

Université de Montréal

**L'investissement en santé publique dans les provinces canadiennes de 1975 à 2018 :  
un désengagement à géométrie variable ?**

*Par*

Emna Ben Jelili

Département de science politique, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en science politique, option mémoire

Août 2022

© Emna Ben Jelili, 2022



Université de Montréal  
Département de science politique, Faculté des arts et des sciences

*Ce mémoire intitulé*

**L'investissement en santé publique dans les provinces canadiennes de 1975 à 2018 :  
un désengagement à géométrie variable ?**

*Présenté par*

**Emna Ben Jelili**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Denis Saint-Martin**

Présidente-rapporteur

**Alain Noël**

Directeur de recherche

**Olivier Jacques**

Codirecteur

**Gérard Boismenu**

Membre du Jury



## Résumé

Au-delà de la capacité des systèmes à faire face aux crises sanitaires, investir en prévention devrait se lire « investir pour la santé » dans la perspective plus large d'une amélioration du bien-être des populations. Plusieurs études démontrent que les programmes de santé publique contribuent à prévenir la mortalité, améliorent la qualité de vie et réduisent les coûts des soins de santé sur le court et long terme (Dyakova et al. 2017 ; Masters et al. 2017). Pourtant, le portrait des dépenses de santé dans la plupart des pays suggère un sous-financement inquiétant des dépenses préventives en santé.

Ce mémoire propose un cadre formel pour démystifier les dynamiques politiques et financières sous-jacentes à la prise de décision des gouvernements en place en matière d'investissement en santé préventive. Plus précisément, il est question d'analyser les variations des dépenses en santé publique dans les provinces canadiennes de 1975 à 2018. En s'intéressant à l'organisation du système de santé dans son ensemble et au gré des réformes politiques et structurelles des provinces, les résultats de l'analyse qualitative montrent que l'émergence du nouveau management public (NMP) dans les années 1990 a globalement contribué à la diminution accordée à la prévention.

L'analyse quantitative quant à elle, énonce les éléments conjoncturels et structurels financiers qui participent à la variation des dépenses en santé publique.

En considérant le financement en santé publique comme un investissement à long terme, il a été démontré que les dépenses préventives ne sont pas aussi largement soutenues et constituent des investissements à long terme discrets avec peu d'appuis dans la société. Cela implique, du point de vue financier, que ce type de dépenses est plus propice aux coupures budgétaires, surtout en période de récession et de crise économique.

**Mots-clés:** santé publique, investissement à long terme, dépenses de santé, politiques d'austérité, nouveau management public, coupures budgétaires.

## Abstract

Beyond the capacity of systems to deal with health crises, investing in prevention should read “investing for health” in the broader perspective of improving the well-being of populations. Several studies demonstrate that public health programs help prevent mortality, improve quality of life and reduce health care costs in the short and long term (Dyakova et al. 2017; Masters et al. 2017). However, the portrait of health expenditure in most countries suggests a worrying underfunding of preventive health expenditure.

This thesis proposes a formal framework to demystify the political and financial dynamics underlying the decision-making of governments in place in terms of investment in public health. More specifically, we analyze the variations in public health expenditure in the Canadian provinces from 1975 to 2018.

By focusing on the organization of the health system as a whole, according to political and structural reforms over time, the results of the qualitative analysis show that the emergence of new public management (NPM) in the early 1990 contributed overall to the reduction granted to prevention.

The quantitative analysis, for its part, sets out the economic and structural financial elements that contribute to the variation in public health expenditure.

Viewing public health funding as a long-term investment, it has been shown that preventive spending is not as widely supported and is a discrete long-term investment with little support in society. This implies, from a financial point of view, that this type of spending is more prone to budget cuts, especially in times of recession and economic crisis.

**Keywords:** public health, long-term investment, health spending, austerity policies, new public management, budget cuts.

## Table des matières

|                                                                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Résumé.....</b>                                                                                                               | <b>4</b>  |
| <b>Abstract.....</b>                                                                                                             | <b>5</b>  |
| <b>Liste des tableaux.....</b>                                                                                                   | <b>7</b>  |
| <b>Liste des figures.....</b>                                                                                                    | <b>8</b>  |
| <b>Liste des sigles et abréviations .....</b>                                                                                    | <b>10</b> |
| <b>Remerciements .....</b>                                                                                                       | <b>12</b> |
| <b>Introduction.....</b>                                                                                                         | <b>14</b> |
| <b>Mise en contexte et problématique.....</b>                                                                                    | <b>14</b> |
| <b>Chapitre 1: Une littérature émergente.....</b>                                                                                | <b>23</b> |
| <b>1. Un investissement qui répond à plusieurs défis .....</b>                                                                   | <b>23</b> |
| <b>1.1. L'émergence des risques sociaux.....</b>                                                                                 | <b>23</b> |
| <b>1.2. Le potentiel économique de la prévention en santé .....</b>                                                              | <b>25</b> |
| <b>2. Les obstacles à l'investissement en santé.....</b>                                                                         | <b>28</b> |
| <b>2.1. Les limites des études sur l'effet partisan.....</b>                                                                     | <b>29</b> |
| <b>2.1.1. Power resources theory .....</b>                                                                                       | <b>29</b> |
| <b>2.1.2. Nouvelle politique de l'État providence.....</b>                                                                       | <b>31</b> |
| <b>3. L'influence du nouveau management public dans l'organisation<br/>des systèmes de santé.....</b>                            | <b>33</b> |
| <b>4. L'effet fiscal et budgétaire .....</b>                                                                                     | <b>36</b> |
| <b>4.1. Un investissement à long terme... ..</b>                                                                                 | <b>36</b> |
| <b>4.2. Propice aux coupes budgétaires .....</b>                                                                                 | <b>38</b> |
| <b>Chapitre 2 : Le nouveau management public comme prémisse aux<br/>transformations des systèmes de santé des provinces.....</b> | <b>39</b> |
| <b>1. La réorganisation des systèmes de santé dans les provinces<br/>canadiennes. ....</b>                                       | <b>41</b> |
| <b>1.1. Origines.....</b>                                                                                                        | <b>41</b> |
| <b>1.2. Objectifs.....</b>                                                                                                       | <b>43</b> |
| <b>1.3. L'influence de la pensée NPM .....</b>                                                                                   | <b>44</b> |
| <b>1.4. Étude de cas.....</b>                                                                                                    | <b>46</b> |

|                                                                                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.4.1. Québec .....                                                                         | 46         |
| 1.4.2. Ontario.....                                                                         | 66         |
| 1.4.3. Alberta .....                                                                        | 79         |
| 1.5. Conclusion .....                                                                       | 87         |
| <b>Chapitre 3 : Le puzzle financier de la santé publique .....</b>                          | <b>88</b>  |
| <b>1. Le dilemme politique des investissements à long terme.....</b>                        | <b>89</b>  |
| 1.1. L'importance temporelle des politiques publiques.....                                  | 89         |
| 1.2. Les obstacles à l'investissement en santé publique.....                                | 91         |
| 1.3. La myopie électorale : entre saillance et modération .....                             | 93         |
| 1.4. Les gouvernements : entre fragilité des engagements et<br>incertitude.....             | 96         |
| 1.5. L'absence de groupe d'intérêt .....                                                    | 99         |
| 1.6. Conclusion .....                                                                       | 100        |
| <b>2. L'impact de l'austérité sur la santé publique .....</b>                               | <b>101</b> |
| 2.1. Littérature entre austérité et dépenses en santé .....                                 | 101        |
| 2.2. Littérature entre austérité et investissement de long terme. .                         | 103        |
| 2.3. Impact de l'austérité sur les dépenses en prévention des<br>provinces canadiennes..... | 107        |
| <b>3. Résultats .....</b>                                                                   | <b>108</b> |
| 3.1. Alberta .....                                                                          | 108        |
| 3.2. Ontario.....                                                                           | 112        |
| 3.3. Québec .....                                                                           | 115        |
| <b>4. Conclusion.....</b>                                                                   | <b>120</b> |
| <b>Conclusion .....</b>                                                                     | <b>123</b> |
| <b>1.1 Contributions :.....</b>                                                             | <b>125</b> |
| <b>1.2. Pistes et limites :.....</b>                                                        | <b>126</b> |
| <b>Bibliographie .....</b>                                                                  | <b>129</b> |



## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Les facteurs susceptibles d'améliorer ou restreindre l'intégration de la santé préventive et de la promotion dans le processus de régionalisation.

## Liste des figures

Figure 1: Dépenses totales de santé par habitant au niveau fédéral et provincial, 2018.

Figure 2: Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au niveau fédéral et provincial, 2018.

Figure 3: Total des dépenses en santé par habitant, selon la catégorie de dépenses de santé, Canada, 2019 (en dollars et en pourcentage)

Figure 4 a-c : Évolution des dépenses préventives et curatives, de 1975 à 2018.

## Liste des sigles et abréviations

**AHS:** *Alberta Health services*

**ASPC :** Agence de la santé publique du Canada

**ASSS:** Agence de santé et de services sociaux

**CESSS :** Commission Rochon

**CH:** Centres hospitaliers

**CHLSD :** Centres d'hébergement de soins de longue durée

**CISSS :** Centre intégrés de santé et services sociaux.

**CLSC :** Centre local de services communautaires

**CSS :** Centre de services sociaux

**DSC :** Départements de santé communautaire

**GMF :** Groupe de médecine de famille

**ICIS:** Institut canadien d'information sur la santé

**MOH:** *Minister of Health (Alberta)*

**MSSLD:** Ministère de la Santé et de Soins de Longue durée

**NMP :** Nouveau management public

**NPD:** Nouveau parti démocratique

**NSPO:** Normes de santé publique de l'Ontario

**OCDE:** Organisation de coopération et de développement économiques

**OPHS :** *Ontario Public Health Standards*

**PIB :** Produit intérieur brut

**RLISS :** Réseaux locaux d'intégration des services de santé

**RRS:** Régies régionales de santé

**SCN :** *Strategic clinical network*

**SRAS :** Syndrome respiratoire aigu sévère

*À mes parents,*

*Merci pour tout*

## Remerciements

L'écriture de ce mémoire n'a pas été de tout repos: la solitude de la pandémie et la distance qui me sépare de ma famille m'ont souvent démotivé et questionné sur son aboutissement. Malgré ces embûches, ce mémoire a muri ma réflexion et m'a challengé à plusieurs niveaux.

La remise de ce mémoire de maîtrise n'aurait pas été possible sans l'appui et les apports de plusieurs personnes.

Tout d'abord, toute ma gratitude va à Alain Noël et Olivier Jacques pour leur soutien infaillible pendant leur direction. Je vous remercie très sincèrement pour votre support continu, votre foi en mes capacités, votre compréhension, les relectures de dernière minute, nos discussions zoom ainsi que pour les nombreuses opportunités académiques et professionnelles auxquelles vous m'avez donné accès. Mon parcours à la maîtrise n'aurait jamais été aussi enrichissant et diversifié sans votre encadrement.

Je remercie les professeurs qui ont au cours de cette maîtrise en science politique contribué d'une façon ou d'une autre à la rédaction de mon mémoire : André Blais, Erick Lachapelle, Gérard Boismenu, et Vincent Arel-Bundock.

Je remercie ma famille, mon noyau dur, pour les nombreux appels réconfortants, votre amour profond et votre foi la plus profonde en moi.

Omi, tu es toujours dans mes pensées. Repose en paix.

Papa, je te remercie d'avoir toujours été mon modèle, mon coach et mon berceau. Je suis fière de marcher aujourd'hui dans tes pas même si mes habilités en statistiques demeurent bien loin des tiennes. Maman, je te remercie pour tout l'amour et la tendresse que tu me donnes au quotidien. Entendre ta voix au téléphone chaque jour m'a donné la motivation à ne pas lâcher. Tu es tout ce que j'aspire à devenir. Je vous remercie tous les deux pour avoir toujours encouragé avec fierté ma vocation pour entreprendre des études en sciences sociales et tous les sacrifices réalisés pour que j'arrive là où j'en suis.

Aymouna, depuis toute petite, tu es mon refuge et le grand frère que je me vante d'avoir. Grace à toi, dès mon arrivé au Canada, j'ai trouvé la motivation et l'équilibre essentiels pour mener mes études. Je t'en serais toujours reconnaissante.

Enfin, merci à Cherif. Tu as été présent et aimant tout au long de ce périple. Merci de me comprendre si bien, de toujours trouver les bons mots pour me rassurer, de partager et d'illuminer ma vie.

# Introduction

## Mise en contexte et problématique

La pandémie du Covid-19 a fait apparaître, d'une façon particulièrement brutale, les failles et les défaillances du système de santé publique canadien. Son ampleur inédite a aussi révélé que le système de santé est un maillon essentiel à une organisation économique et sociale résiliente de la société. À cet égard, la pandémie constitue une crise, mais également une opportunité pour prendre conscience de l'urgence de reconstruire le système de santé des provinces. Les vulnérabilités de ce dernier, maintes fois énoncées par plusieurs commissions d'étude et rapports d'experts (Commission Rochon en 1988, Commission Clair 2001), étaient présentes bien avant la crise. Celle-ci n'a fait que révéler au grand jour les « maillons faibles » des réseaux de santé à travers le pays, parmi lesquels le manque de moyens et de personnel et la trop faible place laissée à la prévention.

Au lendemain de cette crise, investir en prévention devient une nécessité aux yeux des citoyens, plus conscients de l'importance de l'accès universel à la prévention et aux soins, mais également pour les pouvoirs publics à qui incombe la mise en œuvre d'une approche globale et démocratique de la santé publique.

Au-delà de la capacité des systèmes à faire face aux crises sanitaires, investir en prévention devrait se lire « investir pour la santé » dans la perspective plus large d'une amélioration du bien-être des populations. Selon l'OMS, il s'agit d'une approche de prévention de la santé visant « à utiliser au mieux les ressources pour agir le plus efficacement possible au niveau des déterminants sociaux de la santé », de mieux répondre aux nouveaux risques sociaux tels que le vieillissement de la population, les maladies chroniques, mais également

d’être mieux disposés à faire face à des crises sanitaires futures notamment liées aux changements climatiques (OMS 2017). Plus généralement, plusieurs études démontrent que les programmes de santé publique contribuent à prévenir la mortalité, améliorent la qualité de vie et réduisent les coûts des soins de santé sur le court et long terme (Dyakova et al. 2017 ; Masters et al. 2017).

Face à des nouveaux défis sociaux, il est ainsi impératif de développer des politiques de soins et de prévention efficaces soutenues par un financement suffisant et constant de pair avec les soins de santé curatifs. Cette voie n’est toutefois pas empruntée. Le portrait des dépenses de santé dans la plupart des pays suggère le contraire. En effet, les dépenses publiques de prévention <sup>1</sup> et de santé publique dans les pays de l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dépassent rarement 5 % des dépenses publiques totales de santé. Au Canada, la part des dépenses en santé publique en 2019 atteignait seulement 5,4 % (ICIS 2019). L’évolution de la part de ce financement ne suit pas non plus la tendance générale. Contrairement aux dépenses totales en soins de santé au Canada, qui ont augmenté régulièrement au cours des vingt dernières années, les dépenses en prévention ont à la fois plus varié et diminué que toute autre catégorie en santé, ce qui suggère un sous-investissement effectif (ICIS 2019). Au Canada, la « santé publique » englobe les services, programmes, institutions et activités de promotion et de protection de la santé et de prévention des maladies. Le « système » de santé publique comprend les « services et programmes dispensés par les services de santé publique de première ligne, les établissements de soins et d’autres institutions et organismes exerçant plusieurs fonctions essentielles : évaluation de la santé de la population, surveillance de la santé,

---

<sup>1</sup> Dans ce mémoire, les dépenses en santé publique et en santé préventive désignent le même concept.



promotion de la santé, prévention des maladies et blessures, protection de la santé et préparation aux crises » (CPHA 2019).

En effet, malgré les investissements réalisés en santé publique depuis la publication du rapport Naylor, suite à la crise du SRAS en 2003<sup>2</sup>, la santé publique ne représente toujours qu'une insuffisante part du budget, se situant entre 1,6 et 5,6 % des dépenses totales en santé selon la province et la définition de « santé publique » employée (CIHR 2021). Le rapport Lalonde (1974), document fondateur de la santé publique moderne, mettait pourtant en exergue l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et préconisait un financement soutenu en prévention et promotion de la santé (Hébert et al. 2017). Pourtant, plusieurs décennies après, le système de santé des provinces demeure largement orienté vers le curatif et particulièrement défaillant en matière de prévention.

