activités des services hospitaliers et ainsi réduire les variations. Ils ont aussi investi dans des systèmes d'information qui tiennent compte de la qualité des soins et d'autres mesures de la performance. Au Japon, les patients sont regroupés en DPC (Diagnosis and Procedure Combination). Ce système diffère des DRG puisque le paiement se fait per diem diminuant lorsque le patient reste plus longtemps à l'hôpital. Le Japon a aussi investi dans les dossiers médicaux électroniques pour améliorer l'efficacité, standardiser les pratiques médicales et rendre disponible l'information aux patients (Ikegami, Campbell, 2004).

Par ailleurs, pour moderniser le système de santé britannique, le gouvernement de Grande Bretagne a investi £ 2,3 milliards en 3 ans pour informatiser les dossiers médicaux de 50 millions de personnes en Angleterre. Ces dossiers sont échangeables avec les réseaux informatiques des médicaments et de prise de rendez-vous. Les objectifs de cette réforme sont de réduire les erreurs dans la prise des médicaments, de diminuer des pertes de dossiers médicaux et de supporter les décisions cliniques.

Ces réformes conçues pour moderniser et adapter les pratiques valorisent les approches coopératives et l'échange de données sur les meilleures pratiques pour adapter les organisations à un monde en constant changement (OCDE, 2004).

4- La standardisation et l'évaluation des technologies

Plusieurs pays de l'OCDE ont choisi la voie de l'imputabilité pour répondre aux variations dans la qualité des soins et les résultats de santé. Les mécanismes d'imputabilité sont associés à l'atteinte de standards de qualité et à l'établissement des priorités. D'ailleurs, les décideurs politiques et les professionnels adoptent de plus en plus les concepts du evidence based medicine comme stratégie pour transférer les notions de recherche clinique à la pratique et aux décisions politiques. Ces initiatives incluent le

développement de guide clinique et l'évaluation des technologies de la santé (OCDE, 2004).

Néanmoins, il y a d'énorme difficulté à amener les professionnels et les décideurs à changer leur perception quant à l'importance de la standardisation et de l'établissement des priorités. L'expérience américaine est révélatrice de la grogne que des professionnels peuvent ressentir lorsqu'on leur impose des processus standardisés de pratiques. Dans certains cas, il y a eu arrêt de développement de guides cliniques financés par le public (OCDE, 2004). De plus, il est difficile de maintenir des standards et des évaluations de technologies qui reflètent l'état actuel des connaissances étant donné l'évolution rapide et constante des connaissances dans le domaine de la santé.

En Grande Bretagne, on a mandaté des organisations pour superviser l'établissement de standards nationaux et l'élaboration de guides cliniques. Le National Service Framework, par exemple, spécifie des standards pour des conditions comme les maladies cardiaques et le diabète. Le Département de santé a fixé des objectifs spécifiques pour améliorer le système de santé comme :

- 1- de réduire les taux de mortalité dû au cancer de 20% chez les moins de 75 ans en 2010,
- 2- de réduire les taux de mortalité dû aux maladies cardiaques de 40% chez les moins de 75 ans en 2010,
- 3- de réduire les taux de suicide et de blessures indéterminées de 20% dès 2010,
- 4- de réduire les inégalités en santé de 10%, mesuré par la mortalité infantile et la durée de vie à la naissance en 2010,
- 5- de réduire les taux de grossesse de 50% chez les moins de 18 ans dès 2010,
- 6- de garantir l'accès à des soins primaires en 2 jours dès 2004,
- 7- de compléter les traitements ou d'admettre tous les accidents et urgences en moins de 4 heures,
- 8- de réduire les attentes pour toutes les chirurgies à 12 semaines dès 2008,
- 9- d'améliorer les expériences des patients,
- 10- d'améliorer l'efficacité des soins du NHS d'au moins 2% par année.

L'Espagne a aussi développé des guides cliniques pour les pratiques hospitalières afin de réduire les variations et améliorer la qualité des soins. La France, quant à elle, publie des protocoles officielles, les références médicales officielles. D'autres pays ont plutôt choisi d'établir des programmes d'accréditation pour les hôpitaux afin de savoir si ces derniers se conforment à des standards établis.

Avec les percées médicales, les systèmes de santé financés par le public sont confrontés aux développements des nouvelles technologies et des nouvelles connaissances. Le défi d'établir des priorités ou de rationaliser les soins de santé a mené les gouvernements à prendre une approche plus systémique dans les décisions de couvrir des traitements ou de rendre accessible certaines technologies dans le cadre du système de santé (Ham, Robert, 2003).

Toutefois, une conclusion qui ressort des expériences internationales est le chaos dans les prises de décision et la nature hautement politique de l'établissement des priorités. Allouer des ressources rares lorsqu'il y a compétition au niveau de la demande peut être à la fois un défi économique et un casse tête politique parce que donner haute priorité à un service signifie donner une basse priorité à un autre. En particulier, une des raisons pour laquelle les leaders politiques ont de la difficulté à s'engager dans le rationnement est leur difficulté à accepter de prendre la responsabilité pour des choix impopulaires (Ham, Robert, 2003).

Dans ce contexte, rationaliser avec des guides cliniques plutôt que par exclusion de la couverture de certains services donne la responsabilité aux agences à un niveau méso et au médecin à un niveau micro, mais les guides cliniques peuvent être aussi utilisés avec les exclusions dans le choix des traitements appropriés. Aux Pays-Bas, les chirurgies esthétiques, la dentisterie pour adultes et la médecine homéopathique sont exclues, tandis que les guides cliniques sont utilisés pour la majorité des autres services. En Orégon, l'inclusion de services dans la liste de traitements couverts est accompagné de l'utilisation de guides cliniques pour s'assurer que les services sont offerts de façon

appropriée. En Grande Bretagne, le NICE donne conseil aux politiciens pour l'établissement des priorités (Ham, Robert, 2003).

Or, les changements technologiques ont un grand impact sur les résultats de santé, la qualité des soins et les dépenses en santé. Les nouveaux produits, les nouvelles procédures et les nouvelles technologies augmentent les coûts dans le court et moyen terme, mais diminuent les coûts dans le long terme ou préviennent et diminuent les besoins pour des conditions plus sérieuses (Ham, Robert, 2003).

Toutefois, les différences dans l'utilisation des technologies sont très variées entre les divers pays et les résultats sur leur utilisation souvent variables. Il y a une grande inconnue quant à l'utilisation appropriée des technologies et au gain réel au niveau des coûts et des bénéfices (OCDE, 2004).

La Nouvelle Zélande a mise sur pied le National Health Committee pour aider à la prise de décision. Le NHC détermine les bénéfices, l'efficacité et l'utilisation juste des fonds public. En Nouvelle Zélande, le travail d'évaluation des technologies est prise en charge à la fois par le National Health Committee, le Health Funding Authority, le New Zealand Health Technology Assessment et PHARMAC (Ham, Robert, 2003). PHARMAC est une institution qui évalue les médicaments et qui décide quel médicament doit être couvert par le régime public selon l'évidence de l'efficacité et des coûts.

Au Canada, il y a un grand nombre d'institutions qui offrent des supports à la décision comme le Western Canadian Waiting List Project, le Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, le Canadian Council on Health Technology Assessment, le Drug Quality and Therapeutic Committee, le Cardiac Care Network of Ontario, le Cancer Care Ontario et l'Agence d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé du Québec (AÉTMIS). Malgré le nombre et le type d'institutions engagés dans l'établissement des priorités pour les technologies de la santé, l'évidence et les faits sont souvent similaires et limités (Ham, Robert, 2003). L'emphase est mise sur la collection, l'analyse et la diffusion de l'information et sur l'efficacité et les coûts des

technologies sur la santé. D'ailleurs, il n'y a pas de stratégies concertées pour l'établissement des priorités à travers le Canada (Ham, Robert, 2003).

La Norvège a développé le Centre pour l'évaluation des technologies de la santé norvégien (SMM). Cette institution revoit les procédures utilisées et évalue les coûts, risques, et bénéfices des technologies. Le SMM est consultatif et ne prend pas de décision.

En Grande Bretagne, le National Institute for Clinical Excellence a pour rôle d'évaluer les technologies et de faire des recommandations sur les services que le NHS doit financé. Le NICE doit évaluer les nouvelles technologies, développer et diffuser des guides cliniques et surveiller les résultats des vérifications cliniques. Le NICE doit par exemple clarifier quel traitement fonctionne mieux pour les patients. L'efficacité clinique inclus le bénéfice actuel ou projeté, la réduction de la mortalité et de la morbidité, l'amélioration de la qualité de vie et les coûts directs et indirects.

Les réformes poursuivies par plusieurs pays de l'OCDE ont pour but de stabiliser l'offre et la demande de services et mieux contrôler les coûts de santé. Ces réformes cherchent à éliminer les variations dans la qualité des soins de santé et mieux adapter les systèmes de santé aux changements. Comme nous avons vu dans cette section, certaines initiatives ont été faites au niveau de l'amélioration de la qualité et de la gestion des ressources humaines afin de mieux prévoir l'offre et la demande de services. Il y a aussi eu des efforts au niveau de la modernisation des services de santé afin de mettre l'emphase sur la modernisation des pratiques, des équipements et des infrastructures. Finalement, une attention a été portée à la standardisation et à l'établissement des priorités pour mieux évaluer les nouveaux développements, les nouvelles connaissances et les intégrer aux pratiques cliniques et au domaine de la gestion. De nombreuses initiatives qui ont été tenté dans plusieurs pays de l'OCDE avec des impacts différents et variables sur les politiques en santé, sur la qualité des services et sur la performance organisationnelle des systèmes de santé.

Pour mieux comprendre les réformes du système de santé britannique et mettre un peu d'ordre dans cette panoplie d'agences et d'organisations qui supportent l'offre de services de santé, nous allons porter notre attention dans la prochaine section à expliquer et analyser un modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS.

4- MODÈLE LOGIQUE

Maintenant que nous avons caractérisé la réforme du NHS et que nous l'avons positionné dans l'univers des réformes entreprises récemment dans les systèmes publics de santé, nous allons développer notre modèle de gestion de la performance adapté au NHS. Le NHS comporte des avantages notables dans le développement de notre modèle puisqu'avec ses nombreuses initiatives et ses agences pour supporter la performance, il apporte une panoplie d'information pour concevoir une logique d'organisation. Dans le présent cas, nous chercherons à développer une intelligibilité, une cohérence autour de la réforme du NHS entreprise sous le gouvernement du New Labour.

Nous utilisons le modèle parce qu'il a comme fonction de fournir une représentation d'un système existant qui met en évidence les propriétés de ce système que l'on veut spécialement connaître, au détriment d'autres propriétés jugées moins pertinentes (Durand, 1979). La modélisation est l'action d'élaboration et de construction intentionnelle, par composition de symboles de modèles susceptibles de rendre intelligible un phénomène perçu complexe, et d'amplifier le raisonnement de l'acteur projetant une intervention délibérée au sein du phénomène, raisonnement visant notamment à anticiper les conséquences de ces projets d'action possibles (Le Moigne, 1990).

Le NHS est un système hautement complexe et cette complexité reflète la multitude d'objectifs associés aux différentes organisations de santé. Or, le manque de cohérence et de clarté peut donner des messages confus aux gestionnaires, aux cliniciens et au public (Smith, 2002). Il importe donc pour toutes organisations de développer une cohérence intellectuelle autour d'un système de représentation et de conception pour qu'il y ait atteinte d'objectifs d'amélioration de la qualité des services et de performance organisationnelle.

La performance organisationnelle telle que définie par Sicotte et al. est un concept complexe et intégrateur. Cette complexité est représenté par le maintien d'une tension

dynamique entre ces fonctions. Or, le modèle est utile pour schématiser des relations dynamiques et continues entre des dimensions. Un modèle qui représente les différentes fonctions ou dimensions de la performance est donc de grande importance pour comprendre la logique du concept de performance. Pour mieux organiser la gouvernance des organisations de santé et du Département de santé et les rendre plus imputables, responsables et efficaces, nous avons donc développé un modèle de gestion de la performance qui tient compte de plusieurs aspects essentiels à la performance. Les éléments retenus suivent entre autres des concepts développés par Smith (2002) pour qui la gestion de la performance doit tenir compte de l'orientation, de l'évaluation et de l'adaptation. La première fonction d'orientation a pour but de permettre la transmission des priorités aux organisations locales et aux individus. Il y a consensus auprès des professionnels que la promotion de guides cliniques peut en principe contribuer à l'amélioration des pratiques (Smith, 2002). La deuxième fonction d'évaluation réfère aux principes d'atteinte de la qualité des services. Il faut s'assurer que les moyens de production correspondent aux besoins des patients et qu'il y ait des processus d'amélioration continue de la qualité. La troisième fonction d'adaptation doit permettre aux organisations de s'adapter aux changements et atteindre la performance organisationnelle. Il y a un besoin de reconnaître et d'agir sur les opportunités d'amélioration de la performance (Smith, 2002). Les objectifs de gestion de la performance selon Smith sont d'identifier et de diffuser les priorités nationales aux gestionnaires locaux et d'offrir l'information, les incitatifs et les capacités pour s'adapter de façon appropriées (Smith, 2002).

Dans l'élaboration de notre modèle, nous utilisons les éléments de Smith et développons des composantes et des relations cohérentes dans notre système de représentation pour permettre l'atteinte d'objectifs de performance organisationnelle. Dans la section qui suit, nous discuterons des systèmes retenus pour offrir une cohérence au modèle de gestion de la performance adapté au NHS. Ces systèmes réfèrent 1) à l'intégration pour qu'il y ait une meilleure coordination dans la production des services et le fonctionnement des organisations, 2) à l'orientation pour qu'il y ait évaluation des nouvelles priorités, technologies et projets et standardisation des processus, 3) à l'amélioration continue de la

qualité pour l'évaluation des processus de production et l'identification et la diffusion des meilleures pratiques, puis finalement, 4) à la modernisation pour développer des compétences et un leadership efficace dans les organisations et adapter les organisations non performantes pour qu'elles atteignent des niveaux d'efficacité reconnue.

1) Système d'intégration

L'expression que nous utilisons pour le premier élément de notre modèle réfère au propos de Gillies et Shortell pour désigner l'intégration et la coordination au niveau organisationnelle. Ainsi, le système d'intégration doit offrir des soins coordonnés à travers un continuum à une population définie (Gillies, Shortell, Young, 1997). L'intégration peut être définie comme l'étendue à laquelle les fonctions et les activités sont coordonnées à travers les unités opérationnelles pour maximiser la valeur des services aux patients. Les organisations de santé qui se retrouvent dans un contexte de système d'intégration doivent être structurées efficacement pour que le fonctionnement en silos soit diminué et qu'il y ait une plus grande continuité dans les services offerts au patient. Un système fragmenté encourage la duplication et la redondance ce qui peut occasionner perte de temps et manque de suivi de la clientèle. Un système d'intégration doit offrir des soins de qualité à moindre coût, s'adapter à un monde en changement et tenir compte des différents types d'intégration (Gillies, Shortell, Young, 1997).

a. Les formes d'intégration peuvent être identifiées et définies :

1- L'intégration virtuelle, c'est à dire les alliances contractées ou obtenues entre certaines composantes du système, permet de préserver l'autonomie sans provoquer de fragmentation. Avec une intégration virtuelle, on peut utiliser des systèmes d'information et des technologies de l'information et des communications modernes pour échanger rapidement des informations sans subir les conséquences d'un contrôle central parfois abusif (OMS, 2000).

2- L'intégration clinique demande une vision globale de l'organisation des services. Les services au patient doivent être coordonnés à travers les personnes, les fonctions, les activités et les sites pour maximiser la valeur des services offerts au patient (Shortell, Gillies, Anderson, 2000). Il y a une intégration clinique horizontale qui réfère à la coordination d'unités opérationnelles de même niveau du processus de dispensations de soins et une intégration clinique verticale qui réfère à des unités opérationnelles de niveaux différents (Gillies, Shortell, Young, 1997).

3- L'intégration des médecins suppose que les médecins s'entendent avec les organisations de santé quant aux buts et aux objectifs recherchés par le système. Les médecins doivent développer une vision commune des objectifs d'intégration puisqu'ils sont liés économiquement et socialement au système. De fait, les médecins utilisent les équipements, travaillent en équipe et participent activement au traitement et à la gestion. La coordination des activités de support et une culture de collaboration, d'innovation et de développement de nouveaux services doit amener à une plus grande intégration des médecins (Shortell, Gillies, Anderson, 2000).

4- L'intégration fonctionnelle repose sur les prémisses que les activités et les fonctions de support comme la gestion financière, la planification stratégique, la gestion des ressources humaines et la gestion informatique sont coordonnés à travers les unités opérationnelles pour donner plus de valeurs au système de santé. L'intégration implique qu'il y a échange et mise en commun de pratiques et de politiques pour chaque fonction (Shortell, Gillies, Anderson, 2000).