Ce constat réanime l'intérêt pour l'étude des instruments à la disposition des provinces et soulève de nouvelles interrogations sur les possibilités et les limites d'entreprendre et de mettre en œuvre des transformations majeures dans les systèmes de santé provinciaux, mais également sur la propension des gouvernements à investir dans ce domaine.

Ce mémoire tente de proposer un cadre formel pour démystifier les dynamiques politiques et financières sous-jacentes à la prise de décision des gouvernements en place en matière d'investissement en santé préventive.

---

<sup>2</sup> Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada. Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique*. [Ottawa] : Santé Canada; 2003. Publié dans la foulée de la réponse fort critiquée au SRAS en 2003, ce rapport énonçait « des mesures urgentes à prendre pour renforcer les systèmes de santé publique » (IRSC 2021).

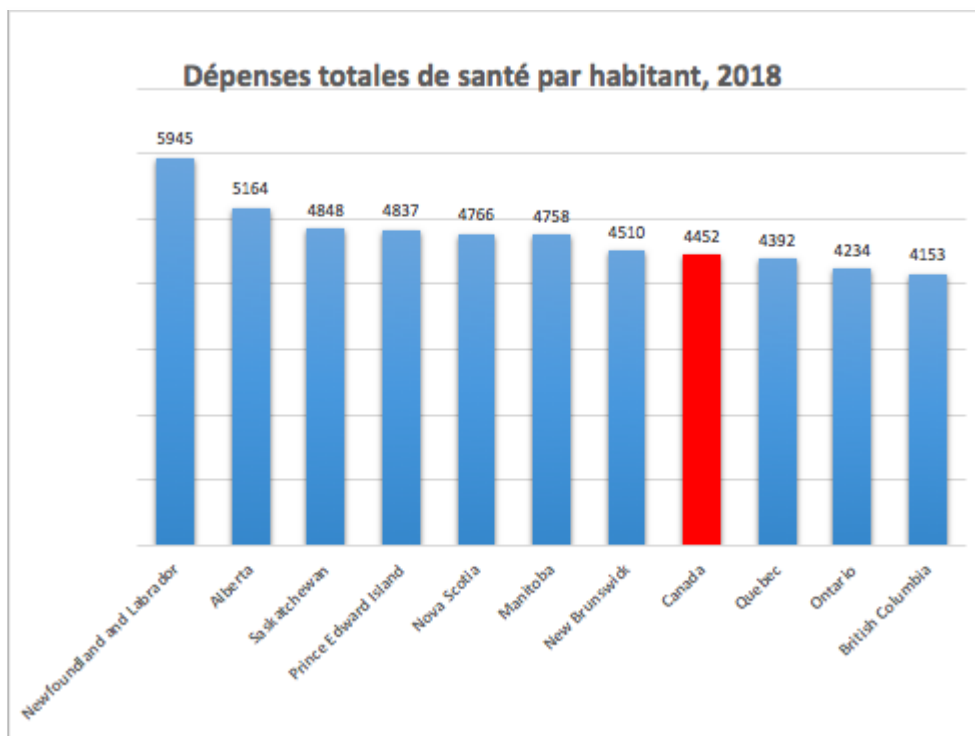
Plus précisément, nous tenterons de répondre à la question suivante: Comment expliquer la taille et les variations des dépenses publiques provinciales canadiennes en prévention de 1975 à 2018?

Pour mener à bien cette recherche dans les délais impartis, nous nous limiterons à trois grandes provinces canadiennes: le Québec, l'Ontario et l'Alberta. Cette forme d'analyse comparative qui est souvent employée dans le domaine des politiques publiques canadiennes peut présenter des résultats intéressants eu égard à l'hétérogénéité des pratiques institutionnelles et agendas politiques de ces provinces, mais également à la diversité des modèles de protection sociale et de la répartition des dépenses de santé. En effet, à titre comparatif, le Québec a souvent été un des acteurs clefs du développement d'un système de protection sociale de type plus européen qu'étasunien (Théret 2007). Présentant à la fois des traits libéraux dans certains secteurs et des aspects sociaux-démocrates et corporatistes-conservateurs, à travers des programmes sociaux visant à dispenser des services universels et plus généreux pour les familles (Haddow 2015), le système québécois de protection sociale est souvent décrit comme un système « hybride ». Ce système contraste avec celui qui prévaut en Alberta et qui tend plutôt à se rapprocher du modèle «ultra-libéral» américain » (Bernard et Saint Arnaud 2004). La province de l'Ontario se caractérise quant à elle par un système politique et économique à dominance libérale et davantage orienté vers le marché (Haddow 2015). Toutefois, en raison des allers-retours et des équilibres de pouvoir, cette province se trouve à mi-chemin entre le modèle d'État providence québécois et le modèle ultra-libéral albertain. (Dufour 2007 ; Rigaud et al 2006 ; Haddow 2014 ; Daigneault et al 2021).

Le Québec, pour sa part, a un niveau de dépenses et de recettes publiques élevé, bien plus que les autres provinces canadiennes. Au niveau des dépenses de santé, le Québec dépense d'une manière qui ressemble également aux États conservateurs, c'est-à-dire avec une forte proportion de dépenses publiques (Bernard et Saint Arnaud 2004). En effet, les dépenses de santé constituent, au Québec, en 2018, 8.3 % du PIB comparativement à 7.4% au Canada, (ICIS 2018).

En Alberta, la proportion des dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB atteint le niveau très faible des pays latins soit 6.5% selon l'ICIS, ce qui s'explique en partie par une richesse plus grande. En effet, si l'on prend en compte le montant alloué par habitant, on constate que l'Alberta dépense plus en santé, comparativement aux autres provinces, soit 5164\$ en 2018.

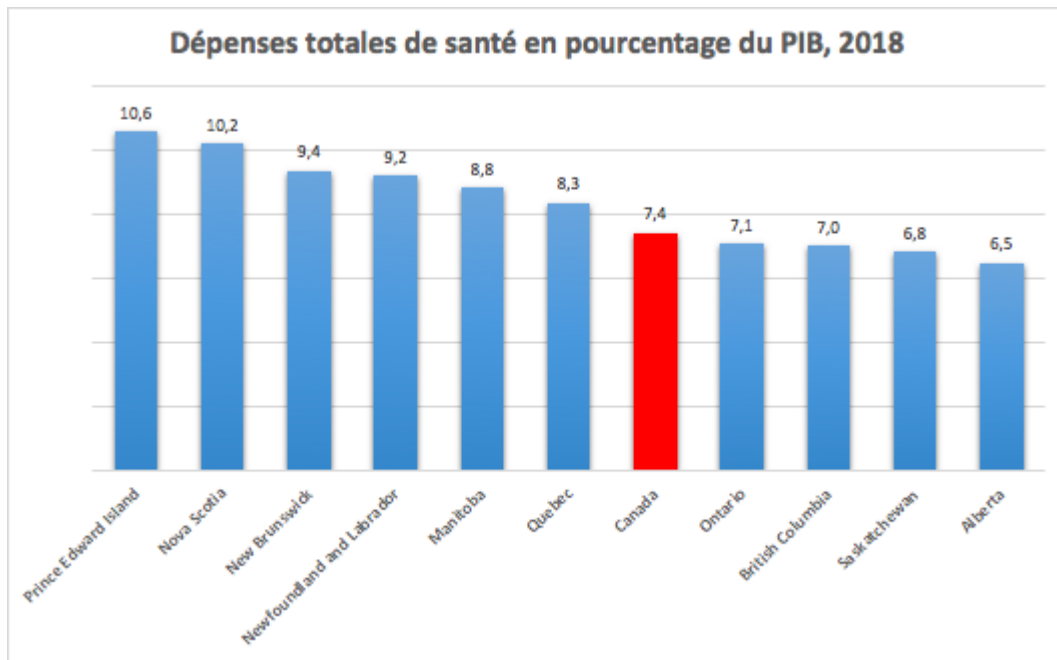
**Figure 1: Dépenses totales de santé par habitant au niveau fédéral et provincial, 2018.**



Source : ICIS (2018) Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018.

Selon l'ICIS, en 2018, l'Ontario quant à elle se positionne juste avant l'Alberta en dépenses publiques en santé par PIB (7.1%) et juste après le Québec en dépenses totales en santé par habitant (4234\$).

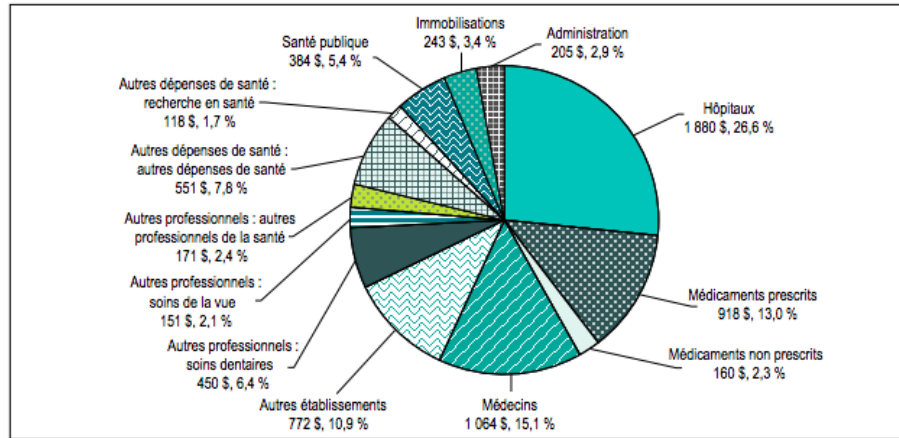
**Figure 2: Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au niveau fédéral et provincial, 2018.**



Source : ICIS (2018) Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018.

Toutefois, lorsque nous analysons les dépenses en santé par affectation de fonds, nous constatons de grandes divergences.

**Figure 3: Total des dépenses en santé par habitant, selon la catégorie de dépenses de santé, Canada, 2019 (en dollars et en pourcentage).**



Source: Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé (2019).

La récente étude de Fiset-Laniel et al. (2020) questionnait l'importance relative accordée à la santé publique par rapport aux autres catégories de dépenses de santé au Québec. Les auteurs démontrent que non seulement la santé publique n'a pas profité de la même croissance que les autres programmes entre 2004-2005 et 2017-2018 (46 % comparativement à 81 % en moyenne), mais elle a également subi les diminutions de budget les plus importantes dans l'ensemble des programmes entre 2015-2016 (-7,1 %). Cela rejoint également le rapport du Commissaire à la santé et au Bien-Être (2016). En 2013-2014, le Québec réservait seulement « 2,8 % des dépenses de ses établissements de santé et de services sociaux à la santé publique, soit la plus faible contribution provinciale, comparativement à 5,5 % en moyenne au Canada ».

L'Ontario se porte mieux que le Québec en matière de dépenses en santé publique. De 1975 à 1995, la proportion des dépenses pour la santé publique est relativement semblable au

Québec, en Ontario qu'au Canada (entre 3% à 4%). Cependant, elle a depuis sensiblement augmenté en Ontario (5,8%) et au Canada, alors qu'elle a stagné autour de 3% au Québec. En Alberta, la proportion du budget consacrée à la santé publique est relativement stable depuis plusieurs années à environ 3%.

La thèse de ce mémoire se définit à travers deux mécanismes. Dans un premier temps, il est défendu que l'émergence du nouveau management public (NMP) dans les années 1990 a globalement contribué à la diminution de l'intérêt accordé à la prévention. Malgré les orientations différentes qu'ont prises les réformes, les transformations des systèmes de santé des provinces conduites par les partisans du NMP ont été essentiellement motivées par la réduction des coûts en santé. Dans un deuxième temps, on soutient qu'en tant qu'investissement à long terme, les dépenses en prévention sont confrontées à un manque de saillance auprès des électeurs et gouvernements qui les rendent plus vulnérables aux coupures budgétaires lors d'épisode d'austérité.

Pour identifier les facteurs principaux qui poussent vers une convergence des trois provinces retenues en matière de financement de la santé publique et ceux qui au contraire expliquent les trajectoires différentes, notre analyse s'étend sur une période allant de 1975 à 2018 et se compose de trois chapitres.

Le premier décrit et motive la problématique des dépenses de santé publique au Canada. Ce chapitre comporte aussi une revue de la littérature et explore le rôle de la partisanerie en matière d'explication de la variation des dépenses en santé publique.

Le deuxième chapitre présente les facteurs politiques et institutionnels qui constituent une rupture dans le financement de la santé publique. En abordant l'influence des préceptes du

nouveau management public sur le réseau de la santé, nous démontrons que celui-ci n'a pas favorisé l'atteinte d'une vision de long terme des dépenses en santé.

Ce chapitre se base sur un large éventail de documentation de sources primaires et secondaires. En effet, plusieurs rapports provinciaux, débats politiques, déclarations publiques et entrevues d'autres analyses sont exploités.

Le troisième et dernier chapitre énonce les éléments conjoncturels et structurels financiers qui participent à la priorité donnée aux dépenses curatives plutôt qu'à la prévention et favorisent les coupures à ce niveau. En effet, tel que mentionné dans la revue littérature, l'étude des dépenses en santé publique nous amène à l'analyser sous l'angle d'un investissement de long terme. Cela implique, du point de vue financier, que ce type de dépenses est plus propice aux coupures budgétaires, surtout en période de récession et crise économique. Cette partie repose sur des données aussi bien quantitatives que qualitatives.

Dans le cadre de ce mémoire, la recherche se veut exploratoire, considérant le peu d'études et de données à ce jour au niveau des provinces canadiennes sur les dépenses en santé publique. Les résultats obtenus mettent à l'avant-plan l'influence des facteurs politiques pour expliquer le dilemme des dépenses en santé publique. Un retour sur les résultats, les contributions à la recherche, ses limites et des perspectives futures concluent le mémoire.

## **Chapitre 1: Une littérature émergente**

Ce chapitre expose la problématique et fait état d'une revue de la littérature. Tout d'abord, la nécessité d'étudier les dépenses en santé publique dans le contexte canadien est justifiée dans la première sous-section. La revue de la littérature complète le chapitre et se divise en deux parties sur les facteurs qui dominent le champ d'étude du financement en santé: l'effet partisan et l'effet budgétaire. Sur la base de cette littérature, nous exposons, en dernier lieu, le cadre théorique ainsi que les hypothèses du mémoire.

### **1. Un investissement qui répond à plusieurs défis**

#### ***1.1 L'émergence des risques sociaux***

Le système de santé des provinces et particulièrement le système de soins, a largement contribué à l'amélioration de la santé de la population. Selon différents indicateurs, comme l'espérance de vie à la naissance, le Canada se positionne dans la moyenne des pays de l'OCDE (2017). Ce système est cependant insuffisamment développé dans son versant préventive avec pour conséquence des indicateurs de santé peu favorables en matière d'espérance de vie en bonne santé et d'inégalités sociales de santé. Cela étant dit, les défis auxquels font face les systèmes de santé publique canadiens ne sont pas nouveaux. En effet, il s'agit de problèmes connus et dont les recommandations passées ne manquent pas dans les trois domaines : le financement, la gouvernance et les données (ASPC 2009).

Au-delà du lot de révélations de la pandémie, certains besoins sociaux en santé au Canada se sont accentués depuis les deux dernières décennies, comme la perte d'autonomie des personnes âgées et/ou handicapées, le vieillissement de la population et l'évolution des maladies chroniques au Canada. En effet, depuis 2016, les Canadiens de plus de 85 ans



constituent le groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide au pays (12%). De plus, à titre indicatif, le Canada se classe parmi les pires pays de l'OCDE en ce qui concerne les taux d'obésité chez l'adulte. Enfin, « quatre adultes sur cinq présentent au moins un facteur de risque modifiable, et une personne sur cinq, vit avec au moins une des maladies chroniques majeures » au Canada (ASPC 2016).

Ces défis se révèlent encore peu ou mal pris en compte par le système de protection sociale dans son ensemble et plus précisément par le système de santé des provinces lui-même.

À cet effet, depuis le début des années 2000, une nouvelle orientation des politiques sociales a émergé, prônant non plus le démantèlement des États-providence, mais leur réorientation vers l'avenir (Esping-Andersen 2002; Palier 2008). Appelée stratégie d'investissement social, cette approche vise « à préparer les individus à faire face aux évolutions des besoins sociaux et à contribuer à bâtir une nouvelle économie, fondée sur le savoir, la santé et les qualifications » (Palier 2008). Alors que les politiques sociales interviennent une fois le risque advenu, elle insiste sur la nécessité de situer l'intervention sociale le plus en amont possible.

Il en est ainsi en matière de santé. Comme l'explique Bruno Palier dans son rapport au Conseil économique et social (2014), l'investissement social devrait permettre de conjuguer la nécessité du curatif à l'impératif de la prévention qui « repose à la fois sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, la formation de l'ensemble des professionnels concernés, mais aussi la promotion par la collectivité des conditions de vie propices à un bon état de santé de la population ». « Mieux vaut prévenir que guérir » prend alors tout son sens. Or les dépenses de santé sont encore aujourd'hui à plus de « 97 % des dépenses dédiées à la réparation du risque santé et pas à l'anticipation de ce risque ». Cette

logique de financement a eu un impact important sur l'organisation des services de santé dédiés surtout aux soins et sur l'activité centrés sur le curatif (Bizard 2015).

Dans cette perspective, les dépenses de santé publique ne devraient pas être considérées comme un coût, mais comme un investissement économique et préventif dynamique qui agit sur le bien-être des populations. En effet, elles permettent le rétablissement du « capital santé » humain à travers lequel se matérialise, l'amélioration de la qualité de vie, l'allongement de l'espérance de vie (sans incapacité notamment) et à la hausse de la productivité des travailleurs (ASPC 2009). C'est une condition indispensable au succès de la nouvelle approche de protection sociale.

### ***1.2 Le potentiel économique de la prévention en santé***

Dans un contexte où les coûts des soins de santé croissent et où l'accent est mis sur les compressions budgétaires, la reconnaissance du fardeau économique conséquent que représente la maladie a suscité un regain d'intérêt pour la fonction préventive de la santé publique comme moyens de limiter les dépenses en soins de santé. Par ailleurs, cela s'inscrit également dans la tendance contemporaine d'une approche économique de toute action sociale d'importance (ASPC 2009).

Les chiffres témoignent d'un système hospitalo-centré dans les provinces. L'hôpital est de loin le plus gros poste de dépense des soins dans les provinces canadiennes. À lui seul, il représente 26,6 % des dépenses totales en santé. S'en suivent les médicaments (15,3%) et les services des médecins (15,1%). Agrégées, l'ensemble de ces trois catégories représentent la part la plus importante des dépenses de santé (soit près de 60 % des dépenses

totales) (ICIS 2019). Cette représentation cloisonnée des dépenses reflète l'organisation actuelle du pilotage des dépenses.

Or, ce déséquilibre entre les moyens consacrés aux soins curatives et ceux consacrés à la prévention est source d'inefficience dans l'économie globale des dépenses de santé au Canada (CIHI 2021).

Ce point semble faire consensus dans la littérature. En effet, il a été démontré que de nombreuses interventions de santé publique telles que les initiatives de lutte anti-tabac, de vaccination et de prévention des maladies cardiovasculaires ont permis la réalisation d'économie en limitant notamment le nombre de lits occupés et de soins donnés. Certaines s'avèrent également avoir des rapports coût-efficacité supérieurs ou équivalents aux interventions curatives (Smith et al. 2013 ; Richardson 2012 ; Wanless 2002; AIHW 2008; Healthy Americans 2008; Lavis et Stoddart 1994).

Dans le cas du Canada, le rapport « Healthy people, healthy performance, healthy profits » a révélé que « le fait de porter l'attention sur les investissements stratégiques dans les déterminants socioéconomiques de la santé promet non seulement d'améliorer les résultats en matière de santé, mais également de réduire les coûts et d'obtenir des avantages économiques » (Munro et al. 2008). Cela rejoint également les conclusions du rapport de l'Agence de la santé publique du Canada « Investir en prévention: la perspective économique » (2009) qui conclut « Conformément aux autres évaluations des aspects économiques liés aux mesures de prévention de la santé, notre bref examen des données récentes indique que certaines mesures permettent au système de santé de réaliser des économies de coûts tandis que de nombreuses autres offrent un rapport de rentabilité intéressant ».

Une plus récente analyse de l'ICIS « Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants » (2014) démontre un lien significatif entre de plus grands investissements consentis à la prévention (dans des secteurs tels que le tabagisme, l'inactivité physique et les maladies chroniques) et l'efficacité des systèmes de santé des provinces. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de l'OCDE « Health care systems: efficiency and policy settings » (2010).

Nombreux sont ceux qui croient que la prévention est rentable. En effet, les montants investis dans les mesures préventives, permettent d'éviter des soins de plus en plus coûteux dans les années à venir considérant notamment le vieillissement de la population. En revanche, les évaluations économiques ne sont qu'un des nombreux facteurs à prendre en considération lors de l'allocation des ressources financières du système de santé. La priorité de la santé publique revête le même but de la médecine clinique, qui est de protéger et d'améliorer la santé de la population (ASPC 2009).

Il est bien entendu important que cet objectif soit atteint de manière efficace, particulièrement lorsque des dépenses publiques limitées sont employées et que l'austérité budgétaire guide en grande partie les discours politiques. Toutefois, comme l'a observé Stein « l'efficacité réfère à la façon dont nous devons allouer nos ressources pour atteindre nos buts, et non à la définition de ces buts » (2001, 68). Au sens plus large, une bonne santé tel que le défend Suhrcke et al (2008) génère en soi une croissance économique en permettant aux personnes capables d'éviter la maladie de profiter d'un plus grand nombre d'occasions d'optimiser leur éducation, leur travail et leur potentiel humain. Dans la mesure où l'amélioration de la santé « coûte trop cher » au système de santé actuel, comme le suggèrent l'augmentation des dépenses et les préoccupations croissantes quant à la

pérennité du système ; la situation reflète un problème d'inefficacité qui nécessite une allocation plus judicieuse des dépenses globales (Woolf, 2008). Comme Woolf et al. le soulignent (2009), « à l'aide d'un gros volume, beaucoup plus peut être accompli en limitant les dépenses pour des services coûteux et de relativement peu de valeur et en investissant plutôt ces fonds dans des services de grande valeur qui peuvent générer des améliorations de la santé plus importantes ou comparables, à moindre coût ». En d'autres termes, les contributions à la viabilité à long terme du système de santé ne résident pas uniquement dans le fait de rationaliser les dépenses, mais plutôt, selon l'ASPC « de la recherche d'une amélioration progressive de la rentabilité relative de leur rendement cumulatif » (2009).

Enfin, même si une méthode d'évaluation économique réussit à déterminer une mesure appropriée de l'efficacité des dépenses en santé, elle ne suffira pas à résoudre le problème d'une répartition optimale des ressources puisque les préférences pour cette répartition incluent aussi des paramètres politiques.

## **2. Les obstacles à l'investissement en santé**

Nous avons présenté des avantages tangibles à retirer de l'investissement en prévention. Aussi bien la stratégie d'investissement social que la perspective économique mettent l'accent sur la nécessité d'adopter une vision de long terme qui concilie à la fois la prévention et le curatif. Cependant, l'investissement en santé publique n'est pas perçu sous ce même angle par les gouvernements et pouvoirs publics.

Dans la prochaine section, nous nous intéresserons aux théories qui dominent le champ d'études des dépenses en santé. En effet, étant donné qu'il existe peu d'études sur la

variation des dépenses en santé publique, nous prendrons pour référence la littérature sur l'analyse comparative des soins de santé. Aussi bien les effets de la partisanerie que les pressions fiscales sur les dépenses de santé seront présentés. C'est sur la base de cette documentation que seront formulées les hypothèses de ce mémoire.

## ***2.1. Les limites des études sur l'effet partisan***

### ***2.1.1. Power resources theory***

La théorie des ressources du pouvoir (*power resources theory*) domine l'étude des politiques sociales depuis les années 1980. Elle en propose une lecture politique où le conflit entre la gauche et la droite occupe une place centrale.

En effet, les tenants de cette théorie perçoivent les États providences comme « the outcomes of, and arenas for, conflicts between class related, socio-economic interest groups and that in these distributive conflicts partisan theory is likely to matter » (Korpi et Palme 2003, 425).

Ainsi, la théorie des ressources de pouvoir suppose que les États-providence sont principalement façonnés par le jeu du pouvoir sur la répartition des revenus. La différence de ressources de pouvoir entre des groupes sociaux divergents ayant des intérêts socio-économiques concurrents joue un rôle crucial pour les résultats attendus (Korpi 2000). Dans ce contexte, la force des partis de gauche et des syndicats est considérée comme une ressource de pouvoir essentielle, améliorant la position de négociation de la classe ouvrière et lui permettant de réduire sa vulnérabilité économique en introduisant et en élargissant des programmes sociaux (Pierson 1996, 150). Par conséquent, en ce qui concerne la pertinence de la politique partisane, un État-providence avec un parti socialiste fort au

gouvernement est présumé être associé à une redistribution plus élevée et à moins de réduction des programmes sociaux.

Un raisonnement similaire peut également être trouvé dans la contribution majeure d'Esping-Andersen (1990), dans laquelle il soutient que les ressources de pouvoir de divers groupes sociaux et économiques n'expliquent pas seulement les différences dans la générosité, mais aussi d'autres caractéristiques des États-providence basé sur le degré de démarchandisation et de stratification.

Toutefois, bien que son pouvoir explicatif demeure réel et que la fréquence des gouvernements sociaux-démocrates et la densité syndicale continuent de prédire la mise en œuvre de politiques plus progressistes (Bonoli 2013; Haddow 2015; Gingrich et Ansell 2015), la théorie des ressources du pouvoir présente des preuves plus contestables dans le domaine de la santé.

En effet, étant donné que les dépenses de santé sont généralement mesurées comme faisant partie des dépenses sociales globales, selon la perspective de Korpi, une relation positive entre les gouvernements de gauche et les dépenses publiques de santé devrait être observée. Pourtant, une récente analyse comparative des déterminants politiques et économiques des différents types de dépenses de santé prouve l'absence d'effet partisan sur le niveau des dépenses en santé. En effet, sur la base des données en panel de 18 pays européens sur la période 1990-2012, Castro et Martins ont exploré les cycles politiques dans les sous-niveaux des dépenses publiques (2018). Les résultats démontrent des effets nuls pour la partisanerie gouvernementale, les années électorales, la démographie et l'économie sur les dépenses des services de santé publique en tant que composante des dépenses en santé. Le seul effet partisan qu'ils détectent dans les données désagrégées sur la santé est que la

partisanerie du gouvernement de gauche a un effet positif sur la R&D en santé, mais pas sur les autres composantes des soins de santé.

### ***2.1.2. Nouvelle politique de l'État providence***

Au cours des dix dernières années, la recherche sur la politique comparée des politiques sociales a été renouvelée par un abandon de l'accent mis sur les relations entre les syndicats et les partis sociaux-démocrates. En effet, la nouvelle politique de l'État-providence amorcée par Pierson (2001) va au-delà de l'analyse de la crise de l'État providence, et s'intéresse aux évolutions réelles de la politique sociale au cours des trois dernières décennies (Noël 1996).

Décrite dans un contexte d'austérité permanente, cette nouvelle perspective n'est pas marquée tant par des reculs et des coupes que par une sorte de paralysie autour des grands programmes en place rendant l'État providence 'inamovible'. En effet, Pierson suggère que les politiques publiques créent des effets de rétroaction autorenforçant : une fois mises en place, les droits sociaux acquis structurent la politique et génèrent des dépendances de trajectoire, car les contraintes techniques et politiques réduisent la portée du changement potentiel (Pierson 1993). Ainsi, bien qu'il soit possible pour un gouvernement de choisir de diminuer les dépenses sociales, les demandes des électeurs pourraient inciter les gouvernements à les augmenter, ou à les maintenir.

La combinaison de pressions structurelles et d'État inamovible réduit ainsi considérablement la marge de manœuvre budgétaire des gouvernements, conduisant à ce que Pierson appelle une ère d'austérité permanente où s'observe une convergence des positions politiques des grands partis.



Cela est particulièrement observable pour les dépenses en santé. Tout d'abord, les soins de santé sont un vaste programme couvrant plusieurs besoins sociaux. Ils sont donc très visibles pour les citoyens qui sont amenés à s'opposer aux réductions des soins de santé (Larsen 2017). Cela est particulièrement vrai pour le Canada. En effet, la majorité des Canadiens ont tendance à appuyer les principes qui sous-tendent une couverture d'assurance publique universelle et complète, mais ils s'opposent également à voir des coupes dans les dépenses de santé qui compromettraient l'accès et la qualité (Maioni 2010; Jacques 2020).

Deuxièmement, les dépenses en santé concernent tous les citoyens, et cela pour l'ensemble de leur vie contrairement aux dépenses orientées vers le marché du travail. En effet, elles ne sont pas corrélées à la répartition des revenus (Jensen 2014) ce qui implique qu'aussi bien la gauche et que la droite soutient des dépenses de santé plus élevées (Jensen 2012 ; 2014). Alors que les programmes liés au parcours de vie impliquent une redistribution des jeunes et des personnes en bonne santé vers les personnes âgées et les malades, ce clivage n'est pas représenté dans la sphère politique, contrairement aux politiques couvrant les risques du marché du travail qui redistribuent explicitement des riches vers les moins nantis (Jensen 2014).

Plusieurs études ont analysé l'effet de la partisanerie gouvernementale sur les dépenses de santé dans les provinces canadiennes. La plupart de ces études ne trouvent pas d'effet partisan. Kneebone et McKenzie (2001) révèlent que tous les partis provinciaux canadiens, peu importe leur idéologie, augmentent les dépenses de santé. De plus Tellier (2005) ne trouve pas d'effet partisan ou de cycle électoral sur les dépenses désagrégées (y compris

les soins de santé). De même, Jacques (2020) présente une interaction entre les pressions fiscales (mesurées par des transferts fédéraux inférieurs et/ou des paiements de taux d'intérêt plus élevés) et la partisanerie gouvernementale pour prédire la composition des budgets provinciaux. Les résultats prouvent que les partis de gauche, du centre et de droite préservent les dépenses de santé des pressions budgétaires.

Cela rejoint les résultats d'un rapport récent (2022) d'Olivier Jacques et Alain Noël qui démontre que la partisanerie du gouvernement n'influence pas le niveau et le ratio des investissements dans la santé publique. Ainsi, même si l'on peut s'attendre à ce que les partis de gauche préfèrent plus d'investissements dans les soins préventifs, les priorités des électeurs et les intérêts des groupes se concentrent sur d'autres politiques; la gauche et la droite sont aussi peu susceptibles d'augmenter les dépenses de prévention.

### **3. L'influence du nouveau management public dans l'organisation des systèmes de santé**

Depuis les années 1970, au gré des crises économiques et de la montée d'un discours prônant un État moins interventionniste, la question du financement et de la capacité des États à mettre en œuvre des politiques efficaces s'est retrouvée à l'avant-scène. Ce contexte a inauguré ce qui est considéré comme « le nouveau management public » (NMP), utilisé à partir des années 1980 pour décrire un ensemble de changements dans le champ du secteur public dans divers États libéraux et socio-démocrates. Plus précisément le NMP « fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques (...) et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999). Ce dernier est ainsi

devenu un concept dominant en ce qui concerne la réforme des organisations publiques (Denis 2020). En effet, il renouvelle les principes mêmes de l'action publique en matière de gouvernance et des systèmes de santé en particulier.

Bien que le NMP possède des caractéristiques distinctes et nouvelles, ses référents discursifs s'articulent autour des concepts de décentralisation, d'efficacité, de reddition de compte centré sur le client et d'évaluation à travers des indicateurs de performance (Merrien, 1999; Dunleavy et Hood 1994). En effet, il s'inscrit plus particulièrement dans une logique managériale combinant les impératifs d'efficacité et le contrôle des dépenses publiques (Rouillard et al. 2004).

Plusieurs études ont analysé l'influence du nouveau management public dans les réformes de santé (Merrien, 1999; Bourque, 2009; IRIS, 2014, Kuhlmann 37 et al., 2013; Manning, 2001). En s'intéressant à l'introduction des réformes des soins de santé inspirées du NMP, Simonet (2013) démontre des écarts importants dans les promesses du NMP à limiter les coûts de santé et les résultats escomptés. En effet, l'auteur démontre une hausse des coûts de santé générée par des frais d'administration plus élevés ainsi qu'un plus grand rôle accordé aux cabinets de médecins collectifs qui se sont vu avoir un pouvoir de négociation plus important dans leurs rémunérations.