Différentes formes d'intégration entraînent nécessairement différentes applications et différents impacts sur l'organisation du système de santé. Alors, pour atteindre des niveaux d'intégration reconnue, il faut mettre l'emphase sur différentes formes d'intégration.

Une première emphase doit être mise sur l'intégration fonctionnelle. L'intégration au niveau des ressources humaines favorisent la mise en place de processus et de politiques facilitant le mouvement du personnel entre unités opérationnelles. L'intégration de la gestion financière permet de budgétiser et d'allouer les capitaux là où il y a besoin et demande de services.

Une seconde emphase doit être porté sur l'intégration des médecins. L'intégration des médecins implique qu'il doit y avoir échange d'information entre collègues, implantation de guides cliniques, développement de mesure sur la performance et formation sur les nouvelles connaissances. Ces changements reflètent une restructuration des pratiques qui doivent être plus centrée sur le patient (Shortell, Gillies, Anderson, 2000).

Enfin, pour atteindre des niveaux d'intégration plus importants, une troisième emphase doit être mise sur l'intégration clinique. L'intégration clinique nécessite une intégration du processus de soins au patient et une intégration administrative au niveau intra et interorganisation. Pour Conrad, le système doit être capable de planifier, d'offrir des services, de monitorer et d'ajuster les soins aux patients dans une période de temps définie (Conrad, Dowling, 1990). Shortell (2000) affirme que l'intégration clinique est facilité lorsqu'il y a homogénéité des besoins des patients, concentration sur certains sites géographiques et standardisation des soins.

b. Le NHS et les formes d'intégration

Le NHS a développé un système d'intégration en regroupant diverses organisations de services de santé comme les PCT, les NHS Trusts, les SHA, le NHS Direct, les Mental Health Trusts et les Ambulance Trusts. Le gouvernement britannique a réorganisé des institutions et créé de nouvelles pour mieux intégrer et planifier les soins et les services de santé à la communauté et à son environnement. Ce système d'intégration britannique doit être capable de s'adapter à un environnement changeant et maintenir un certain degré de stabilité et de cohérence.

Le NHS cherche à intégrer la structure de prestation de services de santé, de financement et d'amélioration de qualité dans un système de santé imputable à la communauté autour de nouvelles organisations de soins primaires, les Primary Care Trusts (PCT). Les PCT offrent la plupart des services primaires et font des ententes cadres avec d'autres fournisseurs, des spécialistes, des NHS Trusts et des services communautaires. Le développement structural et fiscal des PCT doit tenir compte des besoins de la population locale. D'ailleurs, les PCT ont la flexibilité de réapproprier des budgets de soins secondaires à des soins primaires ou communautaires, tout en restant branché sur un système intégré dont on peut évaluer la performance (Bindman, Weiner, Majeed, 2001).

Le système d'intégration agit au niveau des différentes organisations en créant de nouvelles relations, de nouveaux partenariats. Cette intégration au niveau des organisations a pour but d'améliorer la coordination des soins offerts au patient à travers un continuum à une population définie.

2) Système d'orientation

a. La définition

Le système d'orientation est le deuxième élément du modèle. Les organisations du système de santé doivent être orientées et guidées selon des stratégies prometteuses, de nouveaux développements en science et technologies et l'établissement et la diffusion des meilleures pratiques. Avec une bonne direction, on veut que les organisations de santé puissent s'adapter à un monde en changement. Le système d'orientation cherche à aider les organisations à élaborer des stratégies qui vont assurer un progrès régulier et permettre une adaptation presque permanente, sans provoquer ou rarement, de transformation globale dramatique (Mintzberg, Ahlstrand, Langel, 1999).

Le système d'orientation a été pensé dans un système de gestion de la performance pour guider correctement les organisations et les aider dans leurs choix et leurs décisions. Dans le milieu de la santé, les organisations professionnelles veulent élaborer des stratégies qui vont permettre de développer les meilleures pratiques et d'offrir les meilleurs traitements à

leurs patients. Toutefois, elles rencontrent de nombreux problèmes qui causent des variations inacceptables de la qualité des services. L'utilisation aléatoire de traitements non reconnus crée une demande pour certaines interventions desquelles on a peu d'évidence d'efficacité. La relation du rendement de certains traitements par rapport au coût peut aussi être nébuleuses et il y a des délais dans l'introduction de nouveaux traitements qui semblent prometteurs (Maynard, Bloor, Freemantle, 2004).

b. La fonction d'orientation du système britannique

Pour répondre à ces besoins, le gouvernement britannique a développé de nouvelles institutions de standardisation et d'évaluation des technologies de la santé pour planifier et transmettre les priorités aux organisations locales. Une première institution s'appelle le National Service Frameworks (NSF). Le NSF doit proposer des façons de faire, des guides de soins pour des conditions ou services spécifiques comme les maladies cardiaques, la santé mentale, les soins aux personnes âgées et le diabète. Une deuxième institution se nomme le National Institute of Clinical Excellence (NICE). Le NICE cherche à promouvoir les meilleurs pratiques, traitements et interventions. Pour Ham, il importe que les organisations de santé établissent des priorités pour guider et rendre plus légitime les processus de prises de décision (Ham, Robert, 2003).

Plusieurs organisations utilisent les contenus cliniques et les approches de gestion décrite sous forme de guide clinique développé par le NICE (Bindman, Weiner, Majeed, 2001). Pour Le Grand, le travail du NICE est d'évaluer les procédures médicales, de connaître l'efficacité et l'efficience des médicaments et de recommander le cas échéant s'ils devraient être disponible sous le NHS (Le Grand, 2002). Avec ces informations, les gestionnaires des organisations du système de santé peuvent balancer les objectifs de standardisation et d'établissement des priorités avec d'autres priorités de gestion qui vont leur permettre d'orienter efficacement leurs organisations.

Le système d'orientation a comme responsabilité de développer des stratégies cohérentes, de standardiser les meilleurs procédures et de produire des évaluations de technologies et

de projets. Il y a une tentative d'aider les institutions à identifier les meilleures pratiques et prendre les meilleures décisions.

3) Système d'amélioration continue de la qualité

Un système important dans le développement de notre modèle est le système d'amélioration continue de la qualité. L'amélioration continue de la qualité réfère à une philosophie d'amélioration des processus de production associée à une offre de biens ou services qui répond ou excède les attentes des clients (Shortell, Bennett, Byck, 1998). L'amélioration continue de la qualité met l'emphase sur la compréhension et l'amélioration des systèmes et processus de travail (Shortell, Bennett, Byck, 1998).

a. Les approches d'amélioration de la qualité

Les méthodes utilisées pour améliorer la qualité peuvent être regroupées en deux grands groupes : une approche plus traditionnelle de la qualité basé sur des concepts d'assurance de la qualité et une approche plus novatrice d'amélioration continue de la qualité (Berwick, 1989).

Les approches traditionnelles de la qualité sont basées sur l'inspection pour améliorer la qualité. Des organismes de régulation déterminent des standards ou critères auxquels les professionnels et les organisations de santé doivent se conformer (Berwick, 1989).

Les approches plus traditionnelles d'assurance de qualité telles qu'utilisées par des organismes de régulation sont basées sur l'inspection pour détecter les défauts. Les individus ou les organisations doivent se conformer à des standards prédéterminés sous peine d'être évalué négativement, pris en charge ou punis pour la pauvre qualité des services. Cette approche est externe au processus et n'engage pas ou n'incite pas les employés à améliorer la qualité. Ainsi, les employés ne se sentent pas nécessairement en confiance ce qui crée des situations où les niveaux de standards vont être atteints lorsqu'inspectés (Berwick, 1989). De plus, si les processus de production ou les

techniques ne sont pas appropriés, l'inspection aura peu d'effet sur la résolution des problèmes.

Les approches plus novatrices de la qualité sont dirigées vers l'amélioration des processus de production. L'amélioration continue de la qualité est basée sur la prémisse qu'en améliorant continuellement les processus de production ou l'offre des services, les conséquences néfastes et dispendieuses vont être diminuées (McGlynn, 2004). D'ailleurs, pour Spear, de nombreuses cliniques et hôpitaux ont découvert qu'en apprenant à améliorer leurs milieux de travail, on peut offrir de meilleurs soins et diminuer les coûts (Spear, 2005).

Pour Deming, l'instigateur du mouvement d'amélioration continue, les problèmes et les opportunités se trouvent dans les processus complexes de production. Les défauts de qualité ne peuvent pas être seulement dû à des manques de volonté, d'intention ou de compétences des personnes impliquées dans les processus (Deming, 1986). Les problèmes sont aussi associés au design du travail, au manque de leadership ou à des objectifs qui ne sont pas clairs (Berwick, 1989). L'amélioration continue de la qualité telle que développée par Deming observe la pratique clinique dans son ensemble et se concentre sur les processus et les systèmes qui supportent les services cliniques.

D'ailleurs McGlynn, affirme qu'en améliorant les processus de production ou l'offre des services, il y a diminution des erreurs, des duplications et des événements néfastes. Par exemple, une gestion plus efficace des conditions chroniques peut prévenir des hospitalisations. Des vaccins contre l'influenza et des pneumonies peuvent réduire les hospitalisations et les morts. L'amélioration des conditions de travail pour réduire les burn out et les dépressions peut être associée à une amélioration de la santé et une diminution des absences au travail (McGlynn, 2004).

b. L'amélioration de la qualité en Grande Bretagne

En Grande Bretagne, le gouvernement a développé un système d'amélioration de la qualité appelé gouvernance clinique (GC). La GC est un cadre de travail par lequel les organisations du NHS sont redevables pour améliorer continuellement la qualité de leurs services et maintenir des standards de soins élevés en créant un environnement dans lequel l'excellence clinique prospère (Commission for Health Improvement, 2002). La gouvernance clinique est prise en charge par les différentes organisations de santé qui sont responsables de sa mise en place et imputables envers la Commission for Health Improvement. La GC évalue l'implication du patient, la gestion du risque, la vérification clinique, la gestion et les ressources humaines, l'éducation et la formation, l'efficacité clinique, l'utilisation de l'information, l'expérience du patient et la capacité stratégique du Trust à développer et implanter la gouvernance clinique (CHI, 2002).

Les organisations ont besoin de moyens pour planifier leurs actions, mesurer leur travail et évaluer les changements. Les mesures de qualité et de performance peuvent être utilisées pour benchmarker et comparer les différentes organisations et pour identifier les bonnes pratiques cliniques. La gouvernance clinique permet de porter une attention particulière à des questions ou des problèmes qui demandent plus d'investigation et d'action.

Le système d'amélioration continue de la qualité agit au niveau des processus de production en encourageant la formation, le développement de compétences particulières et l'efficacité dans les pratiques cliniques et de gestion. Le système d'amélioration continue de la qualité a pour objectif d'encourager les initiatives qui vont permettre aux organisations de développer les meilleures pratiques et d'atteindre des standards de qualité.

4) Système de modernisation

Le système de modernisation est le quatrième élément du modèle. La modernisation doit être vue comme une façon d'adapter les organisations de santé aux nouvelles réalités d'un monde en changement.

a. La définition de modernisation

L'expression que nous utilisons réfère aux propos de Giddens pour désigner les réformes des institutions sociales qui doivent répondre aux demandes d'un monde en constante transformation. La modernisation renvoie à tous les changements qui se succèdent et qui modifient les pratiques professionnelles, comme le financement, les structures, l'organisation et la prestation des soins et services de santé (Giddens, 2000).

Le système de modernisation dans notre modèle reconnaît l'importance d'adapter les institutions de santé aux pressions qui affectent l'organisation des soins de santé. Pour ce faire, Best suggère de porter une attention particulière à des concepts d'inclusivité, de coopération et d'ouverture (Best, Brazil, 1997). Le modèle doit refléter des aspects de modernisation comme le développement de compétences, de leadership, le travail en équipe, la reconnaissance des employés (Alimo-Metcalfe, Alban-Metcalfe, 2000).

Un système de modernisation doit aider à moderniser et adapter les pratiques qui valorisent les approches coopératives et l'échange de données sur les meilleures pratiques pour adapter les organisations à un monde en constant changement (OCDE, 2004).

b. Application au cas de la Grande Bretagne

Dans le système de santé britannique, le Département de santé a créé une Agence de Modernisation (AM) qui cherche à développer des compétences et des capacités de leadership. L'AM doit revoir le fonctionnement des organisations de santé afin qu'elles répondent de façon appropriée aux besoins des patients. L'agence doit développer des

mécanismes qui vont promouvoir l'amélioration de la performance dans les pratiques cliniques et de gestion (Smith 2002). Il y a une volonté d'identifier les difficultés des organisations qui ont obtenues des résultats mitigés et de les aider à développer des capacités de gestion et d'amélioration continue.

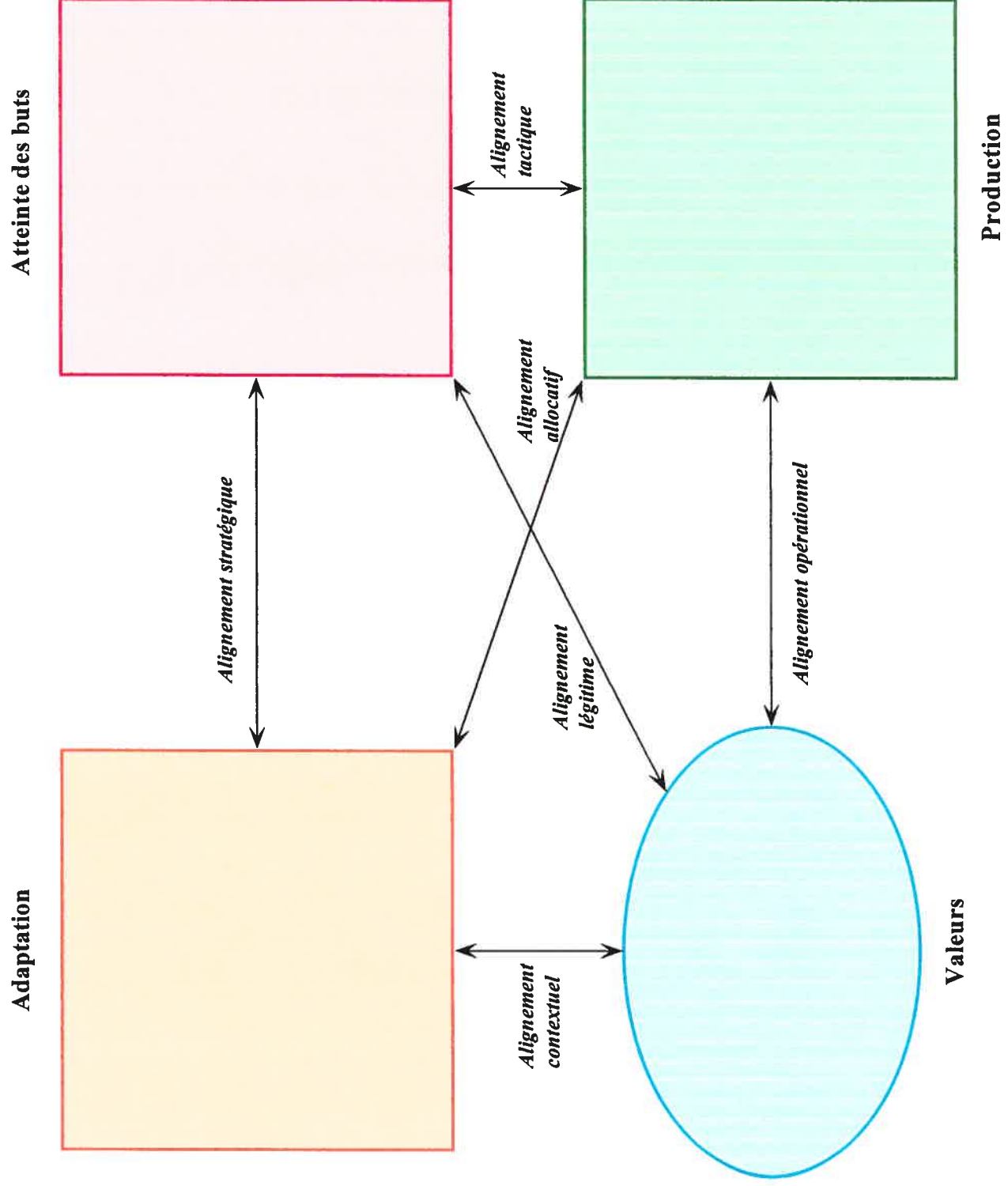
D'ailleurs, un système d'autonomie méritée a été associé à ces initiatives pour encourager les organisations à maintenir ou atteindre des objectifs de performance organisationnelle. Par exemple, un fonds pour la performance a été créé pour servir d'incitatifs économiques. Ce fonds est alloué à toutes les organisations offrant des services de santé et il est établi en proportion des dépenses encourues par ces mêmes organisations. Le fonds de performance représentait 2% des budgets des Trusts en 2003 (Smith 2002). Les organisations qui performant bien ont plus de liberté pour utiliser les fonds à l'amélioration des services au patient. L'utilisation des fonds peut être utilisée comme bonus à des individus, à des équipes de travail, pour l'achat de nouveaux équipements, pour le développement de personnel et pour l'amélioration des lieux physiques (Smith, 2002). Les organisations qui performant avec difficulté sont prises en charge par l'Agence de Modernisation qui dirigent les fonds selon ces directives et ces objectifs. Ce système d'autonomie méritée a comme avantage qu'il y a moins de surveillance du central et une plus grande liberté à investir les fonds selon les priorités du gestionnaire (DOH, 2000).