Des résultats similaires ont également été identifiés dans les conclusions d'un rapport sur les dépenses en santé dans les pays de l'OCDE (2013). En effet, bien que la majorité des pays ont adopté le NMP dans les pratiques de gouvernance de leurs systèmes de santé dans les années 90, les auteurs démontrent que cela n'a pas freiné la croissance des coûts de santé, qui est depuis de nombreuses années plus rapides que la croissance du PIB.

Une étude récente de Sulkowski et Lewandowski (2018) basée sur des études empiriques longitudinales et portant sur la restructuration du système de santé en Alberta au Canada démontre que l'introduction de soins de santé inspirée par le NMP n'a pas limité pas les coûts du système, mais a plutôt conduit à l'augmentation de l'effet négatif de la demande de services médicaux induite par l'offre. En effet, étant donné que les gouvernements sont incapables de mettre en œuvre eux-mêmes leur propre logique au niveau des prestataires de soins de santé, ils doivent donc embaucher des gestionnaires pour agir comme leurs agents. Toutefois, les auteurs démontrent que ces gestionnaires ne sont pas en mesure de réduire les coûts médicaux, car ils n'ont ni les compétences nécessaires pour évaluer le travail clinique ni le pouvoir de restreindre l'autonomie des médecins dans le diagnostic et la décision concernant les tests et les examens qui s'imposent, ou les médicaments et les procédures qui doivent être administrés. Cela a augmenté de manière disproportionnée les dépenses en santé pour les médicaments et les hôpitaux en Alberta de 1992 à 2008. Cela s'est révélé être en contradiction avec les objectifs du gouvernement en matière de prévention de la demande induite par l'offre.

En plus de sa remise en cause auprès des chercheurs sur ses propres promesses, d'autres effets pervers du NMP ont été identifiés dans la littérature. Cela concerne notamment le financement alloué au curatif au détriment des politiques de santé de plus long terme tel que la prévention. En effet, l'adoption de la nouvelle gestion publique dans le secteur public stimule l'accent mis sur les résultats à court terme, axés sur la performance et des indicateurs mesurables, au détriment de la prise en charge en amont et des investissements à long terme (Höglund et al. 2018 ; Gieske et al 2020 ). En effet, les organisations de santé sont donc confrontées à un compromis entre la réalisation d'objectifs de performance à

court terme tels que l'efficience et l'efficacité, et des objectifs à long terme ou stratégiques davantage centrés sur les résultats sociétaux (Verbeeten 2008). De plus, la prise en compte des usagers du système de santé comme des « clients » plutôt que des citoyens fait en sorte que les systèmes de santé s'orientent dans le traitement des maladies plutôt que vers la prévention.

Bien qu'il existe des discussions approfondies sur l'impact délétère du NMP, il n'existe pas de recherche ayant tenté de mesurer le lien entre les changements liés au NMP et la baisse du financement en santé publique au Canada. En démontrant que le managérialisme des services de santé des années 1980 a inauguré un nouveau souci d'efficacité, d'équilibre budgétaire et de réduction des coûts et d'une vision portée sur le court terme nous démontrerons que ces préceptes inspirés par le nouveau management public (depuis les années 90) ont réduit l'importance accordée aux dépenses en santé publique (HI).

## **4. L'effet fiscal et budgétaire**

### ***4.1. Un investissement à long terme...***

Marquée par un contexte de stabilisation économique en proportion du PIB et d'une augmentation des dépenses sociales, la marge de manœuvre fiscale des gouvernements se réduit. En effet, tel que le souligne Jacques (2018) les « états sont de moins en moins en mesure de financer d'autres missions de l'État que les dépenses sociales » particulièrement celles qui offrent des bénéfices à long terme plutôt qu'à court terme.

C'est le cas des dépenses en santé publique: en tant qu'investissements à long terme, elles impliquent un arbitrage entre le court terme et le long terme : les gouvernements doivent

mettre de côté des avantages à court terme pour les électeurs en vue que leurs implémentations soient avantageuses à long terme (Jacobs 2011).

Même en temps de financement, ces dépenses tendent à être plus vulnérables aux coupures et ne profitent pas du même financement que les autres secteurs pour plusieurs raisons.

La première considération est son manque d'utilité politique dans le discours public. En effet, les dépenses en santé publique ne sont pas saillantes dans le discours public, car elles ont tendance à se caractériser par de faibles niveaux de dépenses et une répartition incertaine des coûts et des avantages. Contrairement à certains autres investissements de long terme, les groupes d'intérêts influents n'ont généralement pas grand-chose à gagner des investissements dans les soins préventifs puisqu'il s'agit d'un bien public dont les bénéfices se manifestent à long terme. De plus, les sommes d'argent investies dans les soins préventifs restent relativement faibles. Les groupes d'intérêts ont un intérêt plus important dans les soins de santé curatifs puisque des sommes importantes de dépenses publiques sont réparties entre de puissants groupes professionnels (Jacques et Noël 2022).

De plus, à quelques exceptions notables comme les retraites et l'environnement (Jacobs 2011), les politiciens des sociétés démocratiques opèrent généralement dans les limites du cycle électoral. Les priorités et les investissements sont nécessairement façonnés par le besoin de recueillir des votes, d'être reconnus et d'établir un héritage politique. Afin de maintenir et de renforcer le soutien électoral, les politiciens ont besoin de projets et de politiques visibles et ayant des effets démontrables pendant leur mandat. Ainsi, cela peut créer des réalités politiques qui favorisent les "victoires rapides" à court terme plutôt qu'un impact soutenu à long terme (Hoffman et al 2019).

Ainsi, en raison des cycles électoraux, un gouvernement en place ne peut prévoir s'il pourra profiter des avantages encourus par un investissement futur, car il ne peut être certain de rester au gouvernement après la prochaine élection. Il lui est également difficile d'envisager si le prochain gouvernement ne décide pas d'abandonner l'investissement prévu (Jacobs 2016, Jacques et Noël 2021). Dans un tel contexte, les gouvernements peuvent être réticents à assumer les coûts immédiats de la santé publique alors que les avantages et la reconnaissance seront récoltés par le prochain gouvernement élu, voire même abandonnés. Ces différentes implications diminuent les incitatifs des gouvernements de maintenir un niveau adéquat de financement, mais également rendent les dépenses en prévention plus propices aux coupes budgétaires.

#### ***4.2. Propice aux coupes budgétaires***

Plusieurs études ont montré que les investissements de long terme sont particulièrement vulnérables aux pressions budgétaires ou aux épisodes d'austérité budgétaire (Breunig et Busemeyer 2012 ; Jacques 2020).

Lors des épisodes d'austérité, les gouvernements limitent les coupes aux programmes les plus visibles et populaires, au détriment des programmes moins visibles, dont les effets se font sentir à long terme. En effet, bien qu'aucune étude n'ait analysé systématiquement l'effet des pressions fiscales sur les investissements en santé publique, Rechel (2019) et Gmeinder et al. (2017) ont constaté leur diminution en Europe dans les années qui ont suivi la récession de 2008, soit une période caractérisée par des épisodes d'austérité de grande ampleur (Alesina et al., 2019).

Ce phénomène s'observe également dans l'analyse d'Abbot et Jones (2021) qui démontrent que les dépenses de santé sont procycliques (c'est-à-dire plus faibles en période de récession et plus élevées en période de reprise). Cela est particulièrement le cas pour les dépenses en capital en soins de santé qui diminuent encore plus en période de récession que les dépenses courantes en soins de santé.

Cela nous permet de considérer qu'en tant qu'investissement de long terme, les dépenses en santé publique sont particulièrement vulnérables aux épisodes d'austérité et aux coupures budgétaires (H2)

## **Chapitre 2 : Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé des provinces.**

Les politiques d'austérité budgétaires des années 1980 et 1990 ont amené plusieurs pays occidentaux comme le Royaume-Uni ou encore la France à remettre en question les objectifs de leurs États-providence, y compris en ce qui concerne le financement de leurs systèmes de santé (Drache et Sullivan, 1999). Alors que les coûts et les demandes de services augmentaient et que les recettes fiscales se réduisaient, les gouvernements ont introduit une vague de réformes pour restructurer et rationaliser les soins de santé (Wetzel 2005).

Depuis l'introduction de l'assurance-maladie universelle au Canada à la fin des années 1960, les préoccupations des systèmes de santé des provinces ont essentiellement convergé vers la réduction des coûts de soins de santé, l'atteinte d'une plus grande efficacité dans la prestation des services, et une approche davantage axée sur les besoins des citoyens. Une



pléthore de commissions royales gouvernementales et de groupes de travail a recommandé une gamme d'options pour répondre à ces préoccupations. Au cœur des réformes proposées se trouve un projet de système de santé réorganiser à travers la mise en place d'organe intermédiaire chargé des fonctions précédemment dévolues aux structures locales ou centrales. Pour ses partisans, la régionalisation des systèmes de santé offre un moyen de mieux coordonner et intégrer la prestation tout en contrôlant les dépenses.

La nature de ces propositions réformistes n'est pas anodine. Dès les années 90, une conjonction d'impératifs économiques, sociaux et politiques ont incité les gouvernements provinciaux à engager d'ambitieux programmes de réformes de gestion des services publics. L'objectif implicite de ces réformes se réfère à la nécessité de redéfinir le rôle de l'État et de réduire sa taille pour centrer son action sur des interventions efficaces et économiquement viables et de trouver les moyens appropriés pour améliorer la performance des services publics (Dubois 2002).

Graduellement, un discours commun a été développé pour encourager une culture orientée vers une gestion plus dynamique et performante dans les secteurs publics. La responsabilité de la performance a été placée au centre d'un discours réformiste confirmant l'émergence d'un nouveau système de gestion publique (NMP) (Dubois 2002). Dans le secteur de la santé, cette nouvelle approche de la gouvernance a été largement prescrite à la fois pour « assurer une meilleure qualité des services, améliorer leur efficacité et leur efficience » dans la recherche d'une maîtrise des coûts (Hood, 1995 ; Bolduc 2014).

Dans ce chapitre, il sera question dans un premier temps de démontrer que les nombreuses réformes organisationnelles des systèmes de santé provinciaux ont convergé vers les mêmes leitmotivs inspirés du NMP avec l'objectif implicite de réduire les dépenses en santé. Partant de ce constat, nous analyserons si ces changements organisationnels ont renforcé ou compromis la place de la santé publique dans les trois provinces à l'étude.

Les résultats de nos études nous permettront de conclure qu'au gré des réformes, la santé publique a été prise en otage dans les préceptes d'efficacité et de rationalisation des dépenses dans les trois provinces. Cela nous permet d'affirmer la première hypothèse de ce travail.

## **1. La réorganisation des systèmes de santé dans les provinces canadiennes.**

### **1.1. Origines**

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, les gouvernements provinciaux du Canada ont entrepris des examens approfondis de leurs systèmes de soins de santé pour répondre aux préoccupations apparues au fil des ans. Ces préoccupations comprenaient une forte dépendance à l'égard des soins curatifs tout en ignorant l'efficacité des services communautaires ; le manque d'intégration et de coordination des soins en raison du cloisonnement au niveau provincial et de la multiplicité des instances décisionnelles au niveau local ; une absence d'attention suffisante accordée à la promotion de la santé et à la prévention; un manque de réactivité et de responsabilité envers la communauté locale ; et, enfin, mais non des moindres, une incapacité à gérer l'augmentation des coûts de santé (Mhatre et Deber 1992, 645; Lewis et Kouri 2004, 12).

Ces rapports et groupes de travail qui ont fait le diagnostic approfondi des problèmes de soins de santé avaient également une réponse à la question. En choisissant d'implémenter des autorités régionales de santé, presque tous les gouvernements provinciaux ont cherché à modifier la gouvernance et la prestation des soins de santé.

Du côté de la gouvernance, le modèle traditionnel était centralisé autour des hôpitaux et des conseils de santé publique responsables de la prestation des services. Au sein de ce modèle, il y avait une relation politique entre les décideurs provinciaux locaux et les conseils d'administration des hôpitaux locaux et médecins pour déterminer les ressources en soins de santé pour les communautés locales. Cela a bien fonctionné jusqu'à la fin des années 1980 (Gagnon 2012).

Adoptant les préceptes de nouveau management public couplés à des priorités davantage orientées vers le contrôle des coûts, les gouvernements ont trouvés une occasion à travers les réformes organisationnelles d'éviter le processus de négociations avec des centaines de conseils de santé locaux au sujet de ressources sanitaires limitées (Bourque et Grenier 2018, 12).

Du côté de la prestation de services, les agences régionales pouvaient contribuer à l'intégration des services, en particulier la coordination des soins de santé avec le communautaire. Ils semblaient également idéaux pour encourager une plus grande participation communautaire. L'ensemble serait accompli en transférant l'autorité de nombreux programmes de santé des ministères centraux à des entités situées dans les RRS provinciales. La centralisation de la gouvernance par l'élimination des conseils et agences

de santé locales s'accompagnerait de la décentralisation de la responsabilité de fournir les principaux services de soins de santé (Bourque et Grenier 2018, 15).

## 1.2. Objectifs

Plusieurs objectifs sont mentionnés pour promouvoir un rôle régional dans la régulation du système sociosanitaire. On évoque souvent une meilleure prise en compte des réalités locales, « améliorer l'imputabilité du système sociosanitaire et l'intégration de la prestation des services, assurer l'équité et l'accessibilité des services, réduire les coûts d'exploitation du système, s'attaquer aux problèmes d'efficacité et d'efficience des services et favoriser la participation publique » (Conseil de la santé et du bien-être 2003, 39). Ainsi, certains de ces objectifs étaient conçus pour accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé, tandis que d'autres répondaient à des préoccupations politiques plus larges, c'est-à-dire des appels à une responsabilisation et à une contribution du public accrues. Enfin, certains impliquaient un changement organisationnel, tandis que d'autres introduisent une nouvelle perspective de santé.

Il existe peu d'études qui analysent l'intégration de la santé publique dans les systèmes de santé régionalisés. Cependant, selon le contexte de mise en œuvre au niveau provincial, il existe un certain nombre de facteurs liés à la régionalisation qui pourraient augmenter ou diminuer l'accent mis sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Lewis et Kouri identifient certaines composantes essentielles pour cette intégration. Le tableau suivant résume l'idée des auteurs :

**Tableau 1 : Les facteurs susceptibles d'améliorer ou restreindre l'intégration de la santé préventive et de la promotion dans le processus de régionalisation.**

| Facteurs qui améliorent l'intégration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Facteurs qui restreignent l'intégration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un engagement commun entre la province et les agences régionales à poursuivre des activités de prévention et de promotion.</li> <li>● Un mandat explicite à poursuivre ces activités.</li> <li>● Un fort leadership des agences régionales de santé et une adhésion de groupes importants dans la poursuite de ces activités.</li> <li>● La responsabilité de la performance dans ces domaines.</li> <li>● Des mécanismes pour garantir que les voix des acteurs marginalisés de ces domaines soient entendues.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● La préoccupation du public pour les soins curatifs uniquement.</li> <li>● Un faible engagement provincial et des agences régionales de santé dans la poursuite de cette intégration.</li> <li>● Un manque d'intérêt du fournisseur dans ce domaine (ex : médecins).</li> <li>● Une vision de court-terme pour la réalisation d'objectifs qui s'échelonnent sur plusieurs années.</li> <li>● Un manque d'intérêt du public et des médias envers cette intégration.</li> </ul> |

Source : Lewis and Kouri, 2004.^

### 1.3. L'influence de la pensée NPM

La régionalisation des systèmes de santé au Canada s'inspire du *New public Management* qui est, lui-même, fortement inspiré des idées de l'administration publique développées par le courant néolibéral. Remettant en cause l'État-Providence miné par les récessions et les chocs pétroliers qui avaient caractérisé les années 1970, le NPM rejette toute distinction en matière de gestion entre privé et public et défend la nécessité de redéfinir un État recentré, plus stratégique (Paquin, Bernier et Lachapelle 2010, 12). Selon ses partisans, l'optimisation du secteur public passe par « la mise en place d'un marché et l'application des règles de gestion fondées sur la rigueur et la rationalité qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le secteur privé » (Ferguene 2016). S'agissant des systèmes de santé au Canada, l'idée

défendue par les partisans de la réforme est que les méthodes managériales promues dans le cadre du *New public Management* deviennent le seul moyen d'améliorer l'efficacité économique du service public sans remettre en cause l'équité de l'accès aux soins, et encore moins la qualité des soins (Barker et Church 2017, 333). Il en est ainsi, car la mise en place de ces méthodes signifie notamment que les responsables sont tenus de rendre compte de leur gestion à la fois aux gouvernements qu'aux citoyens (désormais assimilés à des clients) (Ferguene 2016).