Le système de modernisation cherche à développer des compétences et du leadership qui vont permettre aux organisations d'utiliser l'information et diffuser les meilleures pratiques cliniques et de gestion. La modernisation doit encourager l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle en aidant les organisations non performantes et en reconnaissant de l'excellence de celles qui performant bien.

5) La performance organisationnelle

Le dernier élément du modèle est notre variable dépendante, la performance organisationnelle. La performance organisationnelle est un concept qui nous permet

Tableau 1 : Modèle de la performance organisationnelle de Sicotte et al.



d'identifier, de classer différentes dimensions, différents éléments et de les mettre en relation. Dans la section qui suit, nous ferons un retour sur les prémisses qui permettent une meilleure compréhension du concept.

Selon Leggat, l'évaluation de la performance organisationnelle est essentielle pour 1) la gestion des prises de décision, 2) l'efficacité organisationnelle et 3) la formulation de stratégies (Leggat, Navine, Lemieux-Chasles & al., 1998). L'évaluation de la performance organisationnelle peut être définie comme un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement atteint grâce à l'interaction de groupes d'intérêts sur des qualités générales et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. Ces qualités peuvent être interprétées selon que les fonctions organisationnelles réfèrent à des paramètres spécifiques (perspective normative) ou à des alignements entre fonctions (perspective configurationnelle) (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1998).

La définition de la performance organisationnelle est étroitement liée à la conception des organisations et la variété des conceptions mènent à une variété de modèles de la performance organisationnelle (Cameron, Whetten, 1983). Plusieurs indicateurs, dimensions et modèles sur la performance organisationnelle reflètent différentes approches d'analyse organisationnel. D'ailleurs, il peut être difficile d'imaginer comment une organisation peut à la fois aligner les stratégies, le travail, les employés avec des résultats et des buts particuliers lorsqu'on pense à toutes les interprétations possibles des données pour évaluer les progrès réels (Donaldson, Donaldson, 1993).

Selon Kaplan et Norton, deux chercheurs qui ont développé le concept du balanced scorecard, il n'y a pas une seule mesure qui peut offrir une vision claire de la performance. Les gestionnaires doivent développer une présentation équilibrée des mesures financières et opérationnelles en évaluant plusieurs fonctions. Dans le balanced scorecard, les fonctions utilisées sont la satisfaction du client, les processus interne, l'innovation et l'apprentissage et les résultats financiers (Kaplan, Norton, 1992; Kaplan, Norton, 1996). Dans la même ligne de pensée, la Fondation européenne pour la gestion de la qualité a développé un modèle d'excellence EFQM. Pour cette Fondation, une

organisation qui renforce l'importance de la qualité continue sur tous les aspects de ces activités, devient plus efficiente et efficace (Jackson, 1999).

Pour évaluer la performance organisationnelle, Cameron suggère d'utiliser un modèle intégrateur qui tient compte des dimensions multiples et paradoxales de la performance (Cameron, 1986a). Sicotte et al. propose un modèle intégrateur de la performance organisationnelle qui tient compte de quatre fonctions essentielles à tout système social :

- 1) il est orienté vers les buts,
- 2) il s'adapte à son environnement pour acquérir ses ressources et se transformer,
- 3) il a besoin d'intégrer ces processus interne afin d'assurer la production et
- 4) il maintient les valeurs et les normes qui aident et contraignent les trois autres fonctions (Parson, 1977; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1998).

Pour Sicotte et al., la performance organisationnelle est établie et maintenue par la tension dynamique entre ces quatre fonctions : l'adaptation, la production, l'atteinte des buts et le maintien des valeurs (Tableau 1) (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1998):

- Avec la fonction d'adaptation du modèle de performance organisationnelle, l'organisation doit être capable de profiter des opportunités de son environnement.
- Pour la fonction d'atteinte des buts, l'organisation doit réussir à être et rester efficace, efficiente et satisfaire aux attentes des groupes d'intérêt.
- L'organisation doit aussi être capable de se structurer pour maximiser sa productivité, minimiser ses coûts et maximiser la qualité des services par la révision de sa fonction de production.
- Avec la fonction de maintien des valeurs qui sert de liens entre les autres fonctions, l'organisation doit être capable de maintenir et de développer des valeurs, un climat organisationnel, une idéologie qui structurent leurs actions.

Le contexte détermine aussi la structure organisationnelle qui doit s'ajuster afin d'assurer la survie et la performance organisationnelle. Des alignements permettent de gérer l'équilibre dynamique entre les quatre fonctions de l'organisation :

- Il y a alignement stratégique entre l'adaptation et l'atteinte des buts. Cet alignement correspond à la planification stratégique entre la mise en œuvre et les finalités organisationnelles.
- L'alignement allocatif relie l'adaptation et la production suivant l'allocation des moyens et les processus de production
- L'alignement tactique rejoint les fonctions production et atteinte des buts. Cet alignement tient compte entre autres des mécanismes de contrôle et des buts organisationnels
- Il y a alignement opérationnel entre le maintien des valeurs et la production dans le cas où il y a mobilisation autour des valeurs ou renforcement des valeurs par l'intégration.
- L'alignement de légitimation associe maintien de valeurs et atteinte des buts dans le cas où il y a poursuite des buts associée aux valeurs ou des valeurs qui influencent l'atteinte des buts .
- Puis, l'alignement contextuel maintient un lien entre maintien des valeurs et adaptation suivant une mobilisation des ressources ou l'influence des valeurs ou du climat organisationnel (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1998; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1999).

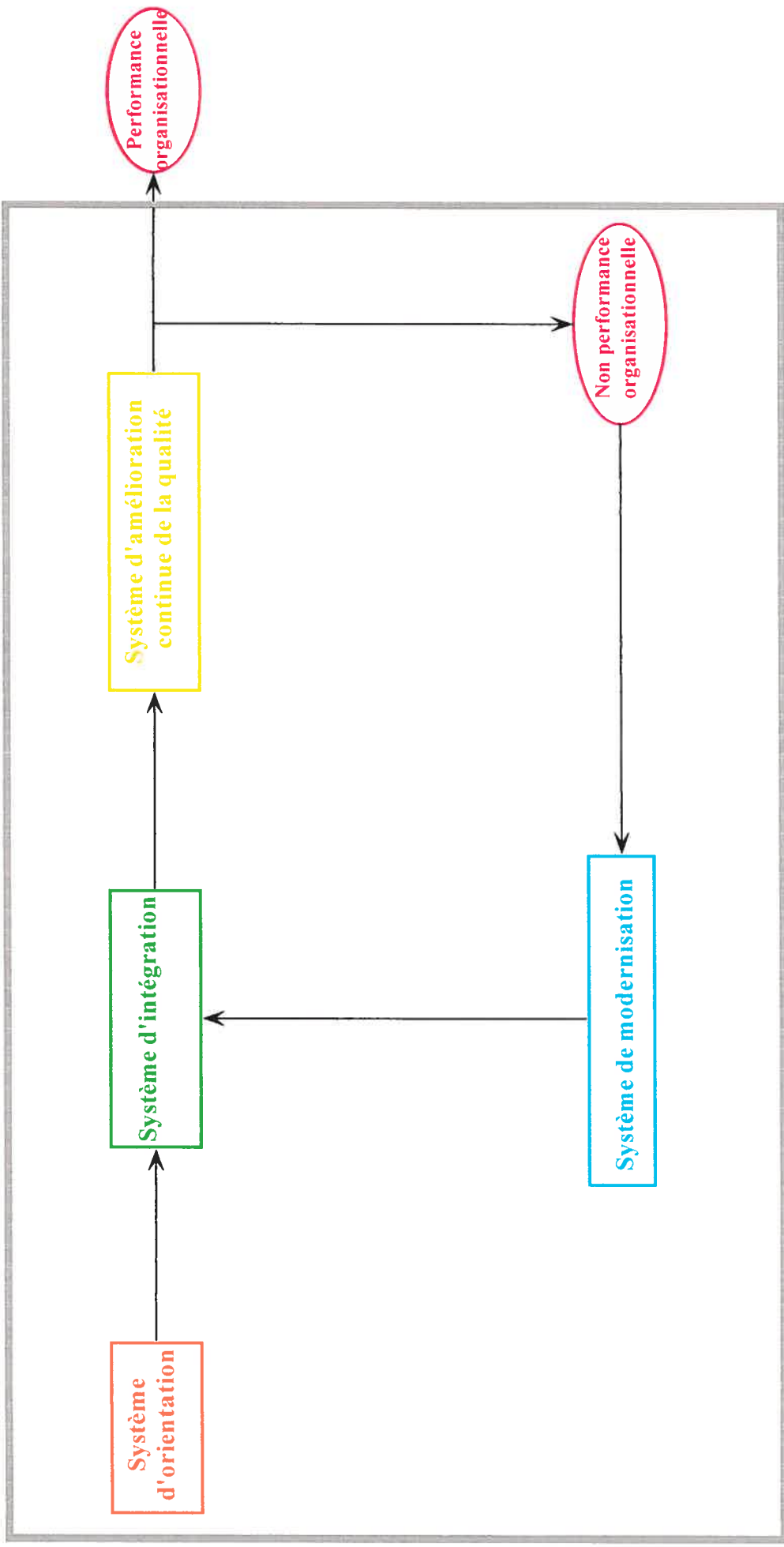
Une organisation performante est une organisation qui réussit à maintenir un équilibre dynamique entre ces diverses fonctions. La performance organisationnelle est un construit multidimensionnelle qui sert de concept et d'instrument pour s'assurer que les organisations du système de santé mises dans un contexte de gestion de la performance atteignent des niveaux de qualité et de performance définie.

6) Modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS (Tableau 2)

À partir des éléments retenus, nous avons développé un modèle logique de gestion de la performance adapté au système de santé britannique. Dans la section qui suit, nous allons

Tableau 2 : Modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS

Politiques de santé



chercher à créer des liens logiques, des relations entre les systèmes définis et appliquer les différentes initiatives en santé, les agences du gouvernement britannique au modèle de gestion de la performance pour démontrer l'utilité pratique de ce modèle.

L'arrivée au pouvoir du New Labour Britannique en 1997 avec Tony Blair à sa tête a eu pour effet de modifier en profondeur les politiques sociales du parti. Tony Blair fortement influencé par les idées du Third way a décidé de moderniser les politiques sociales-démocrates du parti afin de les adapter aux nouvelles réalités d'un monde en changement. Le NHS, par exemple, devait changer sa façon de faire et se moderniser afin de répondre aux besoins des citoyens. Le NHS devait à l'avenir être guidé par des principes de gestion de la performance suivant les politiques établies, les suivis développés et l'adaptation aux nouvelles priorités. Le gouvernement de par ses politiques de responsabilisation devait aussi accorder plus d'autonomie, plus de droits aux acteurs qui se montrent responsables face à leurs obligations.

Les premières initiatives entreprises dans le Nouveau NHS ont été de restructurer l'organisation des soins et services de santé autour d'une nouvelle entité les Primary Care Trusts de façon à développer un **système d'intégration** cohérent. Les PCT devaient démontrer une plus grande autonomie vis à vis l'entité régionale, les Strategic Health Authorities, être imputables et travailler de concert avec les NHS Trusts, les Mental Health Trust, les Ambulance Trust et le NHS Direct afin de plus s'adapter aux besoins des citoyens. Ainsi avec une plus grande coordination des soins, le gouvernement voulait s'assurer d'un continuum dans l'offre des services et une plus grande réponse aux besoins des patients.

Toutefois, la modernisation du système de santé implique que le NHS sera en mesure de s'adapter aux changements apportés par le vieillissement de la population, les changements technologiques, les nouvelles connaissances et la mondialisation (Contandriopoulos, 2003). Or, pour ce faire, deux organisations ont été créés pour guider le NHS dans la direction souhaitée ce que nous appelons le **système d'orientation**. La première institution se nomme le National Service Framework (NSF). Le NSF établit des

standards de qualité des soins et met sur pied des guides cliniques spécifiques pour certaines conditions ou traitements. La deuxième institution s'appelle le National Institute of Clinical Excellence (NICE). Le NICE évalue les technologies et les médicaments, et les résultats sont développés sous forme de guides cliniques et standards. Ces guides et standards sont par la suite diffusés aux organisations du système de santé pour améliorer la qualité des services et la performance organisationnelle. Avec une orientation qui a pour objectif d'améliorer les prises de décisions au niveau clinique et de gestion, il y a une réelle intention d'identifier les nouvelles technologies, les nouvelles connaissances et les nouveaux projets qui donneront une plus grande efficacité et efficience dans les traitements des patients et l'organisation des services.

À partir d'un **système d'amélioration continue de la qualité**, il y a évaluation des pratiques cliniques et de gestion afin de suivre la qualité des services et la performance des organisations. Les organisations du système de santé qui performant bien, se voient offrir plus d'autonomie et plus de responsabilité en lien avec les principes véhiculés dans le Nouveau NHS. Cette dévolution de pouvoir liée à un système d'évaluation et d'amélioration continue permet de s'assurer de la qualité des services et de l'atteinte de résultats au niveau de certaines mesures de la performance. La Commission for Health Improvement ou maintenant la Commission for Healthcare recueille et analyse des données pouvant offrir une vision globale de la performance organisationnelle du NHS. Grâce à l'évaluation de la gouvernance clinique, on évalue la qualité des services pour s'assurer que les organisations maintiennent des standards élevés de soins, qu'ils améliorent continuellement la qualité et qu'ils permettent un niveau satisfaisant de participation des citoyens. Une autre partie de l'évaluation est le système d'évaluation de la performance qui évalue des résultats sur l'accessibilité à des services de qualité, les prestations de services, le développement organisationnel, l'amélioration de la santé et la gestion financière. Ainsi, le système d'amélioration continue de la qualité agit au niveau des processus de production en encourageant les initiatives qui vont permettre aux organisations de développer les meilleures pratiques et d'atteindre des standards de qualité.

Une organisation qui répond aux exigences de la gouvernance clinique et qui offre un accès raisonnable à des services de qualité pour ces citoyens, est classée performante ce qui justifie la dévolution de pouvoirs. Toutefois, une organisation qui échoue à ces règles ou qui n'offre tout simplement pas un accès raisonnable à des services de qualité est notée non performante. Les organisations non performantes sont alors engagées dans un processus de formation par un **système de modernisation** qui doit permettre aux organisations de devenir ou revenir à la performance. Pour ce faire, une Agence de Modernisation offre des services de développement de compétences et de leadership. L'AM cherche à améliorer la gestion et la prestation des services en permettant d'apprendre des meilleures pratiques et des meilleurs résultats des organisations qui performant bien. Ce système de mentorat lié à un fonds pour la performance doit servir d'incitatif et d'apprentissage pour atteindre la performance. Le système de modernisation a pour objectif d'encourager l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle par la prise en charge et l'aide aux organisations non performantes et de reconnaître l'excellence chez celles qui performant bien.

Les organisations du NHS doivent démontrer leur adaptation et l'atteinte des objectifs énoncés dans les politiques du Nouveau NHS. Le modèle tel que développé prend en compte quatre systèmes essentiels à l'atteinte de la performance organisationnelle. Avec les politiques du Nouveau NHS, on veut améliorer l'intégration des services de santé, améliorer continuellement la qualité, répondre aux besoins des communautés et orienter les soins autour des patients. Dans la prochaine section, nous analyserons la plausibilité des effets de ces systèmes dans l'atteinte d'objectifs de performance organisationnelle.

4- ANALYSE DE LA PLAUSIBILITÉ DES EFFETS

Le modèle de gestion de la performance adapté au Nouveau NHS, tel que décrit dans la section précédente, est en fait le développement conceptuel d'un système de représentation. Ce système de représentation cherche à développer une logique et une cohérence autour d'éléments essentiels à l'atteinte d'objectifs de qualité des services et de performance organisationnelle.