Les défenseurs du mouvement du nouveau management public soulignent également l'impossibilité de séparer politique et administration étant donné que les deux niveaux marquent pour eux un continuum, et non pas une dichotomie. Ils réclament dès lors une plus grande implication des gestionnaires dans le développement et la formulation des politiques. Au niveau de la régionalisation, aussi bien les ministres de la Santé que les directeurs des autorités gestionnaires sont des acteurs clés (Ferguene 2016).

De plus, la régionalisation imite les préceptes fondamentaux de cette nouvelle logique qui est le recours à des stratégies telles que la décentralisation, la contractualisation et la création d'agences gouvernementales autonomes (Paquin, Bernier et Lachapelle 2010, 21). En effet, le NMP emprunte le cadre conceptuel de la gestion du secteur privé ; il met l'accent sur le contrôle des coûts, la transparence, l'autonomie organisationnelle, la décentralisation, et sur la responsabilité envers la clientèle en matière de qualité des services, à travers la mise en place d'indicateurs de performance (Ferguene 2014).

On retrouve l'ensemble de ces principes dans la mise en place de la régionalisation. Tout d'abord, à travers la création des agences régionales, on souhaite décentraliser le système de santé et ses ressources pour mieux répondre aux besoins de la population tout en

diminuant la variation et améliorer la qualité du service grâce à une pratique fondée sur des données probantes. Il est également question de décentraliser la prise de décision pour augmenter la participation et l'apport du public et accroître la responsabilisation en ayant un rapport de l'organisme administratif sur sa performance et l'atteinte de ses objectifs en santé.

## **1.4. Étude de cas**

### ***1.4.1. Québec***

La réorganisation du secteur sociosanitaire au Québec s'est amorcée au début des années 70 avec la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSS) (Conseil de la santé et du bien-être 2003).

Cette première décentralisation intervient dans un contexte particulier au début des années 60 : la "Révolution Tranquille". En effet, le Québec se transforme rapidement et inaugure son État-providence. La création d'un système de santé publique a été l'un des éléments clés de cette période. Toutefois, l'implantation d'un système public de santé devait faire face aux défis de transformer le système existant en un système public et de s'assurer de la prépondérance du rôle du gouvernement du Québec dans la supervision et la gestion du système face à la présence accrue du gouvernement fédéral dans ce secteur. Cette transformation était un élément clé dans la modernisation de l'État québécois dans le sillage de la Révolution Tranquille (Kelley 2003).

Le système de santé n'échappe pas à cette redéfinition du rôle de l'État, il s'y trouve plutôt au cœur même. On associe souvent la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (Commission Castonguay-Nepveu) comme l'aboutissement de la Révolution

tranquille. Ce rapport introduit des perspectives nouvelles à l'égard du service social en défendant système « nationalisé », caractérisé par un réseau intégré et une gouvernance centrale forte, mais ignore, en grande partie, la dimension préventive des systèmes de santé (Bourque et al. 2016).

Il faudra attendre le Comité d'étude sur la prévention sanitaire (Comité Macdonald) pour qu'une véritable proposition d'intégration de la santé publique dans cette nouvelle organisation soit avancée (Bourque et al. 2014). En effet, le comité McDonald soulignait que « ni l'assurance hospitalisation ni l'assurance maladie ne sont susceptibles, en elles-mêmes, d'avoir des effets sensibles sur l'état de santé de la population », car elles satisfont un droit social fondamental, mais privilégient la réparation de la maladie au détriment de la promotion de la santé (Rapport du Comité McDonald, 1971; )

Considérant les nombreuses critiques du système de santé, ce comité d'étude fut créé par le ministère des Affaires sociales de 1971 dans le but de mieux définir le champ de la santé publique dans le cadre de la politique sociale et de santé du Québec. On le définit alors comme l'ensemble « des services dispensés à toute la collectivité par des agences publiques locales ou centrales, principalement pour le maintien de la santé et la prévention des maladies plutôt que le traitement des maladies » (Rapport du Comité McDonald 1971, 2). Un nouveau paradigme s'imposait dans la création d'un nouveau régime de la santé. Dénonçant l'ancien modèle médical dominant, ils souhaitent un nouveau modèle intégrant les « dimensions préventives, correctives, de réhabilitation, des soins prodigués au malade tout au long de son existence » (Gaumer 2006, 26).



Les suites de ces recommandations se sont matérialisées par l'avènement de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui prévoit la création de trente-deux départements de santé communautaire (DSC) installés dans autant de centres hospitaliers désignés, couvrant l'ensemble du territoire du Québec dès 1974 (Lemieux et al. 2005, 21). Par la même occasion, les offices régionaux des services sociaux deviendront les CSS (centres de services sociaux: un par région sanitaire, sauf à Montréal qui en aura trois<sup>3</sup>).

Le social relèvera plutôt des CSS et la santé publique sera nettement rattachée aux DSC.

Pour les CSS, leurs missions seront entravées par des compressions budgétaires dès 1990. Occupés à préserver les services existants, les CSS n'auront que très peu de temps pour développer de nouvelles activités relevant de leur mission sociale (Gaumer 2006, 26).

Quant aux DSC, ils devaient « d'abord servir de structure d'accueil pour le personnel des anciennes unités sanitaires en attendant leur transfert dans les CLSC au fur et à mesure de leur création ». Cependant, on leur ajoutait aussi « d'autres responsabilités en matière de protection de la santé publique, d'études des besoins de la population, etc » (Bélanger 1992).

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) vont ultérieurement se les réapproprier sur une base locale (Lemieux et al. 2005, 25).

Aussi bien les DSC que les CLSC constituent le socle organisationnel de la santé publique et de la prévention au Québec.

En effet, il est important de noter que la création des DSC et des CLSC a marqué une rupture majeure avec la « santé publique » traditionnelle et a donné naissance à ce qu'on pourrait appeler « une nouvelle idéologie » de promotion de la santé connue sous l'étiquette

---

<sup>3</sup> pour chacune des communautés: francophone, anglophone et juive.

« santé communautaire<sup>4</sup> » (Gaumer 2006, 28). La principale distinction est que la justification des ressources n'est plus liée aux exigences organisationnelles, mais plutôt aux besoins de santé de la population. De plus, la santé n'est plus seulement définie par des mesures objectives, elle se développe sur la perception qu'ont les gens de leurs propres santé, statut et besoins (Pineault 1984, 93).

Les DSC plus spécifiquement devaient être selon ses réformateurs, des organismes qui permettraient de passer d'une ère où l'inefficacité régnait au sein des services de santé publique à une ère où la rationalité technocratique de la santé communautaire assurerait une utilisation optimale des ressources et amènerait dans les milieux hospitaliers une transformation progressive du rôle des hôpitaux en les orientant davantage vers la prévention (Desrosiers 1976, 100).

Le pari des réformateurs québécois du début des années 1970 était que d'introduire la santé communautaire au sein d'un certain nombre de centres hospitaliers, à travers l'implémentation « forcée » d'un DSC, pouvait devenir un moteur important de l'élargissement de la mission et de la vocation des hôpitaux. Toutefois, le rapport de recherche de O'Neill (1987) de même que les travaux de Pineault, Baskerville et Letouzé (1990) sur l'acceptation par les hôpitaux de leur mission de santé communautaire, démontrent sans équivoque que ce sont les hôpitaux qui ont moulé les DSC à leur bon vouloir bien davantage que l'inverse.

---

<sup>4</sup> Ce phénomène doit beaucoup au contexte social des sociétés nord-américaine qui a conduit à mettre en avant la dimension communautaire dans tous les domaines du champ sociosanitaire.

L'abandon du modèle des DSC s'est fait progressivement et a donné lieu à un rôle moins important de la santé publique au niveau local.

Inspirée par le modèle du Kaiser Institute mis en place aux États-Unis, le ministère des Affaires sociales souhaitait décentraliser les services, tout en développant des programmes de prévention et en favorisant une plus grande participation des usagers (TRPOCB 2000, 11). En effet, la prestation des services préventifs directs à la population devient essentiellement un mandat des CLSC qui ont été créés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1971 (Lemieux et al. 2005, 25).

Au moment de leur création, les CLSC étaient considérés comme le pivot d'une réforme qui avait justement parmi ses objectifs principaux de « sortir de l'hospitalo-centrisme ». L'atteinte de cet objectif passer par « la création d'un réseau complet d'établissements publics de première ligne<sup>5</sup> » qui deviendrait la principale porte d'entrée du système sociosanitaire et qui aurait pour mission de favoriser la prévention (Plourde 2016).

Toutefois, les CLSC ont souffert d'un manque de volonté politique de la part du gouvernement libéral qui les a lui-même mis en place (Desrosiers et Gaumer 2004). Depuis le milieu des années 1970, bon nombre de ses aspects importants ont été abandonnés et de nombreuses réformes successives du réseau l'ont considérablement modifié (Boissonneault et Lavallée 2022). De plus, le financement des CLSC n'a jamais été à la hauteur de la mission attendue de ces établissements. En 1988, alors que 155 CLSC couvraient

---

<sup>5</sup> Il convient de noter que les soins primaires font référence aux services de santé et sociaux "normaux" et comprennent spécifiquement les services de prévention des maladies et des problèmes sociaux, la promotion de la santé et les services de santé non spécialisés.

l'ensemble du territoire québécois, « ces établissements ne recevaient que 5,5 % du budget total de la santé et des services sociaux » (Bozzini 1988, 352).

Alors que le Québec mettait sur pied graduellement une nouvelle organisation de son système de santé, la fin des années 80 réorientera de manière décisive la place de la santé publique tant au niveau législatif qu'au niveau structurel (Collin 2004, 185). En effet, au cours de cette période, l'État québécois intervient avec différentes stratégies dans le but de resserrer la gestion publique du système de soin et de santé publique. Après une réforme législative misant fortement sur la délégation de pouvoirs à de nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux, cette période est marquée par des compressions budgétaires importantes qui deviennent une occasion de reconfigurer le système dans son ensemble (Bourque et al. 2014). Il est également question de réfléchir à une nouvelle manière de répartir le financement en santé dans le but d'assurer l'efficacité du système (CESSS 1987).

En effet, au milieu des années 1980, le gouvernement du Parti québécois met sur pied la Commission Rochon (CESSS) dont le mandat principal est « d'établir quel type de soins de santé le Québec est en mesure de financer ainsi que d'établir les priorités en matière de services de santé » (Bourque et Leruste, 2010).

Tout en maintenant l'importance d'un système public pérenne, le rapport recommande des mesures permettant de contenir les dépenses :

« Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique (...) . Cette tendance exigera un effort important du gouvernement

pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution sociodémographique du Québec » (Commission Rochon 1988, 696).

Cette période prendra le virage d'une transformation technocratique du système.

Bien que le rapport adopte au premier plan une approche populationnelle de la santé « qui met l'accent sur les déterminants de la santé et insiste sur l'adéquation des dimensions sociales et de la santé », il cible certaines populations qualifiées de plus à risque et dont l'approche populationnelle leur est prioritaire (Bourque et al. 2014).

Cette orientation exclusive est cruciale puisqu'elle détermine quelle population devrait recevoir des services au détriment des autres par des critères prédéfinis.

De plus, à travers la place limitée accordée à la pratique sociale, ce rapport se présente comme une rupture avec le rôle déterminant du milieu communautaire qui préexistait dans les années 70-80 au sein du système de santé publique. Présentée comme désuète, la pratique sociale dans le réseau est remise en raison du manque d'encadrement professionnel et de l'absence de son évaluation. Ancrée dans la logique managériale, il est plutôt mis « l'accent sur la volonté individuelle des travailleurs qui grâce à leurs compétences peuvent mettre des programmes particuliers sur pied et influencer la pratique ». De plus, on insiste sur le fait que la responsabilisation des individus et des communautés a des répercussions positives pour la société dans le but de légitimer une telle approche (Bourque 2009).

Par ailleurs, ce rapport présente deux visions dichotomiques du système de santé québécois. D'une part, il défend un système public et accessible et d'autre part, de nouvelles techniques de gestion empruntées au secteur privé, à savoir : le nouveau management public. En effet, sur ce dernier point, une gestion plus efficace dans laquelle

les acteurs seront imputables et une plus grande décentralisation sont recommandées (Dubois et Denis, 2001).

Enfin, si bien que l'adoption de l'approche prédominante de la santé des populations adoptée contribue à la prise en compte des déterminants de santé ; cette vision ne sera toutefois pas transcrite clairement dans les recommandations du rapport. On y retrouvera plutôt une vision médicale des soins de santé et des services sociaux (Bourque 2009).

En 1988, parallèlement à la Commission Rochon et dans la continuité de la remise en question des CLSC, la ministre Lavoie-Roux met sur pied un comité chargé d'étudier leurs rôles et d'analyser si leurs missions demeurent pertinentes dans cette nouvelle ère « d'efficacité » sanitaire. Les objectifs du comité de travail sont de répertorier les activités des CLSC et de faire le point sur ses insuffisances et proposer des solutions à celles-ci (Lemieux 2003). Par ailleurs, le rapport s'appuie sur une vision individuelle de l'intervention dont les visées sont davantage curatives que sociales. On ne sera donc pas surpris de lire qu'on y cible des clientèles dites plus « à risque » tel que le Commission Rochon préconise (Bourque et al. 2014).

Dans le but de s'assurer d'une distribution plus juste des ressources, le comité fait la suggestion : « un per capita minimal de base; un indice reflétant le niveau socio-économique de la population; d'indices reliés aux clientèles visées ... » (Brunet et al. 1987). Toutefois, on identifie des groupes jugés plus à risque comme cible d'intervention. Ainsi, on remarque une certaine tendance vers des interventions curatives et individuelle plutôt que préventive et populationnelle. Cela est en contradiction avec le rôle initial des CLSC

qui vise « par une approche globale, multidisciplinaire, et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution.» (Robert et Ouellet 1988).

Tout aussi influencé par le courant NMP, le comité pointe du doigt le « manque d'information sur les performances des CLSC » :

« On devrait cependant posséder un minimum d'informations qui permettront de vérifier, sur certains points stratégiques, la performance des établissements, de la faire valoir ou de la rehausser selon les cas » (Brunet et al. 1987, 75).

Malgré les nombreuses recommandations formulées par le rapport, dont le budget et le parachèvement des CLSC sous la forme initiale, la ministre Lavoie-Roux néglige la première et s'en tient à la seconde par une fusion des établissements. On effectue, on assiste à la « création de 6 CLSC autonomes, fusion de huit districts pour créer quatre nouveaux CLSC, fusion de six districts avec cinq CLSC existants et fusion de six districts avec d'autres établissements de services sociaux ou de santé » (Bourque, 1988). Il est également question de limiter la marge de manœuvre de ces établissements par la standardisation des programmes et des services. Ainsi, les CLSC sont alors appelés à intervenir autour des principales orientations définies par le ministère.

Nous pouvons deviner que ce sont les préoccupations économiques qui ont conduit la ministre à opter pour des solutions de réduction des dépenses, de fusion des établissements, d'une imposition d'une ligne d'intervention et d'évaluation des performances en mesurant le niveau des « cibles atteintes ».

On assiste aussi bien à travers la Commission Rochon que dans la décision de la Ministre à des propositions de décentralisation et de réduction de l'intervention de l'État.

Dans le même élan d'idée, une deuxième réorganisation du système de santé s'amorce au début des années 90. Les balbutiements du courant du NPM de la fin des années 80 prennent forme graduellement. La nouvelle version de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, constitue la première manifestation de l'influence du courant de la nouvelle gestion publique. Par ailleurs, elle intervient dans un contexte de crise des années 1980. Les dirigeants remettent en cause les politiques providentialistes pour imposer une vision néolibérale de l'action publique. Cela donne lieu à une protection sociale fondée sur la responsabilité individuelle (Lemieux 2009; Kelley 2003).

Au Québec, cette période correspond, entre autres, à la remise en question de l'universalité des soins et à la réduction des investissements dans les sphères de la protection sociale (Bourque et al. 2018). Parce qu'il a été conçu avec des instruments providentialistes, dont l'universalité et la provision publique des soins, le réseau de la santé et des services sociaux a été difficile à transformer selon Bourque (2018). Cette transformation a dû s'opérer de l'intérieur, en imposant des instruments de contrôle et de performance. Elle introduit les notions d'efficience, d'objectifs de résultats, d'accessibilité, de décentralisation en mettant de côté les instruments providentialistes au profit d'instruments managériaux. Le gouvernement libéral entreprend des réformes de son administration et des services publics.