Il est essentiel de se doter d'un système de représentation capable de développer une intelligibilité constructive de la réalité complexe parce que dans les organisations complexes, de multiples logiques se côtoient, se superposent et s'entremêlent (Genelot, 2001). Un système est en fait quelque chose qui poursuit des finalités (un projet) dans un environnement actif et évolutif, en exerçant une activité (des fonctions), en s'organisant (interactions) et en évoluant sans perdre son identité (LeMoigne, 1990).

Nous savons que la performance est par définition un concept complexe qui regroupe plusieurs fonctions distinctes et complémentaires. Or, le modèle a comme particularité de voir la réalité sous un angle particulier. Le modèle de gestion de la performance cherche à montrer la performance avec de nouvelles approches pour aider à la compréhension du concept et développer son potentiel.

La discussion qui suivra, sera l'occasion pour nous d'évaluer la plausibilité des initiatives développées dans le modèle de gestion de la performance à produire les effets. Dans un premier temps, nous analyserons les quatre systèmes que nous avons développés précédemment soit 1) le système d'intégration, 2) le système d'orientation, 3) le système d'amélioration continue de la qualité et 4) le système de modernisation. Puis, nous évaluerons les relations qu'entretiennent ces systèmes pour mieux comprendre les effets sur la performance organisationnelle.

1) Analyse du système d'intégration

Le premier système que nous avons identifié dans notre modèle de gestion de la performance est le système d'intégration. Le système d'intégration donne forme au projet de dispensations des services de santé en mettant en place de nouvelles dynamiques de production des services qui tiennent compte d'une plus grande coordination des soins. Selon l'OMS, les organisations de santé doivent évoluer dans un système où il y a coordination entre organisations, continuité dans les services et adaptation au contexte environnemental. Les services de santé ne doivent pas être offerts par des organisations autonomes peu alignées avec les autres (OMS, 2000). Or, nous savons depuis les travaux de Meyer et Rowan, que les structures organisationnelles se développent dans des contextes où les pratiques et les procédures sont définies par des concepts rationnels de l'organisation institutionnalisés dans la société (Meyer, Rowan, 1991). Il faut donc chercher à institutionnaliser l'intégration sous une forme organisationnelle définie afin de développer une plus grande coordination des services.

Traditionnellement dans les pays de l'OCDE, les organisations de santé comme les hôpitaux ont été divisés en départements qui avaient des responsabilités pour des fonctions cliniques et des fonctions non cliniques (administratives). Les départements fonctionnaient en silos et les organisations étaient divisées en secteur d'activité comme le démontre Charns dans ses travaux sur les hôpitaux américains (Charns, 1997). Ces structures traditionnelles étaient caractérisées par l'indépendance des hôpitaux et des médecins. À cette époque, le financement des services hospitaliers et le remboursement des médecins encourageaient le travail en vase clos et offrait peu d'incitatifs pour le contrôle des coûts. Les hôpitaux compétitionnaient entre eux pour attirer les médecins et pour acquérir les ressources technologiques. De plus, les médecins pratiquaient dans les hôpitaux, mais chargeaient séparément des services offerts par les hôpitaux. Les médecins et les hôpitaux géraient leurs propres affaires afin de maximiser leurs agendas respectifs (Charns, 1997).

Les premières tentatives d'intégration ont été faites au milieu des années 70 pour le système Medicare dans les hôpitaux américains. Il y a eu développement de nouvelles formes de remboursement fait de façon prospective. Avec une emphase mise sur la collaboration entre hôpitaux, le remboursement prospectif devait altérer des incitatifs financiers, réduire la duplication de services et aider à un meilleur contrôle des coûts (Charns, 1997).

Avec une plus grande collaboration, les organisations de santé avaient la possibilité de faire des économies d'échelle et augmenter l'accès à des capitaux pour de l'expansion, de l'acquisition de technologies et des rénovations. Mais la forte compétition entre institutions de même secteur a engendré des difficultés à intégrer pleinement les services. Dans certains cas, on a pu observer la consolidation de fonctions administratives, ce que Shortell (1993) appelle l'intégration fonctionnelle, toutefois ces systèmes ne permettaient pas une intégration adéquate des activités cliniques (Shortell, Gillies, Anderson, 2000).

Étant donné que des structures organisationnelles existaient pour des fonctions cliniques et non cliniques et que les responsabilités pour chacune de ces fonctions étaient séparées, les gestionnaires ont mis plus d'efforts à changer les fonctions pour lesquelles ils avaient accès et contrôle. En conséquence, ils ont eu tendance à délaissé d'autres initiatives d'intégration clinique (Charns, 1997).

Selon Crozier et Friedberg, les individus et les groupes se positionnent favorablement dans l'organisation pour maximiser leur contrôle sur les sources d'incertitude. Pour Crozier et Friedberg, les individus et les groupes ont une stratégie efficace lorsqu'ils réussissent à contrôler l'incertitude lié à des processus de production (Crozier, Friedberg, 1977). Les gestionnaires avaient donc tout avantage avec les structures formelles et dynamiques existantes d'entreprendre les réformes qu'ils savaient pouvoir réussir.

Les tentatives d'intégration ont donc été insuffisantes pour intégrer les activités cliniques. Ce qui ressort de ces expériences, c'est qu'une intégration fonctionnelle est nécessaire,

mais insuffisante pour intégrer et coordonner les processus de production et le fonctionnement des organisations.

Au milieu des années 80 aux États Unis, le gouvernement fédéral a mis de la pression sur les hôpitaux pour qu'ils trouvent de nouvelles façons de contrôler les coûts en santé. De là, les premières tentatives d'intégration verticale ont vu le jour pour répondre aux lacunes des initiatives précédentes d'intégration. Gillies et Shortell la définissent comme la coordination des fonctions, des activités et des unités opérationnelles qui sont à différentes étapes du processus impliquée dans l'offre des services au patient (Gillies, Shortell, Young, 1997).

L'intégration verticale peut varier de forme selon les systèmes de santé en place. Dans certains cas, l'intégration verticale est conçue autour d'une seule entité centrale qui doit offrir des services à plusieurs niveaux de l'offre de services. Dans d'autres cas, un contrôle partagé est établi pour qu'il y ait de plus fortes relations entre les organisations (Charns, 1997). L'intégration verticale doit permettre une meilleure coordination grâce à des partenariats entre organisations et des liens aux différentes étapes de production et de distribution de services. Pour Shortell, l'intégration clinique doit aider à la coordination des services au patient à travers un continuum (Shortell, Gillies, Anderson, 2000).

L'intégration clinique est favorisée par le développement de pratiques de groupes de médecins. Ces médecins qui travaillent en équipe s'intègrent au processus clinique, à la gestion et aux prises de décisions. En s'organisant en groupe, les médecins augmentent leur pouvoir de négociation dans les hôpitaux ce qui permet de réaliser des économies d'échelle dans la gestion des pratiques (Robinson, 2004). Le développement d'une structure cohérente en association avec des médecins facilite l'intégration des médecins au système. Pour Burns (2001) et Budetti (2002), lorsqu'on organise les médecins en groupe, on développe des incitatifs économiques et on crée des services de support à la gestion qui permettent de mieux intégrer les médecins au système.

Étant donné que l'intégration verticale des soins dépend de la capacité du système à planifier, offrir, évaluer et ajuster les soins à un individu durant une période de temps, nous constatons que la coordination des soins aux patients est une condition nécessaire, mais non suffisante pour réaliser une intégration clinique au niveau système (Conrad, Dowling, 1993). L'intégration fonctionnelle en plus de l'intégration clinique peut permettre de développer un système d'intégration efficace.

De plus, le système d'intégration doit entretenir des relations importantes avec les communautés et faire de l'état de santé des communautés une mission des organisations. Les organisations de santé pleinement intégrées doivent reconnaître l'importance de partenariats avec d'autres organisations qui offrent des services sociaux, des programmes de santé publique et de l'éducation pour répondre aux besoins des individus et des communautés (Shortell, Gillies, Anderson, 2000; Charns, 1997).

Développer un système d'intégration est complexe puisque des barrières professionnelles et organisationnelles peuvent justement empêcher la collaboration entre professionnels et organisations dans une offre de services continue au patient. Nous constatons aussi qu'une intégration fonctionnelle est un prérequis essentiel à une plus grande coordination des activités cliniques et non cliniques, mais qu'elle est insuffisante à elle-seule. Pour avoir un système pleinement intégré, il faut qu'il y ait intégration clinique délibérée, une intégration des médecins aux structures et une relation importante avec la communauté. Dans la section qui suit, nous allons analyser le système d'intégration dans le NHS à l'aide de ces dimensions essentielles à l'intégration des services de santé.

Analyse du système d'intégration dans le NHS

La réforme du système de santé britannique entreprise en 1997 sous le gouvernement du New Labour a permis d'introduire une nouvelle structure au réseau du NHS, les Primary Care Trusts. Les PCT ont été conceptualisés dans le but de développer et planifier des soins primaires et des services communautaires. De plus, les PCT ont comme responsabilité de faire des ententes avec des services secondaires ou tertiaires de soins

(NHS Trusts) et d'améliorer la santé de la population en adressant les problèmes d'inéquités de santé (inéquités socio-économiques) (LeGrand, 2002).

Cette nouvelle structure de soins primaires s'appuie sur les entités qui étaient déjà existantes, les pratiques en clinique médicale, les GP Fundholding et une nouvelle forme d'organisation des services primaires formalisée autour des PCT. Pour Meyer et Rowan, les organisations qui existent dans un environnement institutionnalisé et qui réussissent à maintenir une certaine isomorphie avec leur environnement développent une légitimité et obtiennent les ressources nécessaires à leur survie (Meyer, Rowan, 1991).

Les PCT sont des organisations de santé qui font des ententes pour s'assurer d'une meilleure coordination des soins au patient. Il y a donc des initiatives pour intégrer les activités cliniques avec les services secondaires ou tertiaires de soins. Pour les PCT, les services au patient doivent être coordonnés à travers les personnes, les fonctions, les activités et les sites.

Les PCT sont aussi des regroupements de médecins qui prennent en charge les activités cliniques et qui travaillent en équipe au niveau de la gestion et des prises de décision. Il y a ainsi intégration des médecins au processus de production de services et à la gestion. Les médecins doivent développer une vision commune des objectifs d'intégration puisqu'ils sont liés économiquement et socialement au système.

De plus, les PCT doivent développer et planifier les soins primaires et les services communautaires. Les gestionnaires des PCT doivent développer une versatilité et des compétences qui vont permettre d'acquérir des aptitudes pour plusieurs fonctions du travail. Pour avoir une intégration fonctionnelle, on suppose que des activités et des fonctions de support comme la gestion financière, la planification stratégique, la gestion des ressources humaines et la gestion informatique sont coordonnées à travers les organisations de santé.

Avec l'introduction de groupes très larges de soins primaires, le gouvernement veut inciter à une plus grande coopération entre acteurs du système. Cette coopération doit inclure une participation des citoyens de la communauté à l'élaboration de ce projet pour développer et encourager les différents modes d'intégration.

Étant donné qu'une participation accrue au processus de décision permet une plus grande acceptation du changement, les organisations doivent être plus près des soins primaires et adaptés aux besoins locaux. En Grande Bretagne où les gestionnaires sont nommés, la participation des professionnels et des citoyens est vue comme une façon de démocratiser les processus et de légitimer les prises de décisions auprès de représentants de la communauté (Weiner, Savitz, Shulamit & al., 2004; Kieran, Smith, Dixon, 2004).

Par ailleurs, il y a un danger avec toute cette restructuration vers les soins primaires. La dévolution de pouvoir au PCT peut mener à une perte de vision globale et une incompréhension des défis et enjeux qui confrontent les systèmes de santé. Les PCT ont une autonomie très forte et les médecins doivent maintenant aider à la gestion et aux prises de décision de ces regroupements. Il peut y avoir un manque de connaissances en gestion, des compétences insuffisantes pour prendre en charge des groupes aussi larges et des problèmes au niveau de la gestion des ressources humaines. Pour Weiner, si le but recherché est d'impliquer les médecins à la gestion pour mieux les intégrer aux organisations, cet aspect pris isolément a peu d'influence sur l'intégration des services (Weiner, 2004).

Le Nouveau NHS indique une vision plus large de ce que devrait être la performance en tenant compte de l'intégration de services et de la participation des citoyens. Une meilleure compréhension et attention aux barrières et aux niveaux d'intégration peut permettre une plus grande cohérence et coordination entre les organisations du système de santé afin d'améliorer la qualité des services et la performance organisationnelle.

En réorganisant les soins de santé autour d'une nouvelle structure pilier, les PCT, qui contrôle 75% du budget du NHS, le gouvernement veut intégrer les services entre les

organisations et développer des services coordonnés et continus au patient. Les PCT ont aussi comme particularité d'intégrer des pratiques médicales qui autrefois étaient indépendantes afin de briser les silos des soins primaires. Mais ce qui diffère des autres réformes entreprises dans le NHS, c'est l'accent mis sur l'intégration avec la communauté. Il y a une réelle intention de répondre aux besoins des citoyens et de créer une structure qui fait contrepoids aux autres organisations. Le gouvernement veut permettre aux citoyens et aux différents acteurs de santé de participer réellement au processus démocratique en aidant à planifier les soins offerts à la communauté.

2) Analyse du système d'orientation

Le système d'orientation est le deuxième système de notre modèle de gestion de la performance. Le système d'orientation doit aider à optimiser les choix cliniques et les décisions de gestion, et ainsi guider les organisations de santé selon les meilleures connaissances et les meilleures pratiques du domaine de la santé.

Nous vivons dans des temps où les développements technologiques et les nouvelles connaissances sont innombrables et rapides. Il faut surveiller les recherches, évaluer l'evidence-based et suivre des formations qui vont permettre de rester constamment à l'affût de ce qui se fait de meilleur dans le monde.

La vitesse des changements en science et en médecine et les potentiels importants des systèmes d'information et de communication poussent les organisations de santé à tenir compte de nouvelles problématiques (DOH, 2000). De plus, les avancées médicales créent une demande pour que les nouvelles technologies soient assimilées, utilisées et étendues au plus grand nombre. Avec les nouveaux développements, la population vieillissante devient sujette à l'utilisation de traitement jusqu'alors impensables (Contandriopoulos, 2003; DOH, 1997).

Étant donné que pour répondre aux changements, il faut adapter les organisations à un monde qui devient de plus en plus complexe et dynamique, nous considérons que les

organisations qui vont exceller dans le futur seront celles qui auront réussi à développer un engagement des individus à améliorer la capacité d'apprentissage à tous les niveaux (Senge, 1992).

Pour Senge, au centre de l'organisation, il faut qu'il y ait un changement de mentalité, de paradigme, pour que les personnes découvrent continuellement comment créer leur réalité, comment changer (Senge, 1992).

Pour Mintzberg, l'élaboration de la stratégie doit être vue comme un processus complexe qui est à la fois un jugement conceptuel, de la vision intuitive et de l'apprentissage émergent. Elle concerne la transformation autant que la performance. Elle doit impliquer connaissances individuelles et interaction sociale, coopération autant que conflit. L'élaboration de la stratégie suppose d'analyser, de programmer, ainsi que de négocier. Elle doit de plus se faire en tenant compte des exigences de l'environnement (Mintzberg, Ahlstrand, Lampel, 1999).

L'information utilisée dans les processus de planification peut provenir de plusieurs sources et avoir divers usages. Elle peut servir à l'évaluation des besoins en santé, à l'apprentissage et à l'innovation, à des stratégies d'évaluation des ressources et à des changements sociaux et démographiques (Donaldson, Donaldson, 2003).

Il y a un besoin réel d'évaluer l'information pertinente pour développer, formuler et diffuser des politiques et des programmes sous forme de protocoles ou guides cliniques. Les organisations doivent être claires sur les priorités afin de ne pas surcharger les services de trop d'informations (Donaldson, Donaldson, 2003).

Pour Shortell, il faut développer des modèles, des plans de pratiques qui vont permettre aux gestionnaires de planifier, d'offrir des services, de monitorer et d'adapter les programmes et services aux réalités de la vie de tous les jours. Des stratégies peuvent aider à normaliser la gestion, améliorer la qualité, diminuer les coûts et de diminuer les variations dans les résultats de service (Shortell, 2004).

Des plans de gestion au niveau régional et local permettent aussi d'identifier les moyens qui vont faciliter la gestion et les pratiques et connaître les investissements nécessaires au bon fonctionnement. Il doit y avoir évaluation des services et comparaison avec d'autres organisations (benchmarking). Les organisations doivent prévoir les imprévus, évaluer les risques et s'adapter aux ressources disponibles (Donaldson, Donaldson, 2003).

Pour Mintzberg, une gestion efficace consiste à poursuivre l'apprentissage tout en maintenant les stratégies qui fonctionnent. Une organisation qui rencontre une situation nouvelle doit s'engager dans un processus d'apprentissage afin de comprendre ce qui se passe (Mintzberg, Ahlstrand, Lampel, 1999).

Les systèmes de santé doivent être à l'affût des nouvelles connaissances, des nouveaux développements et être capable de juger de l'efficacité et l'efficience des avancées scientifiques et technologiques (DOH, 1997). Avec un système d'orientation qui suit les développements scientifiques et technologiques, les organisations peuvent être guidées de façon plus efficace et informer de façon plus pertinente sur les stratégies à prendre, les risques à évaluer et les changements à entreprendre.

Depuis les années 80, les décideurs de plusieurs pays ont tenté d'orienter les organisations de santé avec des stratégies en santé plus explicite en établissant des priorités. Ainsi les décideurs voulaient aider aux prises de décisions pour que les choix se prennent de façon plus prévisibles (Ham, Robert, 2003).

Les premières tentatives d'établissement des priorités ont porté sur des approches plus techniques. Ces approches incluaient l'évaluation des technologies de la santé, l'évaluation économique et des méthodes épidémiologiques pour évaluer les besoins de santé. L'intérêt pour ces techniques provenait d'une croyance que les priorités pouvaient être basé sur la littérature et la recherche en science et technologie (Ham, Robert, 2003).

Puis, l'emphase a été portée sur les processus de prise de décision. La constatation étant que la science avait ses limites et qu'il devait y avoir un rôle accru des valeurs et de l'évidence dans les processus de prise de décision. Les décideurs voulaient améliorer les méthodes utilisées en impliquant les experts, les professionnels dans la prise de décision et en consultant les organisations qui représentaient les patients et le public (Ham, Robert, 2003).

Plus récemment, il y a eu des tendances à combiner les deux premières phases. La légitimité dépend de méthode basée sur l'évidence et de l'implication des acteurs du système de santé et du public (Ham, Robert, 2003). L'amélioration des analyses techniques et des processus dans les prises de décision doit assurer une plus grande rigueur et justesse dans les processus et les résultats (Klein, 2005).

Les organisations peuvent jouer un rôle important dans la protection des droits, dans la prospérité économique, dans l'amélioration de la santé de la population et dans l'offre des services publics (Hill, Dinsdale, 2001). Avec des stratégies de gestion à la fois active, globale et intégrée, le système d'orientation peut informer sur des expériences passées et adapter la gestion aux nouveaux développements.

Étant donné qu'il y a nécessité de développer des processus qui permettent de faire face à l'incertitude dans un contexte de politique publique, il faut des stratégies qui vont permettre d'évaluer les processus, standardiser les pratiques, gérer les risques et aider à l'apprentissage (Hill, Dinsdale, 2001).

D'ailleurs, un système d'orientation a pour objectif de diminuer les variations dans les prises de décision afin de rendre plus prévisibles, plus normalisées les choix des organisations. Il y a un besoin d'évaluer les découvertes scientifiques et technologiques et de les joindre aux pratiques cliniques. Il y a aussi une volonté de mieux encadrer le jugement clinique et de diminuer les variations de qualité de services.

Considérant que l'atteinte d'un haut niveau de qualité, de cohérence et de prévisibilité doit être la norme dans les prises de décision, les systèmes de santé qui vont être guidés correctement et objectivement, seront ceux qui auront développés des processus efficaces pour établir les priorités et standardiser les meilleures pratiques.

Le développement d'un système d'orientation est un processus complexe puisque plusieurs facteurs doivent être considéré pour comprendre et guider les organisations du domaine de la santé. Nous constatons par exemple que les développements technologiques et les nouvelles connaissances sont innombrables et rapides et qu'il y a de grandes variations dans les stratégies utilisées pour faire face à toutes ces informations. Il faut donc des stratégies qui tiennent compte de l'établissement des priorités et d'une plus grande standardisation des meilleures pratiques. Dans la section qui suit, nous allons analyser le système d'orientation à l'aide de ces éléments essentiels à l'orientation des organisations de santé pour qu'elles développent les meilleures pratiques dans le domaine de la santé.

Analyse du système d'orientation dans le NHS

Dans le NHS, des agences ont comme responsabilité d'élaborer des objectifs, des politiques qui vont maintenir et encourager la qualité des services et la performance organisationnelle. Ces agences ont comme fonction d'évaluer les nouvelles connaissances, les nouvelles technologies et d'évaluer des protocoles, des guides cliniques, des stratégies qui vont aider les organisations dans leur mission et dans l'atteinte des objectifs fixés.

Ces agences sont en lien avec le Département de santé, mais également autonomes du système de santé. Elles ont d'ailleurs un fonctionnement différent des autres ministères en ayant une plus grande latitude dans l'élaboration des politiques. Dans le fonctionnement des ministères, l'harmonisation des politiques avec chaque ministère est la norme ce qui a pour conséquence de compliquer le développement et l'implantation des processus et des décisions. Les agences ont, quant à elles, une direction plus

autonomes. Elles peuvent par exemple offrir des conditions de travail et d'employabilité plus flexibles qui répondent aux besoins de l'organisation. Dans ce modèle d'organisation, les agences ont à démontrer leur efficacité.

Une de ces agences qui établit les priorités est le NICE. Le NICE est une organisation forte et compétente qui évalue les nouveaux projets et les nouvelles technologies selon l'excellence. Le NICE produit de l'information adéquate et juste qui aide aux prises de décisions politiques. Le défi d'établir les priorités mène le NICE à évaluer les nouvelles technologies, à développer et diffuser des guides cliniques, et à surveiller les résultats. D'ailleurs, Smith suggère que les organisations du NHS passent par le NICE avant d'acquérir de nouvelles technologies jugées dispendieuses et que le NICE considère à la fois les nouvelles et les anciennes technologies (Smith 2004). Le NICE a un rôle important à jouer dans l'établissement des priorités.

Avec le NICE, le gouvernement cherche à dépolitiser les décisions liés à l'établissement des priorités (Klein, 2005). Le NICE est d'autant plus important qu'une étude de Miners publié dans le British Medical Journal affirmait que le secteur privé sous évaluait l'analyse des coûts/efficacité. L'évidence suggère que les organisations à but lucratif sont plus sujettes à rapporter des résultats et des conclusions favorables lors d'études cliniques que les organisations sans but lucratif (Miners, Garau, Fidan & al., 2004). Une étude récente conclut que les organisations à but lucratif ont 5,3 fois plus de chance de recommander l'utilisation de médicaments expérimentaux que les groupes sans but lucratif (Als-Nielsen, Chen, Gluud & al., 2003).

Une autre agence, le NSF, a comme mandat de superviser l'établissement de standards nationaux et d'élaborer des guides cliniques. Le NSF spécifie des standards pour des conditions comme les maladies cardiaques et le diabète. Le NSF planifie les services au niveau national afin d'améliorer la qualité et réduire les variations au niveau des soins. Avec le NSF, le gouvernement veut rationaliser avec des guides cliniques, orienter les cliniciens dans les choix de traitements, identifier les meilleures pratiques et les diffuser.

Le NSF cherche à standardiser les meilleures pratiques cliniques et de gestion aux organisations de santé.

Considérant que le manque de clarté sur les stratégies et les connaissances permet aux dirigeants d'éviter de prendre des décisions difficiles, des institutions doivent être développées pour tenir compte des arguments avancés par les experts dans le domaine de la santé, de l'analyse des coûts/efficacité et pour impliquer la communauté dans l'établissement des priorités (Ham, Robert, 2003). Les organisations de santé doivent être mises dans un contexte à la fois d'institutions et de procédures politiques.

L'établissement des priorités et la standardisation des pratiques sont des éléments qui permettent d'orienter les organisations de santé vers la performance organisationnelle. Avec ces stratégies, le gouvernement veut encourager les meilleures pratiques, évaluer les meilleurs traitements et s'assurer de l'efficacité des nouvelles technologies. Le modèle britannique avec des politiques dirigées vers le développement des connaissances et des compétences développe des façons de faire et un plus grand engouement pour la recherche et des résultats probants. Avec des agences comme le NICE et le NSF, le NHS veut connaître, comprendre et diriger les efforts et les progrès scientifiques vers l'excellence.

Les organisations qui sont mises dans un contexte de système d'intégration doivent suivre l'évolution des connaissances et les nouvelles percées scientifiques. Le système d'orientation joue le rôle d'orienter les organisations de santé vers la performance organisationnelle.

3) Analyse du système d'amélioration continue de la qualité

Le troisième système du modèle de gestion de la performance réfère au système d'amélioration continue de la qualité. Dans le contexte de système d'amélioration continue de la qualité, les organisations de santé doivent être évaluées selon des normes

et des standards de qualité, mais elles doivent aussi chercher à améliorer continuellement les processus de production et le fonctionnement des organisations.

Les premières tentatives d'introduction de l'amélioration de la qualité ont été faites dans des entreprises japonaises suite aux travaux de Deming et Juran. Maintenant, plusieurs secteurs de l'économie américaine et du monde ont adopté ces préceptes. Dans le milieu de la santé, l'amélioration de la qualité a fait son apparition suite aux travaux de Berwick (1989) et Laffel et Blumenthal (1989), toutefois les applications ont été surtout développées dans des domaines administratifs et des fonctions de gestion.

Plusieurs études ont montré de grandes variations dans les processus et les résultats de soins et ce, même dans des pays très avancées technologiquement comme les États Unis et la Grande Bretagne (Chassin, Galvin, 1998; Schuster, McGlynn, Brook, 1998; Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999). Il y a aussi une incidence élevée d'erreurs médicales dans ces deux pays (Moore, 1997). Un sondage des médecins a d'ailleurs montré qu'en Grande Bretagne, 45% des généralistes et 49% des spécialistes pensent que la qualité des services s'est détériorée dans les cinq dernières années et aux États Unis, 56% des généralistes et 60% des spécialistes pensent de même (Commonwealth Fund, 2000).

Les systèmes de santé à travers le monde sont à la recherche de nouvelles façons d'offrir des soins. Pour rendre les soins de santé plus sécuritaires et plus efficaces, l'emphase est de plus en plus dirigée vers l'amélioration de la qualité et des résultats de santé (OCDE, 2004).

Pour Shortell, les organisations peuvent jouer un rôle important comme levier de changement dans l'amélioration continue. Les organisations qui offrent un climat et une culture de changement facilite l'amélioration dans les prises de décision et les processus de production. D'ailleurs, il y a un intérêt grandissant pour les organisations qui peuvent s'adapter à des environnements changeants et implanter des pratiques d'amélioration continue (Senge, 1992).

Le processus d'apprentissage implique à la fois les organisations excellentes et celles qui démontrent des déficiences. Une organisation qui crée un environnement de travail ouvert, participatif, orienté vers l'équipe va encourager l'échange et le partage de connaissances sur les bonnes pratiques. Il y a donc un besoin d'identifier les bonnes pratiques, d'évaluer et minimiser les risques, de développer une culture d'apprentissage et de détecter les problèmes.

Le système d'amélioration continue de la qualité tel que développé dans notre modèle tient compte de deux approches de qualité, une approche plus traditionnelle d'assurance de standard de qualité où il y a inspection et évaluation des pratiques, et une approche plus novatrice d'amélioration continue de la qualité où il y a apprentissage sur les meilleures pratiques cliniques et de gestion. Ces deux approches peuvent toutefois engendrer des tensions que l'on doit identifier et prendre en considération.

Considérant que les organisations de santé qui implantent des approches de qualité peuvent atteindre des objectifs d'excellence et de qualité reconnue, il devient essentiel pour les organisations de santé d'adopter et de développer une culture qui met l'emphase sur l'apprentissage, le travail d'équipe et les meilleures pratiques (Ferlie, Shortell, 2001).

Le système d'amélioration continue de la qualité permet de connaître et comprendre l'évolution des pratiques. Ce système cherche à voir si les nouveaux développements technologiques et les nouvelles connaissances sont intégrés aux organisations de santé. Toutefois, ce système doit être implantée dans un environnement réceptif où les compétences sont développées et le leadership soutenu. De plus, les formations et le support doivent être appropriés et les incitatifs alignés pour qu'il y ait une plus grande intégration et un travail d'équipe. Dans la section qui suit, nous allons analyser le système d'amélioration continue à l'aide de deux approches essentielles au développement d'un système d'amélioration continue de la qualité : l'approche traditionnelle d'inspection de standard de qualité et l'approche plus progressive d'amélioration continue de la qualité.

Analyse du système d'amélioration continue de la qualité dans le NHS

Dans le Nouveau NHS développé sous le New Labour, des soins de haute qualité doivent être disponibles et des standards de soins garantis à travers le système de santé. Pour ce faire, le NHS cherche à responsabiliser davantage les acteurs du domaine de la santé et à développer une plus grande imputabilité face aux objectifs établis (DOH, 1997).

Pour le Département de santé, trois objectifs doivent être développés et maintenus dans un contexte d'amélioration de la qualité: 1) développer des standards et des guides cliniques pour les services et les traitements, 2) des mesures locales pour permettre aux employés du NHS d'améliorer la qualité et 3) une nouvelle organisation pour adapter les pratiques (DOH, 1997). Avoir de la qualité pour le Département de santé, c'est « faire les bonnes choses au bon moment aux bonnes personnes et les faire correctement » (DOH, 1997).

Dans le Nouveau NHS, le gouvernement a introduit un système de gouvernance clinique pour qu'il y ait intégration des approches cliniques, organisationnelles et de gestion à l'amélioration de la qualité. La gouvernance clinique est un processus interne des organisations élaboré pour qu'il y ait amélioration continue de la qualité, utilisation de méthodes variées d'amélioration continue et un système d'imputabilité des services de santé (Roland, Campbell, Wilkin, 2001).

L'originalité du projet de gouvernance clinique développé en Grande Bretagne est de chercher à amener les approches d'amélioration continue de la qualité et d'assurance de standards de qualité au niveau de l'offre des services de santé. Étant donné que les organisations sont responsables d'améliorer continuellement la qualité de leur service et de maintenir de haut standard de soins, le gouvernement veut créer un environnement où l'excellence clinique est encouragé et développé au niveau local.

Avec la gouvernance clinique, les organisations de santé doivent démontrer qu'elles atteignent des standards reconnus d'efficacité ce qu'on appelle l'approche plus

traditionnelle d'assurance de la qualité. Des organismes de régulation inspectent et vérifient la qualité et les résultats établis, puis décernent une note selon des barèmes définis (Berwick, 1989; Roland, Campbell, Wilkin, 2001)).

Dans l'élaboration de la gouvernance clinique, les organisations doivent aussi améliorer continuellement les processus de production et l'offre des services afin d'éliminer les conséquences néfastes et dispendieuses. Le gouvernement veut encourager les organisations de santé à améliorer eux-mêmes leurs milieux de travail afin d'offrir de meilleurs soins et réduire les coûts. L'amélioration continue observe la pratique clinique dans son ensemble et se concentre sur les processus et les systèmes qui peuvent être améliorés.

Un système d'amélioration continue de la qualité comme celui développé dans le NHS est cohérent, néanmoins une tension réelle peut se développer en juxtaposant deux approches de qualité qui ont des objectifs divergents. D'un côté, on encourage les initiatives d'amélioration continue de façon positive et proactive, tandis que de l'autre, on inspecte les pratiques et identifie celles qui sont déficientes. Étant donné que les organisations veulent aligner avec succès les deux approches, il doit y avoir prise en compte des réalités et un alignement des incitatifs.

En Grande Bretagne, des professionnels de la santé comme les médecins fonctionnent dans des organisations professionnelles où ils possèdent une grande autonomie dans les prises de décision et l'organisation du travail (Mintzberg, 1989). Ils ne veulent pas se faire dire quoi faire et ils veulent rester indépendants et non contrôlés (Smith, 2003). Une réaction négative de la part des médecins à l'instauration d'un système d'amélioration continue de la qualité peut devenir une barrière importante à la mise en place de réforme. Pour Roland, si on veut implanter l'amélioration continue de la qualité, il faut une implication active des intervenants dans l'échange d'information et la recherche de nouvelles façons d'améliorer les pratiques (Roland, Campbell, Wilkin, 2001).

Des organisations non adaptés peuvent aussi faire obstacles à l'amélioration de la qualité à cause de l'inertie de leurs dirigeants et une équipe de gestion incompétente. Si les gestionnaires ne comprennent pas les objectifs liés à ces approches, il peut y avoir insouciance et résistance au changement. Pour Shortell (1998), l'amélioration de la qualité est complexe et exigeante pour les individus et les organisations au niveau cognitif, émotionnel et physique, il est donc facile de maintenir le statu quo.