Le principal élément de cette réforme repose sur la restructuration du réseau institutionnel dont fait partie la santé publique.

La responsabilité et l'imputabilité se dressent en filigrane de la réforme. Des mandats clairs et des textes législatifs encadrent cette réforme.

En effet, au niveau national, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (loi 120) confère les responsabilités au ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de santé publique. Selon l'article 431, le ministre est chargé de prendre « les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination nationale et interrégionale ». En 1993, une nouvelle direction générale de la santé publique a été créée dans le but de coordonner à tous les niveaux les activités reliées au programme de santé publique (Colin 2004).

Au-delà des acteurs institutionnels, les citoyens octroient également une forme de responsabilité vis-à-vis du réseau. En effet, tel que le mentionnent David et al. (1991,18) : « (...) le premier article du projet de loi 120 insiste sur la responsabilité des individus à l'égard de leur santé et bien-être ».

De plus, le ministre libéral effectue une réelle décentralisation vers les régions en « définissant clairement les fonctions et les responsabilités pour chacun des établissements » (Colin 2004). Tout d'abord, l'organisation de la santé publique est revue en élaborant un programme global de santé publique. En effet, en 1993, « tandis que les conseils régionaux deviennent des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), l'organisation de la santé publique s'intègre à ces nouvelles structures » (Lemieux et al. 2005). Les unités de santé publique ont ainsi migré des 32 centres

hospitaliers, où elles formaient les départements de santé communautaire, vers les 18 nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux (Colin 2004, 187).

Selon plusieurs auteurs, cette régionalisation est davantage synonyme de contrôle, elle «est associée à un mode de gestion bureaucratique et autoritaire (gestion par programme, financement par services, etc.) » (David et al.1991, 28). Selon eux, la centralisation a déjà conduit à une standardisation des services et le type de décentralisation proposé, dans le contexte de récession et de désengagement de l'État correspond « à renvoyer la note aux municipalités et aux régions » (Bourque et Grenier 2014).

Quant aux CLSC qui consacraient initialement une place importante à la prévention, celles-ci délaissent peu à peu ce mandat. Avec le début des années 80 , le discours a pris un sens plus détaillé : on assiste au retour de la prévention traditionnelle par un ciblage de certains comportements plutôt que des actions globales qui tiennent compte des milieux sociaux (Mayer et Groulx 1987).

La « politique de santé et du bien-être » annoncée par le ministère en 1992 s'inscrit dans la continuité de la réforme du système de services et représente davantage un document d'orientation politique plus que de véritables réformes. Dix-neuf objectifs visant à réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux sont avancés (MSSS, 1992). La santé publique fait partie des cinq champs d'action ciblés par cette politique qui propose une vision plus « globale de la santé et du bien-être, une visibilité aux problèmes sociaux, une première ligne plus forte – prévention –, la concertation et la recherche, et la décentralisation » (Bourque et al. 2014, 30).

Toutefois, cette orientation cible certaines populations considérées à risque, qualifiées de « populations vulnérables ». Or, selon White (1992): « il faut privilégier, si l'on veut

atteindre les objectifs de santé et les objectifs sociaux, des stratégies de recherche intensive, des projets pilotes ainsi que des mesures de prévention et de promotion plutôt que des stratégies de contrôle social oppressives. ». Dans ce sens, une approche populationnelle plutôt qu'une approche ciblée devrait être plus efficace pour atteindre les objectifs globaux de santé publique.

Les éléments les plus souvent cités dans cette nouvelle orientation du système de santé sont : la gestion par résultats, une intervention ciblée auprès des groupes vulnérables, le contrôle de la qualité et l'évaluation des résultats.

La logique qui sous-tend cette politique d'évaluation axée sur les résultats est une caractéristique importante d'une restructuration davantage axée sur l'efficacité technique et l'obtention de résultats. Conjointement, d'importantes compressions sont imposées au réseau entre 1995-1998 et 1998-1999 (Bourque et al. 2014, 40).

En 1994, alors que le Parti québécois remporte les élections, Rochon est nommé à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux. Celui-ci démarre une autre restructuration majeure du système de santé du Québec visant à réduire le temps d'hospitalisation en offrant des services à domicile et en réduisant les effectifs du personnel de santé. Le « virage ambulatoire » s'inscrit avant tout dans une nouvelle dynamique de « reconstruction de l'État pourvoyeur de services et elle illustre un véritable changement paradigmatique des fonctions providentielles de l'État » (Lesemann, 2002). En effet à travers cette disposition, le gouvernement entend contrôler les ressources en limitant les effectifs et les coûts associés au secteur de la santé . Elle a lieu dans un contexte de compressions budgétaires, alors que le gouvernement fédéral sabre les transferts en santé et que le Québec tente d'atteindre le déficit zéro.

Toujours au nom de la crise des finances publiques et de l'augmentation des coûts du système, le gouvernement péquiste mettra sur pied une « commission d'étude présidée par Michel Clair qui porte sur le financement du système de santé et des services sociaux » (Bourque et Avignon 2015).

La commission Clair portera essentiellement sur la question du financement ainsi que sur l'intégration des soins. Si bien que le discours mette l'accent sur la prévention et les déterminants sociaux de la santé, il est fortement question des principes de nouveau management publique : gestion par résultats, imputabilité, efficacité et même concurrence (Contandriopoulos et Tremblay 2009). Le rapport lui-même, présente cette nouvelle vision du système de santé :

« En confiant une telle tâche à une organisation plus civile que gouvernementale, l'ensemble des gestionnaires, locaux et régionaux, des professionnels de la santé et des travailleurs comprendraient vite le passage d'un paradigme de gestion, dans un environnement gouvernemental et politique, à un paradigme entrepreneurial de management et de société civile » (Rapport Clair 2000, 216).

De plus, l'apparition de la notion d'indicateurs de mesure sont au cœur de l'approche privilégiée : « Si l'on veut mesurer la performance, il faut se doter d'indicateurs qui font consensus et qui révèlent le plus fidèlement possible l'atteinte des résultats escomptés.» (Rapport Clair 2000, 51).

Par ailleurs, le rapport affirme que le CLSC est l'établissement de première ligne qui doit offrir des services de prévention à des populations cibles (Rapport Clair 2000). Toutefois,

on y présente une vision assez péjorative. En effet, selon le rapport, le développement des services sociaux est obsolète ce qui aurait laissé le système avec un réseau désorganisé dont les services de soins laissent à désirer (Bourque et al. 2014, 90).

Pour la première fois au Québec, il est recommandé que la première ligne médicale s'organise autour des Groupes de médecine de famille (GMF). Considérant que les cabinets privés fournissent l'essentiel des services médicaux, la Commission renonce à faire des CLSC la principale porte d'entrée du système de santé, et affirme au contraire un rôle « complémentaire » à celui des cliniques privées

Les GMF seront créés à partir des cliniques et des polycliniques privées. Comme le souligne Plourde, « ces établissements sont entièrement financés par l'argent public, leur gestion est entièrement privée : ce sont les médecins qui gèrent eux-mêmes « leur » clinique ». Autrement dit, les GMF n'ont pas à se conformer à une mission définie par le gouvernement, comme c'était le cas des CLSC (Plourde 2017).

Nous pouvons constater qu'au gré des réformes et orientations politiques du système de santé depuis la Commission Rochon jusqu'au rapport Clair des tendances similaires se dessinent : une responsabilité populationnelle ; une nouvelle manière de dispenser les soins et services à travers des fusions d'établissement ; une gestion par résultats et un ciblage de clientèles (Bourque et Grenier 2014).

La prévention est souvent mentionnée dans l'ensemble de ces rapports, mais très peu d'efforts sont consentis pour lui donner sa place au sein du réseau : « on se rend bien compte que les idées emballantes du rapport Clair sur la priorité à donner à la prévention, aux services à domicile et aux réseaux de soins intégrés, sont tombées dans les limbes. »

confie Andrée Gendron, présidente de l'Association des CLSC et des CHSLD au *Devoir* (Paré 2002).

Ainsi, le mouvement de désinstitutionnalisation s'accroît avec une forte tendance à la sanitarisation et à l'hospitalo-centrisme et cela pour des raisons avant tout financières (Paré 2002).

Les résultats mitigés de la réorganisation du système de santé par le gouvernement du parti québécois ont conduit à la réforme subséquente de 2003. Adoptée lors du premier mandat du Parti libéral des années 2000 sur la base d'une promesse électorale, la « réforme Couillard » s'inscrit dans le plan de modernisation proposé par le gouvernement Charest dont l'objectif implicite est alors de réduire les dépenses. Cela entraînera une fusion d'établissements (centres hospitaliers, centres locaux de santé communautaire, centres hospitaliers de soins de longue durée) accompagnée par une gestion budgétaire centralisée et la création des agences de la santé et des services sociaux (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

La justification de cette réforme énoncée par le gouvernement est de restructurer un système de santé qui souffre de listes d'attente trop longues et d'une clientèle insatisfaite (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

Par ailleurs, l'objectif implicite est sans contredit la réduction des dépenses en matière de santé et de services sociaux. En intégrant le réseau, le gouvernement s'engage à mettre en place les principes inspirés de la nouvelle gestion publique tels que la gestion axée sur le contrôle des coûts et la reddition de compte (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

Ainsi, l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (C-21) mènera à une nouvelle structure de l'ensemble du réseau. Tout d'abord, les régies sont remplacées par « 15 Agences de santé et de services sociaux (ASSS) dont la mission est de réorganiser le système et de s'assurer, entre autres, de la prestation de soins en fonction de l'état de santé de la population de territoires préalablement définis » (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

S'en est suivi la création de « 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui sont le produit de la fusion entre les CLSC (Centres locaux de services communautaires), les CHSLD (Centres hospitaliers de soins de longues durées) et les CH (Centres hospitaliers) et dont la mission est la création de zones de soins » (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

Cette réorganisation a eu des conséquences sur la mission de la santé publique. En effet, cette fusion a accordé énormément de pouvoir à l'hôpital au détriment des autres institutions comme des CLSC ce qui, à terme, a affecté négativement les autres types de services tel que la prévention et la promotion de la santé.

Louise Harel, à cette époque porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé fait le constat sombre qu'« à partir de ce moment, les CLSC et les CHSLD sont devenus invisibles dans la structure (...) On a totalement inféodé ce qui était prévention et services sociaux à l'impératif hôpital. » (Sampson 2020).

De plus, cette approche hospitalo-centrique menée par la fusion d'établissements compromet la dimension préventive qui faisait des CLSC au Québec un réseau unique au Canada où une gamme de services intègre à la fois le social et la santé publique. Cette organisation a mené au fait que les CLSC sont devenus inféodés à des impératifs tenant de la gestion en délaissant une intervention plus globale à mi-chemin entre curative et

préventive. De plus, chaque CSSS devait « produire un projet clinique dont le but est de faciliter les parcours de soins des patients et ainsi d'améliorer l'efficacité du système ». Selon Bourque (2007), l'objectif implicite de cette obligation « est de placer les établissements de santé en situation de concurrence les uns par rapport aux autres en ayant pour objectif l'atteinte, voire le dépassement, de résultats qui ont été fixés. »

Cette érosion de la santé publique dans cette transformation des structures s'inscrit dans un continuum avec l'élection du Parti libéral en mai 2014. Le docteur Gaétan Barrette, ancien président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), devient ministre du MSSS (Vadeboncoeur 2015).

Dès les premiers mois de son mandat, le gouvernement libéral de Philippe Couillard présentait le projet de loi 10 « qui proposait une modification importante du réseau de la santé et des services sociaux en fusionnant les établissements d'une région et en y intégrant les centres de réadaptation et les centres jeunesse » (Hébert 2021). Le 7 février 2015 (date à laquelle la loi a été adoptée sous bâillon) les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) étaient créés et implantés sans transition, les agences régionales décrites comme « trop chères et inefficaces » étaient abolies et les 182 centres de santé et de services sociaux ne devenaient plus que 28 (Radio Canada 2015).

Inspirée elle aussi par la nouvelle gestion publique, cette loi a marqué une transformation radicale du réseau public par la création d'un nombre restreint de méga-établissements. Selon le ministre Barrette, l'objet de cette réforme est avant tout :



« De simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. » (Assemblée nationale du Québec 2015).

Toutefois, « les expériences antérieures ont permis de démontrer qu'il n'y a pas de corrélation entre les fusions d'établissements et l'amélioration de la qualité des services. » (Contandriopoulos et al 2014). Au contraire, selon le bilan de Coalition solidarité santé, elles ont causé les problèmes suivants : « augmentation du pouvoir des médecins au détriment de la première ligne, perte de proximité des services ; peu (ou pas) d'intégration ni de continuité dans les services ; coupes et réductions de services ; détérioration des services sociaux ; structures trop grosses et ingérables, etc... » (Coalition solidarité santé 2014).

Le bilan est similaire pour la loi 10 pour laquelle on évoque également une concentration du pouvoir entre les mains du ministre, une centralisation de la prise de décisions et un affaiblissement de la santé publique coûteux pour le réseau de la santé et la population (Radio-Canada 2015).

Décrite comme la « pire réforme de santé qu'on ait vue au Québec » par le président de la FSSS et plusieurs autres experts, cette nouvelle organisation a regroupé « des services comme la prévention, les soins physiques, la santé mentale et la toxicomanie » sous une seule administration. (Caillou 2020).

Cette réforme a également mené à la privatisation du réseau au détriment des CLSC. En effet, jugeant que « le concept initial du CLSC, ça n'a pas été réussi » le ministre Barrette

propose « de mettre en place les GMF » tout en reconnaissant qu'aucune consultation préalable aussi bien côté des experts que de la population n'a eu lieu : « Et ça, il y en a qui diraient qu'on l'impose, probablement, oui, on l'impose. Et c'est le modèle qu'on veut développer. » (Nadeau 2016). Selon lui l'offre de services des CLSC doit être complémentaire à celle qui sera désormais offerte en GMF : « Si la mission première du CLSC, lorsque ça a été mis en place, ne s'est pas réalisée, il n'en reste pas moins que les CLSC ont développé au fil du temps une certaine expertise dans laquelle ils sont très bons, par exemple tout ce qui est communautaire, santé mentale, prévention, ce genre de choses-là. » (Nadeau 2016).

Si bien que reconnaissant l'apport important de la mission des CLSC, le transfert d'une partie des activités des CLSC vers les groupes de médecine de famille (GMF) se fera graduellement. Or pour Richard Belhumeur, Syndicat des employés de service (FTQ), ce transfert a amené l'abandon des services de prévention offerts en CLSC au détriment de la « mission curative des GMF », et ultimement, la disparition des CLSC. En effet, le système de santé québécois sera de plus en plus orienté vers les médecins et les hôpitaux, au détriment de la prévention. Les budgets accordés à la santé publique ont été réduits de « 30 %, en dépit de toutes les mises en garde des spécialiste » (*L'Action* 2017).

En reconnaissant la volonté du gouvernement, Damien Contandriopoulos estime que cette décision traduit l'accélération de la privatisation dans le réseau de la santé et de l'application du nouveau management public : « Depuis l'arrivée du Dr Barrette, la privatisation des soins ne fait plus aucun doute. Il juge que le secteur privé est plus performant et il essaie, par exemple, de transférer des soins spécialisés depuis le milieu hospitalier vers des cliniques privées. » (CSN 2017).

Pour conclure, la réforme Barrette se présente dans la continuité de la réforme de 2004, avec cette orientation fondamentale d'organiser le réseau de la santé et des services sociaux autour de la mission hospitalière accordant une place très limitée à la santé publique. Les idées qui ont conduit à un tel projet sont essentiellement inspirées par le nouveau management public : diminution des services ; réorganisation des établissements ; ciblage de populations à risque et l'atteinte de cibles précises par des indicateurs de performance à atteindre. Toutefois, cette orientation de cibler les groupes cibles laisse croire à un contrôle des groupes vulnérables plutôt qu'un soutien effectif par des politiques efficaces et utiles. L'approche populationnelle qui était au cœur de la santé publique dans les années 75-80 s'est troquée pour une responsabilité accrue à la personne. Les ministres libéraux Couillard et Barrette ont même ouvert la porte au secteur privé. En accordant une place plus importante aux objectifs économiques de rationalisation, l'offre des services a été principalement orientée vers le curatif. Autrement dit, le curatif constitue une priorité - et devient la raison des services, en abandonnant progressivement la prévention et la mise en œuvre de politiques locales innovatrices rejoignant la population et ses besoins réels. Les réformes successives inspirées par le NMP placent avantageusement le curatif au détriment de la santé publique.