Typiquement, les soins dans les hôpitaux sont organisés autour de fonctions. Préparer des médicaments est la responsabilité du pharmacien, administrer l'anesthésie une fonction de l'anesthésiste et ainsi de suite. Le problème est que le système manque de mécanisme pour intégrer des éléments individuels dans un tout cohérent qui va permettre d'offrir des soins sécuritaires et efficaces aux patients. Le résultat est souvent de une ambiguïté dans les rôles et responsabilités de chacun, et ce qu'il se produise une erreur ou un incident (Spear, 2005).

Dans les organisations performantes, tous les employés ont besoin d'apprendre comment réduire les ambiguïtés et comment améliorer continuellement les processus. Considérant que les gestionnaires et les professionnels de la santé, se percevaient comme des sauveurs arrivant avec des solutions déjà toute faite, il doit maintenant y avoir développement de capacités chez ces personnes à résoudre des problèmes de façon continu, en aidant leurs collègues à raisonner et à apprendre. Ces changements sont complexes et vont prendre du temps. Ils nécessitent aussi un engagement des gestionnaires et des professionnels (Spear, 2005).

Pour le Département de santé britannique, une organisation de qualité doit s'assurer que des processus d'amélioration continue de la qualité sont en place et intégrés au programme de qualité de l'organisation. Il faut aussi que des compétences en leadership soient développées au niveau des équipes cliniques et que des pratiques basées sur les faits soient utilisées et supportées. Dans le Département de santé, les bonnes idées, pratiques et innovation ont besoin d'être échangées et étendues à l'intérieur et à l'extérieur des organisations. De plus, il faut qu'il y ait des programmes de réduction des

risques cliniques et que les mauvaises pratiques soient détectées et corrigées par un apprentissage approprié (DOH, 1997).

Les organisations qui sont responsables de la qualité des soins et de la performance organisationnelle, auront acquis une plus grande conscientisation des moyens et des façons de faire pour avoir et maintenir l'efficacité et l'efficience dans les processus de production et le fonctionnement des organisations. Par un système d'amélioration continue de la qualité qui développe des mécanismes d'amélioration continue adaptés aux réalités des organisations, on veut atteindre des objectifs définis, réussir le changement et maintenir la performance.

Le système d'amélioration continue de la qualité est le troisième système de notre modèle. Nous l'avons disposé à la suite du système d'intégration pour qu'il y ait évaluation et amélioration des processus de production et du fonctionnement des organisations. Les organisations de santé qui sont mises dans un contexte de système d'intégration doivent être évaluées selon des standards déterminés. Elles doivent aussi chercher à améliorer continuellement leur qualité par le développement des meilleures pratiques ce qui permettra d'atteindre des objectifs de performance organisationnelle.

4) Analyse du système de modernisation

Le système de modernisation a été conçu comme quatrième système de notre modèle. Les organisations de santé qui sont placées dans un contexte de gestion de la performance doivent se moderniser et s'adapter aux changements. Le système de modernisation doit aider les organisations de santé à atteindre des objectifs de qualité et de performance organisationnelle.

Pour Giddens (2000), le terme modernisation signifie de mettre l'accent sur les réformes des institutions sociales pour répondre aux demandes d'un monde en constante transformation. La modernisation implique de mieux organiser la gouvernance des

organisations en les rendant plus responsables, plus imputables et plus efficaces face au changement.

Pour Shortell (2002), la modernisation des systèmes de santé doit se faire en tenant compte de la complexité des organisations. Les organisations doivent privilégier le développement de compétences et de leadership auprès des différents acteurs du milieu de la santé. Avec une plus grande responsabilisation des acteurs de la santé aux défis du milieu de la santé, on veut qu'il y ait conscientisation à développer les meilleures pratiques cliniques et de gestion pour adapter continuellement les organisations à un monde en changement. Les organisations sont des entités complexes et ce n'est qu'en comprenant les enjeux qui les confrontent que l'on peut inculquer les bonnes façons de faire essentielles à la réussite du changement (Senge, 1992).

Pour s'adapter aux changements organisationnels et régler les crises financières, les groupes d'acteurs doivent travailler ensemble à la transformation, aux modifications du système de santé. Chaque acteur possède une conception du monde qui lui est propre, ses dispositions à agir, ses intentions, ses projets, de même que ses ressources qu'il possède et qu'il contrôle (Contandriopoulos, 2003). Il est donc difficile dans cette dynamique individualiste d'arriver à une plus grande collaboration et coordination au niveau du jeu des acteurs.

Depuis plusieurs années, on observe des tensions réelles entre professionnels et administrateurs qui sont conceptualisés autour des logiques professionnelles et technocratiques. D'un côté, les professionnels qui se portent garants de l'intérêt collectif et de l'autre l'État qui prend en charge la planification du système (Contandriopoulos, 2003).

Dans l'édition du mois de décembre 2003 du *British Medical Journal*, Smith relatait la distance entre un Secrétaire de la Santé en Grande Bretagne et un professionnel de la santé qu'il décrivait comme des personnes souvent à cent lieues et avec des perspectives différentes. Des hauts dirigeants qui, d'un côté, croient aux vertus et aux bienfaits des

réformes structurelles, provenant la plupart du temps du haut, et de l'autre les différents acteurs plus près de l'action qui veulent répondre aux besoins directs de leur clientèle (Smith, Ham, Berwick, 2003).

À certains égards, cette différence de point de vue peut sembler difficile à comprendre, mais elle demeure en grande partie inhérente à la complexité du système de santé. Les organisations professionnels ont la particularité que les professionnels exercent un important degré de contrôle (Mintzberg, 1989). Le réseau de la santé est composé de plusieurs organisations professionnelles souvent autogérées qui fonctionnent en silos. Des professionnels et d'autres acteurs de la santé avec un haut niveau de savoir qui veulent garder leur autonomie et qui sont peu enclins à se faire dire comment gérer leurs pratiques et leurs établissements. Ceci explique en grande partie pourquoi les politiciens se sentent souvent frustrés et que les réformes pensées par des technocrates loin de l'action échouent (Smith, Ham, Berwick, 2003).

Il est important de construire une vision commune qui crée une obligation d'apprentissage et une orientation vers le long terme. Il faut favoriser le travail réflexif sur les pratiques parce que les gestionnaires sont de façon inhérente plus pragmatiques et qu'ils ont besoin d'un regard sur la réalité et une vision du futur. Les comportements des personnes en position de leadership doivent mener à une plus grande communication de leur vision personnelle (Senge, 1992).

Il y a beaucoup de leaders qui ont une vision et des objectifs, mais qui sont incapables d'implanter une compréhension systémique et faire les changements nécessaires. Les leaders des organisations doivent faire plus que formuler des stratégies pour exploiter les tendances émergentes. Ils doivent être capable d'aider les personnes à comprendre les forces systémiques qui modèlent le changement et adapter les organisations.

Les dirigeants des organisations doivent négocier plutôt qu'imposer de nouvelles politiques (Ham, 2003). Les changements vont se produire dans les organisations où les gestionnaires travaillent avec les leaders cliniques pour introduire de nouvelles façons de

faire (Ham, 2003). Il faut donc revoir les approches de négociation et de résolution de problèmes, chercher de nouvelles façons de coordonner les efforts et faciliter une coopération accrue entre acteurs afin d'améliorer la flexibilité et l'organisation du système de santé (Fisher, Uri, 1991).

Étant donné que les stratégies qui tiennent compte des motivations comme des opportunités de développement et d'éducation professionnelle permettent un plus grand engagement des professionnels face au changement, les dirigeants doivent tenir compte des réalités des organisations professionnelles et des motivations des différents acteurs du domaine de la santé. De plus, les professionnels ont besoin de comprendre les impératifs et les contraintes que vivent les dirigeants dans l'organisation des soins (Ham 2003).

Les dirigeants ont comme responsabilité de construire la capacité pour le changement et l'innovation dans les organisations. Les dirigeants ont besoin d'être à l'écoute des réalités des organisations professionnelles et des motivations des cliniciens. Les solutions imposées par les politiciens ou les technocrates ont souvent des effets négatifs et limités sur les pratiques cliniques. Pour que le changement se produise dans les organisations de santé, il faut qu'il y ait une plus grande coopération entre acteurs des domaines cliniques et administratifs (Ham, 2003).

Considérant qu'une plus grande coopération entre professionnels et dirigeants encourage le développement de meilleures pratiques cliniques et de gestion, les organisations doivent supporter les façons de faire qui maximisent la qualité des soins et qui développent un leadership organisationnel. L'analyse du leadership démontre que le développement de leaders efficaces peut aider à guider le changement et moduler leur rôle en fonction du caractère évolutif du changement (Denis, 2002).

Le système de modernisation doit aider à modifier les structures, toutefois ces changements exigent au préalable une transformation des mentalités et du jeu des acteurs. Avec une certaine complémentarité et interdisciplinarité au niveau de l'éducation, du

travail et de la formation continue, il est envisageable de développer une vision commune permettant de changer le système tout en tenant compte des valeurs fondamentales.

Pour avoir un système de modernisation efficace, nous devons tenir compte d'éléments qui permettent aux organisations de développer une approche plus collaborative. Une approche qui mise sur le développement de compétences et de leadership efficace, qui encourage la motivation, qui construit une vision commune et qui développe une plus grande coopération entre acteurs du domaine de la santé. Dans la section qui suit, nous allons analyser le système de modernisation à l'aide de ces éléments.

Analyse du système de modernisation dans le NHS

Le NHS a mis en place un système de modernisation qui tient compte d'une approche collaborative à plusieurs niveaux avec une Agence de Modernisation qui voit à l'adaptation des organisations face au changement. L'Agence de Modernisation est conçue pour développer des compétences et un leadership efficace pour supporter les organisations du NHS et pour moderniser les services de santé dans l'amélioration de la performance organisationnelle. Pour accomplir son mandat, l'Agence de Modernisation cherche à améliorer l'accès, le support local, l'amélioration de la qualité des soins et la diffusion des connaissances (DOH, 2000).

Dans le Nouveau NHS, avec l'introduction de groupes de soins primaires, les Primary Care Trusts, plus près de la communauté, le gouvernement a développé des organisations locales qui ont plus de flexibilité et qui peuvent innover au niveau de la communauté. Ces initiatives ont pour objectif de motiver, de rehausser le moral et l'enthousiasme des professionnels et des citoyens vis à vis le changement puisque maintenant, ils ont un plus grand rôle à jouer dans l'organisation des soins.

Toutefois, une conséquence négative qui découle d'une dévolution du pouvoir décisionnel à des instances locales est de créer des différences importantes dans la planification des services offerts et des résultats obtenus. Par exemple, il peut être plus

difficile d'avoir des politiques nationales et régionales claires. Le gouvernement encourage les initiatives, l'empowerment, au détriment d'une vision plus corporatiste qui provient du central.

Par ailleurs, le Labour a signalé son intention de développer un style plus collaboratif dans le NHS. L'approche des nouveaux dirigeants doit être plus coopérative, plus ouverte, plus inclusive. Ils doivent aussi démontrer des capacités à motiver les gens et réaliser le changement (Best, Brazil, 1997). Le NHS veut construire une vision commune et développer une plus grande collaboration entre acteurs du domaine de la santé.

Pour Alitmo-Metcalf, les leaders traditionnels qui aspirent à diriger pour satisfaire leur désir de contrôle et de reconnaissance, ne trouvent pas de plaisir ou d'attrance à faire les changements nécessaires pour adapter les organisations aux nouvelles réalités. Les changements sont faits à la pièce suivant les problèmes, les crises. Les organisations sont conçues pour rendre les gens confortables et elles inhibent la prise de risque. On se retrouve avec une direction centrale qui contrôle les politiques du central au local, qui assume les rôles principaux de formulation des politiques, d'implantation des politiques au local et de monitoring de l'implantation. Il y a une emphase sur le court terme et une fermeture des communications afin de minimiser les mauvaises nouvelles. Le style de ces gestionnaires et cliniciens est souvent un frein à la flexibilité et à l'innovation dans les organisations. Le peu d'enclin à supporter les initiatives et la subjectivité dans la sélection des successeurs potentiels sont souvent guidés par des agendas particuliers (Alitmo-Metcalf, Lawler, 2001).

De plus, selon Shortell, plusieurs personnes ont tendance à penser qu'en développant des connaissances et des compétences en leadership, les individus seront plus à même de changer les organisations, d'améliorer la qualité, d'accroître la sécurité, de changer plus facilement les conditions de travail, de recruter les professionnels de la santé et de mieux rencontrer les besoins des malades chroniques. Pour Shortell, cette conception du changement des organisations est simpliste. Le développement de leadership lié

seulement aux individus peut très bien aider le développement de carrières, mais il laisse en pan les organisations avec lesquelles ils sont associés (Shortell, 2002).

Il faut qu'il y ait développement de compétences et de leadership qui vont permettre aux individus d'acquérir des connaissances, un savoir faire et des valeurs associées à une modernisation efficace. Shortell considère qu'un leadership efficace doit être organisationnel et pas uniquement individuel. Pour réaliser le changement, il faut une approche à plusieurs niveaux qui reconnaît les interactions avec l'environnement, l'organisation, l'équipe et l'individu (Shortell, 2002). Pour Denis, trois facteurs peuvent influencer l'efficacité de ce type de leadership : la rivalité entre les leaders pour occuper l'avant scène du processus organisationnel, le détachement du projet stratégique des leaders avec la base opérationnel de l'organisation et la faiblesse du projet de changement par rapport aux exigences de l'environnement (Denis, 2002).

Le développement d'un système de modernisation implique qu'il y a une conscientisation à responsabiliser les différents acteurs aux défis et enjeux des organisations de santé. On veut adapter les organisations de santé par le développement de compétences et de leadership efficace, mais aussi motiver les professionnels qui évolue dans les organisations de santé.

Le défi pour le système de modernisation est de créer des équipes de gens compétents, d'être capable de développer et de communiquer une vision globale, de voir à la performance du système et d'être en mesure de résoudre les différents par le dialogue et l'entente. Une meilleure coopération entre organisations et le développement d'une agence qui développe une approche collaborative où le développement de compétences et de leadership efficace est favorisé, peut permettre aux organisations du système de santé d'améliorer leur pratique clinique et de gestion. Les organisations de santé placées dans un contexte de gestion de la performance doivent s'adapter et se moderniser afin d'atteindre des objectifs de performance organisationnelle.

5) Analyse de la performance organisationnelle

La performance organisationnelle est l'élément central du modèle de gestion de la performance. Nous voulons par le développement des systèmes que les organisations de santé mises dans un contexte de gestion de la performance atteignent des objectifs définis de performance organisationnelle. Pour Sicotte et al., la performance organisationnelle est un concept complexe et intégrateur qui est établie et maintenue par une tension dynamique entre quatre fonctions : l'adaptation, la production, l'atteinte des buts et les valeurs (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1998). Avec la fonction d'adaptation du modèle de performance organisationnelle, l'organisation doit être capable de profiter des opportunités de son environnement. Pour la fonction d'atteinte des buts, l'organisation doit réussir à être et rester efficace, efficiente et satisfaire aux attentes des groupes d'intérêt. L'organisation doit aussi être capable de se structurer pour maximiser sa productivité, minimiser ses coûts et maximiser la qualité des services par la révision de sa fonction de production. Puis, avec la fonction de maintien des valeurs qui sert de liens entre les autres fonctions, l'organisation doit être capable de maintenir et de développer des valeurs, un climat organisationnel, une idéologie qui structurent ses actions.