#### ***1.4.2. Ontario***

Contrairement au Québec qui a été un chef de file en matière de régionalisation du système de santé, l'Ontario a été la dernière province à franchir le pas en 2005.

Par ailleurs, le système de santé de l'Ontario faisait figure d'exception avant cette date par une structure organisationnelle décentralisée pour la santé publique : la responsabilité de la planification et de la prestation demeurait la responsabilité des organismes locaux (sous-régionaux) plutôt que régionaux ou provinciaux (Chessie 2009).

En effet, les programmes et services de santé publique sont offerts dans les communautés au sein des unités de santé locales, dont chacune est régie par un *board of health* qui fournit les services de santé publique traditionnels (Lewis & Kouri, 2004)

À la différence du Québec, l'institutionnalisation de la santé publique existait bien avant le processus de régionalisation. La première forme de cette institutionnalisation a été instaurée sous le cadre législatif de la *Loi sur la santé publique* dès 1944. Cette loi, qui sera modifiée en 1967, débouchera vers la création de 27 unités de santé publique (alPHa 2018, 4). La seconde a eu lieu lorsque des médecins en santé publique comme Phair (1957) et Brown (1958 à 1965) ont occupé le poste de sous-ministres de la Santé. Cela a renforcé la priorité donnée à la santé publique à travers un leadership faisant autorité et a contribué à l'admission d'un plus grand nombre de programmes en santé publique (Powell 2006).

Cette convergence de pratiques institutionnelles et de législation a rendu possible l'expansion des services de santé publique en Ontario. Le contexte économique était également favorable à une telle expansion puisqu'il s'agissait d'une époque de relative prospérité en Ontario. De plus, tous ces développements ont eu lieu dans la stabilité politique des gouvernements conservateurs majoritaires en place. En effet, le cabinet était un soi-disant cabinet départementalisé, dans lequel les décisions étaient en grande partie laissées aux ministres individuels à prendre en collaboration avec leurs fonctionnaires ministériels; leurs décisions ont été ensuite soumises au cabinet pour ratification. Au ministère

de la Santé, les hauts fonctionnaires étaient des médecins de la santé publique, tout comme bon nombre du personnel soignant. Leurs points de vue sur la santé publique étaient profondément similaires, en partie en raison des liens communs de leur formation professionnelle (Powell 2006).

Alors que la santé publique commence à se constituer une place au sein du système de santé, des changements majeurs s'opèrent dès 1966.

En 1967, d'importantes modifications à la *Loi sur la santé publique* ont eu lieu. Premièrement, elles exigeaient que toutes les municipalités participent à une circonscription sanitaire de comté ou de district afin que toute la population de l'Ontario ait accès à des services de santé publique à temps plein. Deuxièmement, elles prévoient la création d'unités de santé plus grandes, appelées unités de santé de district, financées à 75 % par la province de régulariser le système de subventions aux municipalités participant aux unités sanitaires de comté et octroyer des subventions pour la première fois aux unités sanitaires municipales (ALPHa 2018). Cette nouvelle législation tient au fait qu'avec l'accessibilité universelle aux services hospitaliers, il y aurait certainement des critiques si la population n'avait pas un accès comparable aux services de santé publique (Powell 2006).

Ainsi, alors que le réseau des conseils de santé locaux était responsable de livrer des services de santé publique, le gouvernement provincial assumait progressivement un rôle plus important en fournissant une part du financement. L'imposition d'un ensemble de « programmes de base » que tous les conseils locaux étaient requis de livrer a également

accompagné cette responsabilité (Powell 2006; Deber et al. 2006). Les programmes obligatoires ont été déterminés par consultation entre une communauté politique établie de « santé publique », composée de la division de la santé publique du ministère de la Santé travaillant en étroite collaboration avec le personnel des conseils de santé locaux (Drobot et Bielska 2015).

En revanche, si bien que le cadre législatif se démarque par des objectifs d'intégration de la santé publique, les nombreuses réorganisations du ministère de la Santé de 1973 à 1982 inspiré par le nouveau management public n'ont pas soutenu ce but.

En effet, cette réorganisation du réseau était étroitement liée à la prise de décision collective et aux priorités du gouvernement quant à la gestion de ses dépenses. Au départ, la question ne portait pas tant sur les déficits et les dépenses incontrôlables que sur le fait que le gouvernement avait une connaissance et un contrôle insuffisants des fonds qu'il dépensait. Cette préoccupation au sujet des dépenses était à la fois une préoccupation au sujet des dépenses elles-mêmes : l'argent était-il dépensé à bon escient, en temps opportun, selon les procédures appropriées ? Mais également une préoccupation concernant l'aspect redditionnel du processus : Existe-t-il des comptes rendus après l'octroi du financement ? (Graham et Philips 2008). Afin de répondre à ces préoccupations, le ministère de la Santé a fait appel à des gestionnaires financiers car le gouvernement de l'Ontario était engagé dans l'adoption et la mise en œuvre la plus complète du nouveau management public » (Szablowski 1975). Une indication de cette tendance était que les médecins en santé publique n'occupaient plus la place de sous-ministres au ministère de la Santé. En effet, par exemple, lorsque le Dr Charron a quitté son poste de sous-ministre, il a été remplacé

par Stanley Martin, un ancien chef de la Commission des services hospitaliers de l'Ontario doté d'une solide expertise en gestion et en finances (Powell 2006, 220). La mise en place progressive du NMP s'est amorcée de manière similaire au Québec pour la santé publique où le discours était de plus en plus orienté vers des indicateurs de performance et d'optimisation des ressources financières.

De plus, la santé publique est passée par la hiérarchie de l'organigramme : de l'une des quatre divisions en 1966, avec un directeur exécutif relevant du sous-ministre, à une seule direction en 1982, relevant d'un sous-ministre adjoint. À ce sujet, les membres du personnel de santé publique étaient soumis à des réorganisations fréquentes et leur utilité est devenue douteuse au sein d'un système de santé peu motivé par la prévention (Powell 2006).

Par ailleurs, le système de santé publique de l'Ontario est passé d'un système fragmenté à un système avec 42 boards of health (réduites à 36 depuis) à travers une infrastructure provinciale pour soutenir la santé publique au niveau local et assurer la prestation des programmes et services obligatoires tels que définis dans la *Loi sur la protection et de la promotion de la santé* (Graham et Philips 2008 ; Gouvernement de l'Ontario 1990).

En effet, promulguée en 1983, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) est venue remplacer la *Loi sur la santé publique*. Cette nouvelle législation a été conçue en apparence, au moins, pour intégrer la « nouvelle santé publique » initiée par le rapport Lalonde (Deber et al. 2006). Elle exigeait que toutes les autorités sanitaires locales fournissent des services de santé publique de base dans sept domaines : l'assainissement communautaire, le contrôle des maladies transmissibles, la dentisterie préventive, la santé familiale, les services de soins à domicile, la nutrition et l'éducation à la santé publique.

Cependant, la part de la province était maintenue à « 75% pour toutes les unités à l'extérieur de Toronto et 40 % pour les six unités de Toronto » (Rutty et Sullivan). Il est fort probable que ce mécanisme permettait au gouvernement de transférer une part de la responsabilité aux municipalités pour éviter le blâme. Toutefois, cela a eu de fortes conséquences budgétaires pour les municipalités. La santé publique a dû rivaliser avec d'autres services municipaux pour obtenir des fonds (Côté et Fenn 2014).

Ainsi, bien que cette loi confère un plus grand éventail de programmes en santé publique, elle se heurte à un financement limité qui rend son application infructueuse.

Alors que le gouvernement Harris remporte les élections de 1995, la santé publique se voit prise en otage dans les préceptes « de la Révolution du bon sens », axée en grande partie sur la rationalisation des finances publiques. Ce nouveau programme politique radical, motivé par « la réduction l'élimination en cinq ans d'un déficit de 10,6 milliards \$ et une baisse de 30 % en trois ans des taux de l'impôt sur le revenu » intervient par une restructuration des politiques publiques, entre autres dans les secteurs de la santé et des affaires municipales (Dufour 1997). La « révolution du bon sens » s'est traduite par un accent accru « sur un gouvernement plus petit et une plus grande dépendance aux forces du marché dans la prise de décision publique et l'allocation des ressources » (Brandford, 2003). On retrouve ici les préceptes du nouveau management public.

Le 1er janvier 1998, la province transfère l'entière responsabilité du financement des services de santé publique aux administrations municipales. Cette décision avant tout politique déplace ainsi la responsabilité de la santé publique de la communauté des



politiques de santé publique (qui s'opposait fermement à cette nouvelle décision) vers la « communauté politique du gouvernement municipal » plus large, permettant au débat sur les options politiques de se concentrer principalement sur le cadre budgétaire (en particulier, comment rendre les compromis « neutres en termes de revenus » ou atteindre des objectifs budgétaires spécifiés), avec peu d'attention accordée à l'impact des changements proposés sur la santé publique (Deber et al. 2006). Janet Ecker, ministre des Services sociaux et communautaires (1996-1999), a déclaré que « la province poursuivra ses responsabilités en matière de normes » pour les activités de santé publique, mais pas pour leur financement (Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario 1997).

Certains points peuvent être déduits de cette décision. Tout d'abord, la santé publique n'était pas une priorité ; si elle finissait en dommage collatéral, cela avait peu d'importance pour le gouvernement. Ensuite, on pourrait penser que le gouvernement n'avait pratiquement aucune connaissance du financement de la santé publique puisque de cette façon l'universalité et l'accès à la santé publique étaient compromis étant donné que certaines localités pourraient ne pas être en mesure d'offrir des services en raison de capacités de financement locales différentes. Il est ainsi clair que les préoccupations managériales couplées aux objectifs de réduction des dépenses ont conduit à l'adoption d'un tel modèle de financement.

En bout de ligne, si bien que relevant du financement de la santé publique en Ontario, cette initiative controversée a des retentissements organisationnels. En effet, les autorités sanitaires locales devaient se conformer aux exigences de la province en matière de santé

publique avec des capacités financières limitées. Cela a débouché sur une incapacité à offrir des services de santé publique au sein des localités et *in fine*, à une fragilisation structurelle de la prévention. En effet, l'effet à court terme a été une baisse du niveau des dépenses de santé par le gouvernement provincial; l'association provinciale des unités de santé a estimé que les unités de santé publique de la province dépensaient considérablement moins que le montant nécessaire pour maintenir leurs « programmes de base ». Encore une fois, l'invisibilité de la santé publique a fait en sorte que cela ne devienne un problème qu'après l'épidémie de SRAS de 2003, date à laquelle le *Globe and Mail* a révélé que les transferts provinciaux aux unités de santé publique avaient chuté à 201 millions de dollars pour l'exercice 2002-2003, comparativement à 254 millions de dollars pour l'exercice 1999-2000 (Mackie et Campbell 2003). Le gouvernement provincial n'avait pas non plus conservé la capacité d'appuyer ou d'enquêter correctement sur les éclosions de maladies transmissibles. Cela a été fortement critiqué lors de la Commission Campbell enquêtant sur le SRAS qui mentionne: « L'Ontario ne peut pas aller et venir comme un écureuil sur une route, oscillant entre le désir d'un certain contrôle local et le besoin de normes uniformément élevées de protection contre les maladies infectieuses dans toute la province. Un point de décision clair est nécessaire avant qu'une maladie infectieuse mortelle ne s'abatte sur la province.» (Campbell 2005)

Ainsi, cette décentralisation des responsabilités n'a pas permis de déterminer dans quelle mesure les gouvernements locaux avaient choisi d'augmenter leur propre financement pour combler le vide.

Suite à une véhémence opposition des professionnels de la santé publique, en mars 1999, l'Ontario a fait volte-face et a accepté de payer la moitié des coûts de santé publique, avec le potentiel de jouer un rôle encore plus important pour « quelques programmes ayant des dimensions provinciales » (Suschnigg 2001).

La nécessité de reconfigurer la place de la santé publique dans un système organisationnel défectueux est devenue impérative. Ce constat s'est généralisé auprès des décideurs politiques suite aux crises sanitaires du Walkerton et du SARS dans les années 2000 (Campbell 2005; Santé Canada 2003). En effet, plusieurs commissions et rapports ont recommandé une restructuration qui permettrait de donner un nouvel élan à la santé publique (Campbell 2004; Capacity Review Commission 2006).

Au niveau politique, cette crise sanitaire a eu des répercussions importantes et à même contribué à donner un nouvel élan à la santé publique. En effet, les partis d'opposition ont capitalisé sur le bilan mitigé des conservateurs en matière de santé et les ont même rendus responsables auprès de l'électorat de cette crise.

La victoire décisive des libéraux en 2003 en est la démonstration. En remportant 72 sièges sur 103, les libéraux formaient un gouvernement majoritaire sous la direction de leur chef, Dalton McGuinty. L'élection représentait non seulement une mise en accusation d'Ernie Eves, mais aussi un mécontentement croissant au sein de l'électorat face à la «révolution du bon sens» des conservateurs (Belelieu 2003).

Du côté du financement de la santé publique, la formule 50/50 est restée en place jusqu'en 2004 puis a été augmentée jusqu'à 75 % du montant prévu au budget.

En 2005, une nouvelle organisation du secteur de la santé telle que nous la connaissons aujourd'hui s'est progressivement instaurée. L'Ontario l'a toutefois concrétisée avec pragmatisme.

En prenant en considération les expériences de régionalisation dans les autres provinces du pays, il a été décidé que la création d'une structure régionalisée ne serait pas, en soi, une contribution majeure à une meilleure prestation des soins de santé. En effet, selon ce point de vue, aménager une structure bureaucratique centrale descendante (par exemple, de grandes régions), plutôt que par des réformes fonctionnelles et de processus, avait semblé ralentir et détourner les efforts de réforme des soins de santé ailleurs dans le pays (Leatt et al. 2000, 15). La création de 14 RLISS (Réseaux locaux d'intégration des services de santé) en 2006, n'était pas une solution en soi, mais plutôt un moyen de trouver des pistes d'amélioration qui fonctionneraient dans une architecture locale (Macleod 2015). Le but d'un tel réseau a été décrit ainsi: « fournir un système de santé intégré (...) et une gestion efficace et efficiente du système de santé au niveau local par les RLISS ».

Contrairement aux autres agences régionales de la santé dans d'autres juridictions canadiennes, les RLISS ne sont pas des fournisseurs de services directs; ils financent les services délivrés par les organisations prestataires existantes et/ou nouvelles qui maintiendront leur propre gouvernance (Bhasin et Williams 2007). Alors que l'objectif central de ce processus de réforme est d'intégrer les divers services de santé aux niveaux régional et provincial pour offrir un service de qualité, un obstacle met en péril cette intention. En effet, la santé publique a été exclue des responsabilités des RLISS.

Il faudra attendre une décennie pour qu'une nouvelle législation souligne l'importance d'un secteur de santé publique intégré au système de santé. En effet, le *Patients First Act* de 2016 a appuyé l'intégration de la prévention au sein du système de santé et des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (Rapport du comité ministériel d'experts sur la santé publique 2017). À travers ce redéploiement, l'objectif a été « d'améliorer la forte présence à l'échelon local de la santé publique et d'étoffer les relations avec les municipalités » (Glauser et al. 2016).

Toutefois, dans une analyse qui documente la réalisation des objectifs en santé dans les provinces canadiennes, plusieurs répondants ontariens ont souligné que cette collaboration reste inachevée en raison d'une concentration rigide des responsabilités en santé publique au niveau municipal (CFHI 2016, 12). Selon Cushman, ancien MOH au conseil de santé publique d'Ottawa, ce premier pas vers la régionalisation n'est pas suffisant pour permettre une meilleure intégration de la santé publique avec le reste du système de santé (Glauser et al. 2016).

La province de l'Ontario a utilisé plusieurs approches pour tenter de tenir le système de santé publique responsable. Entre 1997 et 2009, le *Mandatory Health Programs and Services Guidelines* constitué la feuille de route de la santé publique en Ontario. La mise en œuvre de cette intervention politique était résolument descendante et largement critiquée pour : l'utilisation d'indicateurs qui ne reflétaient pas les contributions des activités de santé publique quant à l'atteinte des objectifs ; une attention insuffisante à la diversité des besoins de santé des unités locales de santé publique ; une irrégularité des rapports; et l'utilisation

inefficace des données pour gérer le rendement de la santé publique au niveau provincial (PHRED 2002).