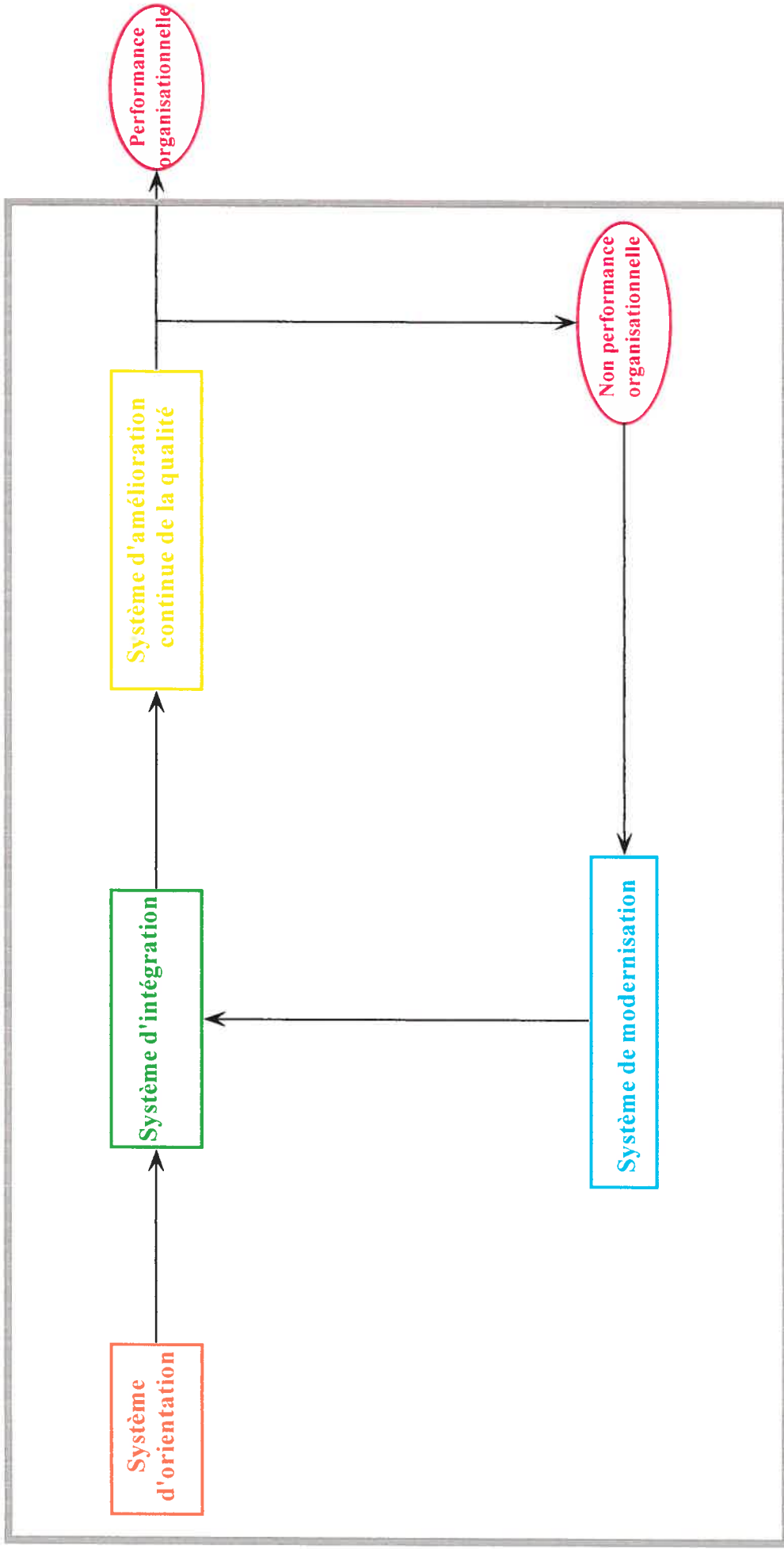
Pour analyser la plausibilité des systèmes à produire les effets escomptés, nous utiliserons deux approches d'analyse de la performance : une approche systémique qui tient compte des systèmes et de leurs relations et une approche configurationnelle qui reprend les relations entre les fonctions du modèle de performance organisationnelle de Sicotte et al.

a. Approche systémique (Tableau 2)

La première approche, qu'on appelle l'approche systémique, consiste à observer la réforme dans sa forme et dans son ensemble. Les systèmes du modèle sont mis en séquence logique pour montrer le potentiel des initiatives à produire les effets sur la performance organisationnelle.

Tableau 2 : Modèle logique de gestion de la performance adapté au NHS

Politiques de santé



Ainsi, une organisation de santé doit en premier lieu être mise dans un contexte de système d'intégration. Les institutions qui auront réussi à s'intégrer aux autres institutions vont pouvoir mieux coordonner les services de santé au patient et adapter leur fonctionnement au milieu. Considérant qu'avec une attention portée aux différents niveaux d'intégration (intégration fonctionnelle, intégration des médecins, intégration clinique et avec la communauté), nous pouvons briser les silos et éliminer les barrières professionnelles et organisationnelles, il devient possible de mettre en oeuvre une coordination de services continus au patient, d'innover et de devenir efficace dans le traitement des problèmes de santé.

L'exemple du VHA Hospital aux États Unis est révélateur des potentiels d'une plus grande intégration sur la performance organisationnelle. En quatre ans, la mortalité chirurgicale a chuté, il y a une plus grande emphase sur la prévention et les coûts par patient ont diminué (Kizer, 2000).

En deuxième lieu, les organisations doivent tenir compte des recommandations et du guidage proposées par le système d'orientation. Dans un contexte où il devient de plus en plus difficile de se tenir à date sur les nouvelles connaissances et les développements technologiques, le système d'orientation a comme responsabilité de développer des stratégies cohérentes, de standardiser les meilleures procédures et de produire des évaluations de technologies et de projets. Il y a une tentative d'aider les institutions à prendre les meilleures décisions. Par ce fait, on veut éliminer les dépenses excessives, réduire les duplications et les aberrations et s'assurer que les procédures, les technologies et les médicaments sont appropriés.

Le NICE est un exemple d'agence dont le mandat est d'établir les priorités à partir de l'évidence scientifique. Le NICE est conscient que ses recommandations doivent être justes, équitables et efficaces. Suite aux travaux de Mines qui relatait une sous évaluation des résultats des études produites par des entreprises à but lucratif, on convient qu'il est essentiel de se doter d'une organisation autonome et efficace capable d'établir les priorités.

Étant donné qu'une utilisation appropriée de nouvelles procédures, technologies et médicaments permet de diminuer la subjectivité, d'améliorer la qualité dans les prises de décision, on s'assure d'adapter les organisations au changement et atteindre des objectifs de performance.

Le système d'amélioration continue de la qualité cherche à agir au niveau de l'amélioration des processus de production et du fonctionnement des organisations de santé. Dans ce système, nous combinons les approches d'atteinte de standard de qualité et d'amélioration continue de la qualité. Nous voulons identifier les meilleures pratiques, améliorer les procédures et les façons de faire dans les organisations de santé.

L'exemple de l'anesthésiologie est significatif quant aux retombées possibles d'améliorer la sécurité et la qualité des services. Avec des recherches et des consultations sur les meilleures pratiques en anesthésiologie et leur diffusion, le taux de mortalité a chuté drastiquement au cours des années.

Étant donné qu'en cherchant à améliorer continuellement la qualité, on ne veut pas faire plus de la même chose, mais faire mieux et différemment, il y a possibilité d'améliorer les processus de production et ainsi atteindre des objectifs de performance.

Finalement, les organisations qui ne performant pas adéquatement sont prises en charge dans le modèle de gestion de la performance par le système de modernisation. Le système de modernisation doit développer des compétences, du leadership efficace et revoir l'organisation des institutions de santé. Pour Giddens, la modernisation met l'accent sur les réformes des institutions sociales pour répondre à un monde en constante transformation.

Dans le NHS, il y a une agence, l'Agence de Modernisation qui a comme mandat de développer des aptitudes et des façons de faire en tenant compte de diverses stratégies d'apprentissage. L'AM doit prendre en compte les recommandations du NICE, s'assurer

que les services sont bien intégrés et aussi d'inculquer des principes d'amélioration continue, d'identifier les meilleures pratiques et les diffuser aux organisations.

Considérant qu'un système de modernisation tient compte des autres fonctions du modèle dans un contexte de séquence logique, il est possible d'adapter les organisations aux changements et de répondre à des problèmes de qualité et de performance.

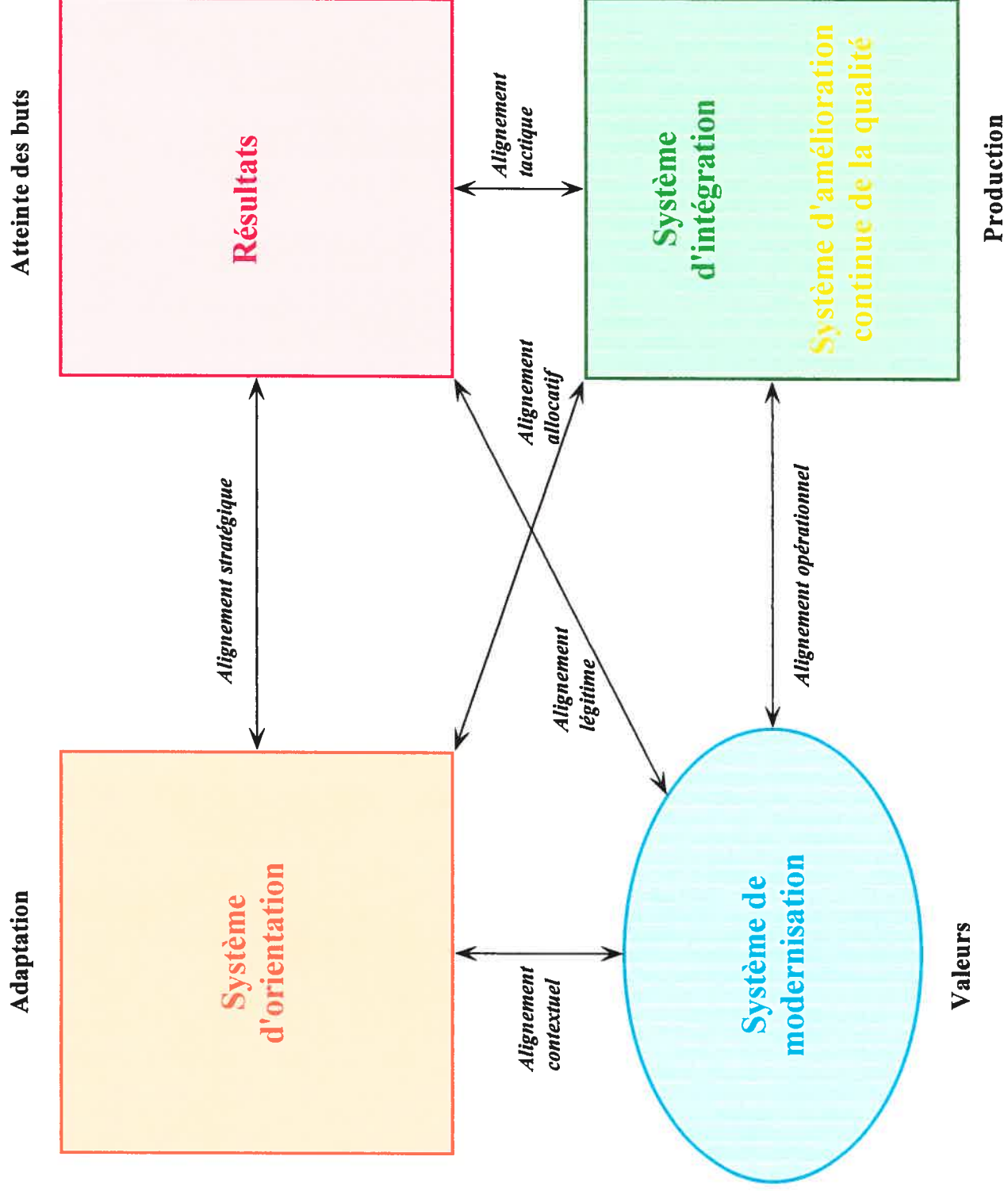
L'approche systématique utilise une logique de système de représentation où se développe une intelligibilité constructive de la réalité complexe. Les organisations de santé ont des structures organisationnelles qui se développent dans des contextes où les pratiques et les procédures sont définies par des concepts rationnels de l'organisation institutionnalisée dans la société. Avec une gestion de la performance où les organisations sont modelées par des systèmes particuliers, nous voulons développer une cohérence dans l'organisation et une vision commune quant aux objectifs. Les organisations de santé qui sont mises dans un contexte de gestion de la performance tiennent compte dans notre modèle d'éléments comme l'intégration, l'orientation, l'amélioration continue de la qualité et la modernisation pour atteindre des objectifs de performance organisationnelle.

b. Approche configurationnelle (Tableau 3)

La deuxième approche se base sur les écrits de Sicotte et al. et sur l'utilisation du modèle intégrateur de la performance organisationnelle. Ce modèle réfère à quatre dimensions essentielles à tout système d'action sociale : les valeurs, l'adaptation, la production et les résultats. Le potentiel des réformes du NHS et leur fondement logique sont analysés selon ces dimensions de la performance organisationnelle.

La première dimension se rapporte au champ des valeurs. Les organisations sont influencées par les valeurs et les normes établies. Cette fonction produit un sens, une signification, une cohésion avec les autres dimensions. Les organisations qui ont développé un consensus autour des valeurs et du climat organisationnel mettent l'accent sur la motivation et l'allégeance au sein du groupe.

Tableau 3 : Modèle de la performance organisationnelle adapté au NHS



Dans notre modèle de gestion de la performance, les valeurs sont établies autour du système de modernisation. Pour Giddens (2000), la modernisation constitue une nouvelle ère dans la gestion publique où il y a un accent mis sur les réformes des institutions sociales pour répondre aux demandes d'un monde en constante transformation

Pour le New Labour, la modernisation fait partie des valeurs du Third Way. Le Third Way est une idéologie qui promouvait la résolution de problèmes d'ordre social par de nouvelles approches progressives, flexibles et pragmatiques (Blair, 1998).

La deuxième dimension est représenté par l'adaptation. Les organisations doivent tenir compte des opportunités et inconvénients présent dans l'environnement. À court terme, les organisations doivent être capable d'attirer les ressources nécessaires et maintenir les activités de base afin de répondre aux besoins de la population. À long terme, les organisations doivent se transformer et s'adapter à l'environnement et à un monde changeant.

Par le développement d'un système d'orientation, les organisations peuvent élaborer des stratégies, gérer les risques et les mettre en relation avec les traditions et les cultures existantes. Selon Mintzberg, l'élaboration de la stratégie est un espace complexe qui demande un jugement conceptuel, de la vision intuitive et de l'apprentissage émergent.

Notre système d'orientation prend assise sur des agences comme le NICE qui ont pour objectifs d'orienter les organisations de santé vers la qualité et l'excellence. Le NICE évalue les nouvelles connaissances et développe des protocoles et des guides cliniques. Dans un monde en changement, il faut des stratégies qui vont permettre de guider, d'orienter les organisations de santé vers la performance.

La troisième dimension concerne la production comme les services cliniques et de support. La fonction de production est liée au volume des activités, à la coordination des

facteurs de production et à la qualité. Il faut aussi l'intégration des mécanismes organisationnels pour qu'il y ait cohérence et efficacité au sein de l'organisation.

Le système d'intégration permet une plus grande coordination au niveau des services de santé. On veut briser les silos afin de faciliter le fonctionnement coordonné des organisations. L'intégration est complexe et plusieurs niveaux doivent être pris en compte comme l'intégration fonctionnelle, l'intégration des médecins, l'intégration clinique et avec la communauté

Le système d'amélioration continue de la qualité réfère, quant à lui, à l'évaluation et à l'amélioration des processus de production et au fonctionnement des organisations. Nous voulons développer une responsabilisation des individus et des organisations face aux défis et enjeux en santé. En Grande Bretagne, on retrouve un cadre d'évaluation des organisations, la gouvernance clinique. Les individus et les organisations doivent continuellement améliorer les processus de production et le fonctionnement autour de ce cadre afin d'offrir les meilleurs services de santé aux patients.

La quatrième dimension est celle des résultats. La capacité des organisations à faire des choix stratégiques qui vont permettre l'atteinte d'objectifs d'efficacité, d'efficience et de satisfaction des divers groupes d'intérêts. L'organisation doit être imputable envers la population et atteindre des objectifs de performance et d'amélioration de santé qui touche à la fois les patients et la population.

Avec un système qui évalue la performance organisationnelle et financière, nous voulons évaluer les résultats et se fixer des objectifs à atteindre, par exemple, nous pouvons établir des objectifs au niveau de l'accessibilité, de la qualité des services, du développement organisationnel, de l'amélioration de la santé et de la gestion financière qui vont permettre de développer une vision de ce qui est fait dans les organisations de santé. Pour Donaldson, un système de santé peut chercher à atteindre de bons résultats et des changements bénéfiques avec des interventions ciblées, justifiées et planifiées (Donaldson, Donaldson, 1993).

Les systèmes du modèle de gestion de la performance sont intégrés au modèle dynamique de Sicotte et al. de la performance organisationnelle pour établir des relations avec les quatre dimensions de la performance organisationnelle. Avec des agents de changement appropriés et des politiques cohérentes, nous pouvons développer un système représentatif qui oriente, évalue et modernise les organisations de santé. Les organisations de santé sont des entités complexes qui demandent une approche multidimensionnelle et c'est avec une logique qui tient compte de différents éléments essentielles à la gestion de la performance que nous pouvons mener les organisations vers des objectifs de performance organisationnelle.

5- CONCLUSION

À plusieurs égards, le monde dans lequel nous évoluons diffère de ce que nous avons connu par le passé et de ce que nous avons prévu dans les années 80. Au lieu d'avoir un plus grand contrôle sur nos réalités, il semble que le monde soit de plus en plus hors de contrôle (Giddens, 2000).

Le développement important des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, la mondialisation et les nouvelles connaissances créent une pression énorme sur l'organisation et le financement des systèmes de santé (Contandriopoulos, 2003). La gestion des systèmes de santé utilisée dans la mise en place des systèmes publics s'est montré inadéquate dans un environnement qui change rapidement (Donaldson, 2003). Les gouvernements ont alors cherché de nouveaux modèles de gestion qui pouvaient rendre les organisations plus flexibles dans l'atteinte des buts (OCDE, 2004).

Suite à l'élection du New Labour, le gouvernement travailliste influencé par les idées du Third Way a mis en branle une série de réforme pour résoudre des problèmes d'ordre social et développer un projet de société qui pouvait renouveler la social-démocratie (Blair, 1998). Dans le système de santé, la réforme a été faite autour du Nouveau NHS et a impliqué le développement de plusieurs initiatives simultanément. D'ailleurs, le gouvernement britannique a développé une réforme complexe qui met en jeu plusieurs niveaux et facteurs qui peuvent influencer l'atteinte de la performance organisationnelle. Pour Shortell, les réformes doivent avoir une approche à plusieurs niveaux pour réussir le changement (Shortell, 2001). Mintzberg affirme que pour produire et gérer le changement, il faut qu'il y ait prise en charge de plusieurs dimensions à la fois. Beaucoup d'organisations font des changements en partie pour s'adapter aux nouvelles tendances organisationnelles, par exemple la gestion du risque ou le développement de nouveaux produits, mais pour réussir des réformes, il faut avoir une approche qui tient compte de plusieurs facteurs et niveaux essentiels au changement (Mintzberg, Ahlstrand, Lampel, 1999).

Nous nous sommes donc donnés comme objectif dans ce mémoire de chercher à comprendre et analyser le potentiel des politiques en santé du New Labour Britannique et leur fondement logique pour l'amélioration de la performance organisationnelle du NHS. Pour ce faire, nous avons revisité la réforme du New NHS et décrit les nombreuses initiatives rencontrées dans le système de santé britannique.

Le premier aspect qui nous frappe en regardant cette réforme de plus près est certainement le nombre impressionnant d'initiatives et d'agences pour supporter le changement. La quantité d'institutions et d'informations peuvent être déconcertantes pour toute personne non initiée. Le NHS est un système hautement complexe et cette complexité reflète la multitude d'objectifs associés aux différentes organisations de santé. Or, comme affirme Smith, le manque de cohérence et de clarté peut donner des messages confus aux gestionnaires, aux cliniciens et au public (Smith, 2002). Il importe pour toutes organisations de développer une cohérence intellectuelle autour d'un système de représentation et de conception pour qu'il y ait atteinte d'objectifs d'amélioration de la qualité des services et de performance organisationnelle.

Nous avons donc développé un modèle de gestion de la performance adapté au NHS qui tient compte de quatre systèmes essentiels dans l'atteinte d'objectifs de performance organisationnelle : le système d'intégration, le système d'orientation, le système d'amélioration continue de la qualité et le système de modernisation. Les organisations de santé mises dans un contexte de gestion de la performance doivent tenir compte des systèmes développés dans le modèle de gestion de la performance et s'adapter au changement. Dans un premier temps, les organisations doivent tenir compte du système d'intégration pour offrir des services coordonnés au patient à travers un continuum à une population définie. Dans un deuxième temps, un système d'orientation doit permettre aux organisations de santé d'élaborer des stratégies et de gérer les risques associés aux nouveaux développements. En troisième lieu, un système d'amélioration continue de la qualité surveille et responsabilise les organisations dans l'atteinte des objectifs. Puis, finalement, les organisations non performantes sont prises en charge par un système de

modernisation qui cherche à développer des compétences et un leadership efficace afin d'encourager les meilleures pratiques et l'atteinte de la performance organisationnelle.

Dans ce contexte, nous croyons que les politiques en santé du New Labour Britannique offrent un potentiel intéressant pour l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle. Des réformes sont possibles s'il y a volonté politique et cohérence dans les intentions. De plus, avec des agences qui modèlent les bonnes pratiques et le fonctionnement des organisations des systèmes de santé vers des objectifs définis, on peut atteindre des objectifs de performance et d'efficacité reconnue. Le but de notre modèle de gestion de la performance adapté au NHS est à la fois simple et complexe, nous cherchons à développer une cohérence intellectuelle autour d'un système de représentation et de conception pour qu'il y ait atteinte d'objectifs de performance organisationnelle pour l'ensemble des organisations faisant partie du système de santé.

Néanmoins, les limites de notre recherche nous obligent à être prudent quant aux généralisations et aux conclusions à donner à notre mémoire puisqu'avant de conclure aux bénéfices d'un tel modèle, il faudra que d'autres cas, d'autres études soient effectuées où nous pourrions évaluer des résultats concrets des réformes du NHS sur la qualité et la performance et répéter le même exercice dans d'autres organisations et système de santé.

6- BIBLIOGRAPHIE

Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe, R. (2000). Heaven can wait. *Health Service Journal*, 12 oct, pp.26-29

Alimo-Metcalfe, B., Lawler, J. (2001). Leadership development in UK companies at the beginning of the twenty-first century. Lessons for the NHS ? *Journal of Management in Medicine*, 15(5): 387-404.

Als-Nielsen, B., Chen, W., Gluud, C., Kjaergard, L.L. (2003). Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events. *Journal of the American Medical Association*, 290: 921-928.

Beckett, M. (1995). Margaret Beckett's *Third way*: Cooperation and partnership. *British Medical Journal*, 311:13-14.

Béland, D., Vergniolle de Chantal, Waddan, A. (2002). Third Way social policy : Clinton's legacy? *Policy and politics* 30(1): 19-30.

Berwick, D.M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*, 320: 53-56.

Best, G., Brazil, R. (1997). The personal touch. *Health Service Journal*, 16 oct, pp.24-26.

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.

Blair, T. (1997). *Speech to the Social Policy and Economic Performance Conference*, Amsterdam, 24 january.

Blair, T. (1997). *Speech*, Westminster Central Hall, 5 november.

Blair, T. (1998). *The Third Way: New Politics for the New Century*. Fabian Society, London.

Budetti, P.P., Shortell, S.M., Waters, T.M., Alexander, J.A., Burns, L.R., Gillies, R.R., Zuckerman, H. (2002). Physician and health system integration. *Health Affairs*, 21(1): 203-210.

Burns, L.R., Walston, S.L., Alexander, J.A., Zuckerman, H.S., Anderson, R.M., Torrens, P.R., Hilberman, D. (2001). Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a national survey. *Health Care Management Review*, 26(1): 20-39.

Calnan, M., Gabe, J. (2001). From consumerism to partnership? Britain's National Health Service at the turn of the century. *International Journal of Health Service*, 31 (1): 119-131.

Cameron, K., Whetten, D.A. (1983). *Organizational effectiveness: a comparison of multiple models*. Academic Press, San Diego.

Charns, M.P. (1997). Organization design of integrated delivery systems. *Hospital and Health Services Administration*, 42(3): 411-432.

Chassin, M.E., Galvin, R.W. (1998). The urgent need to improve health care quality. *Journal of the American Medical Association*, 280:1000-1005.

Chassin, M.E. (1998). Is health care ready for six sigma quality ? *Milbank Quarterly*, 76: 565-591.

Clinton, W.J. (1998). *Remarks by the President to the DLC National Convention*. The White House. Office of the Press Secretary, 4 juin.

Commission for Health Improvement. (2002). *Clinical Governance*. London, 2002.

Commonwealth Fund. (2000). Doctors in five countries see decline in health care quality. *Commonwealth Fund Quarterly*, 6(3): 1-2.

Conrad, D.A., Dowling, W.L. (1990). Vertical integration in health services: Theory and managerial implications. *Health Care Management Review*, 15(4): 9-22.

Contandriopoulos, A.P. (2003). L'inertie et le changement. *Ruptures*, 9(2): 4-31.

Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Seuil, Paris.

Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge University Press, Cambridge.

Denis, J.L., Lamothe, L., Langley, A., Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. Dans *Restructuring the professional organization, accounting, health care and law*. Brock, D., Powell, M., Hinings, C.R. (Eds), London, pp.105-130.

Denis, J.L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Étude no. 36. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Canada.

Department of Health. (1997). *The New NHS: Modern, Dependable*. HMSO, London.

Department of Health. (1999). *Health Act 1999*. HMSO, London.

Department of Health. (2000). *The NHS Plan*. HMSO, London.

Department of Health. (2000). *An organization with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. HMSO, London.

- Department of Health. (2000). *Public Service Agreement 2001-04*. HMSO, London.
- Department of Health. (2001). *Priorities and planning framework 2002-2003*. HMSO, London.
- Department of Health. (2001). *NHS Performance Indicators: A consultation*. HMSO, London.
- Donaldson, R.J., Donaldson, L.J. (1993). *Essential public health medicine*. Kluwer, London.
- Donaldson, L.J. (1996). Impact of management outcome. Dans *The scientific basis of health services*. Peckham, M., Smith, R. (Eds), BMJ Pub, London.
- Donaldson, L.J., Donaldson, R.J. (2003). *Essential public health. Second edition (revised)*. Petroc Press, Plymouth.
- Durand, D. (1979). *La systémique*. Presses universitaires de France, Paris.
- Ferlie, E.B., Shortell, S.M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2) 282-313.
- Fisher, R., Ury, W. (1991). *Getting to yes*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Genelot, D. (2001). *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*. INSEP Consulting Editions, Paris.
- Giddens, A. (1999). *The Third way: The Renewal of Social Democracy*. Polity Press, Cambridge.
- Giddens, A. (2000). *The Third way and its critics*. Polity Press, Cambridge.

Giddens, A. (2000). *Runaway world: How globalisation is reshaping our lives*. Routledge, New York.

Gillies, R.R., Shortell, S.M., Young, G.J. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital and Health Services Administration*, 42(3): 300-321.

Glennerster, H. (1994). *Implementing GP Fundholding: wild card or winning card ?* Open University Press, Buckingham.

Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361:1978-1980.

Ham, C., Robert, G. (2003). *Reasoning rationing. International experience of priority setting in health care*. Open University Press, Maidenhead.

Hill, S., Dinsdale, G. (2001). *Fondements en vue de l'élaboration de stratégies d'apprentissage en gestion du risqué dans la fonction publique*. Centre canadien de gestion, Gouvernement du Canada.

Hudson, B. (1999). Decentralisation and primary care groups: a paradigm shift for the NHS in England? *Policy and politics*, 27(2) 159-172.

Ikegami, N., Campbell, J.C. (2004). Japan's health care system: Containing costs and attempting reform. *Health Affairs*, 23(3): 26-36.

Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12 (6): 244-253.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard – Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February, 71-79.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, January-February, 75-85.

Kieran, W., Smith, J., Dixon, J., Edwards, N., Hunter, D.J., Mays, N., Normand, C., Robinson, R. (2004). Primary Care Trusts. *British Medical Journal*, 329: 871-872.

Kizer, K.W. (2000). Reengineering the veterans health care system. Dans *Advancing federal healthcare*, Ramsaroop and al. (eds), New York.

Klein, R. (2005). A middle way for rationing healthcare resources. *British Medical Journal*, 230: 1340-1341.

Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (1999). *To err is human*. National academy of Science, Washington.

Labour Party. (1996). Renewing the National Health Service: Labour's agenda for a healthier Britain. *International Journal of Health Service*, 26 (2): 269-308.

Laffel, G., Blumenthal, D. (1989). The case for using industrial quality management science in health care organizations. *Journal of the American Medical Association*, 262: 2869-2873.

Le Grand, J. (1999). Competition, cooperation, or control? Tales from the British Health Service. *Health Affairs*, 18 (3): 27-39.

Le Grand, J. (2002). Further tales from the British Health Service. *Health Affairs*, 21(3): 116-127.

Le Moigne, J.L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Dunod, Paris.

Leese, B. (2002). Impact on Health Authorities of the introduction of Primary Care Groups and Trusts. *Health Services Management Research*, 15: 40-45.

Leggat, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., Bilodeau, H. (1998). A review of organizational performance assessment in health care. *Health Services Management Research*, 11 : 3-23.

Malenka, D.J., O'Connor, G.T. (1998). The Northern New England cardiovascular disease study group: a regional collaborative effort for continuous quality improvement in cardiovascular disease. *Journal of quality improvement*, 24(10): 594-600.

Maynard, A., Bloor, K., Freemantle, N. (2004). Challenges for the National Institute for Clinical Excellence. *British Medical Journal*, 329: 227-229.

McGlynn, E.A. (2004). There is no perfect health system. *Health Affairs*, 23(3): 100-102.

Meyer, J.W., Rowan, B. (1991). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony (chap. 2). Dans Powell and DiMaggio (Eds), *The new institutionalism in organizational analysis*, The University of Chicago Press, Chicago, pp.41-62.

Miners, A.H., Garau, M., Fidan, D., Fischer, A.J. (2004). Comparing estimates of cost effectiveness submitted to the National Institute for Clinical Excellence (NICE) by different organizations: retrospective study. *British Medical Journal*, 330: 65-69.

Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. Harper Row, New York.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: Inside our strange world organizations*. The Free Press, New York.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (1999). *Safari en pays stratégique. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Village Mondial, Paris.

Moore, J.D. (1997). Accident insurance: Dana Farber seeks foolproof ways to stop medical errors. *Modern Health Care*, 21 avril, pp. 44-45.

Newman, O., De Zoysa, R. (2001). *The promise of the Third Way. Globalization and social justice*. Palgrave Macmillan, London.

OCDE. (2003). *OECD health data 2003*. OCDE.

OCDE. (2004). *Towards high-performing health systems. The OECD Health Project*. OCDE.

OMS. (2000). *Rapport de santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. OMS.

Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*. Free Press, New York.

Powell, M. (1999). *New Labour and the Third Way in the British National Health Service. International Journal of Health Service*, 29(2):353-370.

Pyper, R. (2005). *Public management and modernization in Britain*. Palgrave Macmillan, London.

Pierce, E.C. (1996). The 34th Rovenstine lecture. 40 years behind the mask. *Anesthesiology*, 84: 965-975, 1996.

Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (1995). *Manuel de recherché en sciences sociales*. Dunod, Paris.

Rentoul, J. (2001). *Tony Blair Prime Minister*. Warner Books, London.

Robinson, R. (2004). Primary Care Trusts: premature reorganization, with mergers, may be harmful. *British Medical Journal*, 329: 871-872.

Roland, M., Campbell, S., Wilkin, D. (2001). Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement. *Journal of Management in Medicine*, 15(3): 188,201.

Schuster, M.A., McGlynn, E.S., Brook, R.H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Quarterly*, 76(4): 517-563.

Senge, P.M. (1992). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Century Business, London.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, P.A., Mitchell, J.B., Morgan, K.L. (1993). Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*, 38(4): 447-466.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, P.A. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5): 46-64.

Shortell, S.M., Bennett, C.L., Byck, G.R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4): 596-617.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A. (2000). *Remaking health care in America*. Jossey-Bass, San Francisco.

Shortell, S.M. (2002). Developing individual leaders is not enough. *Journal of Health Research Policy*, 7(4): 193-194.

Shortell, S.M. (2004). Interview with Steven M. Shortell. *Journal of Healthcare Management*, 49(2): 73-79.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research*, 11: 24-48.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures*, 6 (1) : 34-46.

Smith, P.C. (2002). Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs*, 21 (3): 103-115.

Smith, R. (2000). The failing of the NICE. *British Medical Journal*, 321: 1363-1364.

Smith, R., Ham, C., Berwick, D. (2003). Would the NHS benefit from a single, identifiable leader ? *British Medical Journal*, 327: 1421-1424.

Smith, R. (2004). The triumph of the NICE. *British Medical Journal*, 329: 1136-1137.

Spear, S.J. (2005). Fixing healthcare from the inside, today. *Harvard Business Review*, 509:1-19.

Stevens, S. (2004). Reform strategies for the English NHS. *Health Affairs*, 23(3): 37-44.

Trevelyan, G.M. (1988). *A shortened History of England*. Penguin books, London.

Weiner, B.J., Savitz, L.A., Shulamit, B., Pucci, L.G. (2004). How do integrated delivery systems adopt and implement clinical information systems ? *Health Care Management Review*, 29(1): 51-66.

Weingart, S.N., Wilson, R.M., Gibberd, R.W., Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *British Medical Journal* , 320:774-777.

While, A., Blackman, C. (1998). Reflections on nursing as a career choice. *Journal of Nursing Management*, 6: 231-237.

Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Sage publications, Thousand Oaks.