Ainsi, en 2009, ces lignes directrices ont été remplacées par les *Ontario Public Health Standards* (OPHS). Les OPHS sont un document évolutif avec bon nombre des exigences identiques ou similaires des anciennes lignes directrices obligatoires sur les programmes et services de santé, rendues contemporaines avec l'inclusion de normes fondamentales concernant l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, la recherche et l'échange de connaissances et l'évaluation des programmes (MSSLD 2008). Elles sont fondées sur la reconnaissance que la santé des individus et des collectivités est « considérablement influencée par des interactions complexes entre les facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et les comportements et conditions individuels... connus sous le nom de déterminants de la santé » (MSSLD 2008).

Par ailleurs, ces normes sont également fondées sur les préceptes du NMP. En effet, le système de gestion du rendement et de responsabilisation construit autour du NSPO constitue un nouveau système de responsabilisation. Les composantes de ce système comprennent des ententes de responsabilisation décrivant les attentes précises en matière de service et de rendement entre le ministère de la santé et les conseils de santé (MSSLD 2013).

Enfin, tel que mentionné la loi *Patients First Act* de 2016 a constitué un élément législatif d'une importance majeure dans la réforme structurelle de la gouvernance des systèmes de santé de l'Ontario. Les objectifs explicites de cette loi donnent la priorité aux patients : améliorer l'accès des Ontariens aux soins primaires; améliorer les liens et la communication entre les fournisseurs de soins de santé primaires, les hôpitaux, les soins à domicile et en

milieu communautaire et les bureaux de santé publique; réduire la bureaucratie et les dépenses d'administration du système de santé ; améliorer la responsabilité envers les patients; améliorer l'équité des soins; responsabiliser les patients dans la prise de décisions en matière de soins de santé ; et accroître la capacité de fournir des services adaptés à la culture aux communautés autochtones et francophones de l'Ontario (MSSLD 2016). De plus, en souhaitant une meilleure intégration de la santé publique au sein du système, cette loi a permis de transférer le financement provincial destiné aux agences locales de santé publique aux RLISS pour qu'il soit alloué à ces agences. Les RLISS veilleraient à ce que tous les fonds transférés soient utilisés à des fins de santé publique (Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario 2015, 309).

Par ailleurs, situer cette réforme dans le contexte plus large de la politique fédérale aide à mettre en lumière les objectifs implicites de cette loi. En particulier, les changements simultanés dans la distribution des fonds fédéraux pour les soins de santé aux provinces en 2016 (une réduction de l'augmentation annuelle des fonds fédéraux distribués aux provinces pour les soins de santé, malgré les demandes des ministres provinciaux de la Santé d'augmenter le financement), et l'accent qui a suivi du financement dans des domaines prioritaires spécifiques pour la santé (y compris des fonds explicitement destinés à l'expansion des soins à domicile), signifiait que les provinces cherchaient des occasions de promouvoir la rentabilité et l'efficacité au sein de leurs systèmes de santé (Boily 2016).

En conclusion, bien que l'Ontario a tardé à mettre en œuvre la régionalisation de son système, elle se présente comme la seule province du pays dont les circonscriptions sanitaires assument la prestation de programmes et de services de santé publique.

Le programme radical de « la Révolution du bon sens » mis en œuvre par le gouvernement conservateur s'inspire des préceptes du NMP. En œuvrant pour l'efficience et l'efficacité, la réorganisation du système de santé s'est soldée par des coupures budgétaires qui ont mis à mal l'application d'une vision préventive.

En effet, les capacités d'intervention des circonscriptions sanitaires ont souvent été compromises par la relation de partage de coûts entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les municipalités. De plus, les services de santé publique ont été de plus en plus contraints à un rôle de prestation de services plutôt qu'à un rôle de planification et de gestion dans le système de santé. Qu'il s'agisse de programmes de nutrition scolaire ou de campagnes de vaccination contre la grippe, la prestation de services directs semble avoir supplanté tout rôle potentiel des professionnels de la santé publique dans l'orientation efficace du système pour répondre aux besoins de santé des communautés, au fur et à mesure de leur évolution.

Enfin, la dernière version des RLISS en Ontario représente une étape évolutive vers le partage de la responsabilité de la gouvernance du système. Pour réussir, le MSSLD et ses dirigeants devront être prêts à partager et soutenir ce réseau dans son volet de prévention et promotion de la santé. Toutefois, même après plusieurs années, une collaboration étroite entre le secteur hospitalier et la santé publique peine encore à se réaliser.

### ***1.4.3. Alberta***



L'Alberta fait partie des premières provinces canadiennes à avoir fusionné tous ses services régionaux en un seul système de santé en 1994. Alors que le Québec fait le choix de la régionalisation dans un contexte de « Révolution tranquille », l'Alberta l'a entrepris pour des raisons avant tout financières.

Les années 70 et 80 ont été marquées par une prospérité économique qui a rendu possible l'expansion progressive du système de santé dans la province.

En effet, après son arrivée au pouvoir en tant que premier ministre en 1971, Peter Lougheed a entrepris de moderniser la province, notamment en développant des infrastructures clés telles que des hôpitaux et en élargissant la main-d'œuvre professionnelle de la santé. Cette modernisation était avant tout motivée par des considérations électorales. Les décideurs politiques étaient conscients que les dépenses consacrées aux établissements de santé locaux entraîneraient un plus grand soutien des Albertains lorsqu'ils seraient conviés aux urnes (Church et Smith 2007). En 1973, « le gouvernement s'est engagé à financer tous les programmes de santé publique, y compris 100 % des budgets approuvés des bureaux de santé. » (Church et Smith 2007).

Toutefois, on assiste au début des années 90 à des initiatives appelant à la rationalisation des services, à la mise en œuvre de nouvelles stratégies de prestation des soins de santé et à la réduction des dépenses publiques globales en soins de santé (Jacobs et al. 1992).

En effet, dès son élection en 1992, le premier ministre Klein décide de faire du système de santé sa première réforme du secteur public dont le but est de réduire considérablement les dépenses (Plain 1997). Selon son ministre de la Santé, le système de santé « doit démontrer

certain résultats financiers en 1993/94 et avoir les éléments en place pour la restructuration initiale dans le système fiscal 1994-95 » (Church 2008).

Porté par l'atteinte d'un tel objectif, un nouveau cadre d'imputabilité pour le système de santé est présenté en 1993. *Achieving accountability in the health sector* s'attachait à préciser les rôles et les responsabilités des différentes parties du système de santé et les moyens de les amener à rendre des comptes sur leurs performances (Hinings et al. 2003). Une nouvelle législation sur les professions de la santé était promulguée dont l'objectif était « de clarifier le cadre régulateur et de faciliter les rapports entre les professions et l'État » (Dubois 2002). La plupart des règlements qui régissent le secteur de la santé ont été revus et dans certains cas amendés dans la perspective explicite « d'éliminer ou d'amender les règlements pouvant faire obstacle à la restructuration des services de santé, de minimiser les chevauchements, d'harmoniser les règles et de réduire la charge régulatrice et de privilégier autant que possible l'élaboration de standards de performance basés sur des résultats. » (Dubois 2002). L'impact de nouveau cadre sur les efforts et services de santé publique n'est pas définitif. Toutefois, il démontre la volonté du gouvernement conservateur d'adopter la vision du NMP dans le secteur de santé.

En 1994, la province adopte la loi 20 qui inaugure la première réorganisation de son système de santé. Le mouvement de régionalisation intervient comme une restructuration radicale. Tous les conseils d'administration des hôpitaux et des unités de santé (plus de 250 au total) ont été dissous et remplacés par 19 nouvelles « régions ». Dix-sept régions étaient basées géographiquement, couvrant ensemble toute la géographie et la population de l'Alberta (Smith et Church 2008).

Cette première réorganisation du système de prestation des services de santé visait à créer des unités plus intégrées avec une plus grande capacité à coordonner un continuum de services de la prévention au traitement et à la réadaptation. En effet, les grands hôpitaux urbains n'avaient plus d'accès direct au gouvernement, et la prestation de soins actifs, de soins continus, de promotion de la santé et de services de santé publique a été consolidée au sein de chaque RRS. La responsabilité de la santé publique est ainsi passée des bureaux de santé (qui étaient situés dans chaque ville et région rurale de la province) aux régies régionales de la santé (Carney 1994).

Par ailleurs, on retrouve plusieurs éléments du nouveau management public qui encadre cette nouvelle organisation. Tout d'abord, il est question d'identifier de nouvelles exigences en matière de reddition de comptes et de rapports pour les nouveaux pouvoirs, y compris l'exigence de préparer un plan d'activités annuel à soumettre au ministre par les RRS (Dubois 2002). Cela permettait au gouvernement de réduire les dépenses publiques tout en « forçant » les RRS à déterminer des coupes précises. Le gouvernement ne déciderait pas directement de questions telles que les fermetures d'hôpitaux et les licenciements. Il pourrait ainsi mener à bien son programme d'imposition des pertes de manière indirecte (Church et Smith 2008). Tel que présenté dans la partie financement, cela a mené à une diminution de la croissance des dépenses préventives sur la période de 1995-1996.

De plus, le moteur de cette nouvelle organisation est également dominé par une logique basée sur l'efficacité et l'efficacité, le service à la clientèle et les processus de type commercial. En effet, les documents gouvernementaux ont commencé à se concentrer sur

une « relation avec le consommateur » comme modèle approprié pour fournir des services de santé (Reay et Hinings 2005).

De même, l'importance des forces du marché dans la détermination de la qualité appropriée a été soulignée dans les documents gouvernementaux. Le nouveau libellé comprenait l'élaboration d'une politique de santé par le biais d'un « modèle de planification des activités », l'organisation du système pour « se concentrer sur l'efficacité et l'efficacite » et l'élaboration de nouvelles stratégies pour s'assurer que les services sont fournis par le « fournisseur le moins cher » (Reay et Hinings 2005). De plus, les membres du conseil d'administration des RHA ont été nommés principalement sur la base de leur expérience professionnelle antérieure et de leur soutien aux réformes de la santé, plutôt que sur leur expérience dans le domaine des soins de santé.

Ainsi, en Alberta, le renouvellement de la gestion des services de santé s'inscrit dans la mise en œuvre d'un projet politique fortement inspiré par le NMP et qui accorde une importance particulière aux critères l'efficacité et des mesures de performance. L'effet de cette nouvelle organisation sur le rôle de santé publique n'est pas clair. Toutefois, le portrait des dépenses en prévention dans le contexte de cette régionalisation démontre les fortes contraintes financières produites par ce projet politique.

En 2008 avec des niveaux élevés de mécontentement du public autour des structures régionales existantes notamment les longues attentes aux urgences, le premier ministre Ed Stelmach a annoncé en mai 2008 que les régies régionales de la santé seraient dissoutes en une seule régie provinciale de la santé, l'Alberta Health Services (AHS).

Les objectifs de cette démarche étaient de « réduire la bureaucratie, d'améliorer l'accès aux services et de réduire les inégalités régionales ainsi que la concurrence entre les régions. Il visait également à centraliser la responsabilité politique en matière de soins de santé » (AHS 2010). Le ministre de la Santé, Ron Liepert, a déclaré sur le site Web de l'AHS que « le passage à un conseil de gouvernance provincial assurera un système plus rationalisé pour les patients et les professionnels de la santé dans toute la province » (AHS 2010). Le premier ministre Ed Stelmach a lui annoncé que les changements « contribueraient à rendre le système de soins de santé financé par l'État de l'Alberta plus efficace et efficient » et « créeraient un système novateur et de haute qualité qui offre un accès équitable aux services de santé et une durabilité à long terme » (Gouvernement de l'Alberta 2008) .

Les données montrent, cependant, que les régions sanitaires de l'Alberta obtenaient déjà de bons résultats quant à ces objectifs par rapport aux autres provinces (Donaldson 2010,).

En outre, l'intégration de la santé publique dans cette nouvelle structure ne faisait pas partie des objectifs énoncés par cette réorganisation. En effet, bien que la provision de services de santé publique se soit intégrée au AHS, il ne semblait pas exister de planification propre à la santé publique.

En 2011, dans le but de « permettre la prise de décision locale et améliorer la capacité à répondre aux besoins des communautés locales » l'AHS a été divisé en cinq zones administratives, chacune gouvernée par une Zone Lead MOH, qui se rapporte au Senior MOH provincial (AHS 2021). Complémentaire à cette nouvelle structure, un ensemble de réseaux appelé Strategic Clinical Networks a été créé en 2012 (Alberta Health Services, 2014).

Il est à noter que de nombreux efforts visant à renforcer la capacité des systèmes de santé à prévenir les maladies chroniques ont porté sur des réseaux multi-agences et multi-niveaux. De tels réseaux sont devenus des véhicules importants dans la poursuite de soins plus intégrés (à la fois horizontalement et verticalement). Comme le note Donaldson (l'intégration de la prévention au sein du système curatif peut être fonctionnelle dans la poursuite d'objectifs communs tels que la responsabilité partagée envers une population définie géographiquement).

De plus, l'approche de ces réseaux se veut interdisciplinaire et repose sur des groupes multidisciplinaires chargés de concevoir et de recommander des améliorations à la prestation des soins de santé dans toute la province. En premier lieu, les réseaux cliniques stratégiques avaient chacun une orientation clinique spécialisée (ex : soins intensifs et chirurgie) et, par conséquent, n'avaient pas le mandat ou l'expertise pour se concentrer sur les prérogatives de la santé publique (Boyd et al. 2019). Conscient de l'importance de la prévention et de la promotion pour réduire les demandes de soins de santé curatifs et assurer la pérennité du système de santé, l'AHS a identifié ce besoin et a financé la création du Réseau clinique stratégique de santé de la population, publique et autochtone en mai 2016 avec deux comités principaux distincts, l'un axé sur la santé des populations et la santé publique et l'autre sur la santé autochtone (AHS 2019).

Les comités principaux (santé de la population et santé autochtone) ont ainsi été créés avec une orientation et une composition spécialisée pour chaque branche du réseau tout en maintenant un fort alignement entre les deux branches (par exemple, une réduction des inégalités de santé). De plus, étant donné que le rôle de chaque branche est de mettre en

œuvre des solutions innovantes, ce réseau a été intégré au programme provincial déjà existant, ce qui renforce la capacité d'AHS à identifier les problèmes pressants de santé publique et de la population, à collaborer avec des partenaires opérationnels sur des solutions viables, soutenir les initiatives réussies et tester des approches innovantes qui dépassent les murs du système de santé traditionnel (Boyd et al. 2019).

Si bien qu'il est trop tôt d'évaluer les répercussions et identifier les limites de ce réseau, une analyse complète du retour sur investissement a été effectuée pour les neuf premiers projets SCN en 2016. Il a été estimé qu'une économie de 28 millions de dollars (liée à la réduction de lits occupés) a été réalisée à travers ces programmes (AHS 2019).

Parmi les provinces canadiennes, l'Alberta est celle qui a élaboré le système de santé, le plus avancé en termes de mesure de la performance. L'intégration du nouveau management public au sein du système de santé a eu lieu lors du ralentissement économique au début des années 90 qui a entraîné un important déficit du budget public. Cela s'est présenté comme le moment opportun à la mise en œuvre d'une réforme en profondeur du système de santé inspiré par le NMP pour le gouvernement Klein. La loi 20 qui inaugure la première réorganisation de son système de santé a mené à une fragilisation de la santé publique en raison des critères d'efficience et de performance à laquelle elle a été soumise. Cela s'est poursuivi avec l'intégration de la santé publique au sein de l'AHS dont les grands objectifs de cette réorganisation étaient de mieux mesurer les performances des services de santé et d'assurer un plus grand contrôle des dépenses.

En revanche, l'implémentation du SCN en 2012 par le parti conservateur de Redford montre des résultats prometteurs quant à l'intégration de la santé publique dans ce nouveau réseau centralisé.

## **1.5. Conclusion**

L'OCDE (2003) avançait que « l'amélioration de l'efficacité des pouvoirs publics est certes souhaitable, mais l'efficacité ne garantit pas à elle seule l'amélioration de l'administration ». Plusieurs auteurs ont déjà conclu que le Nouveau management public avait atteint ses limites et que l'heure était maintenant au nouveau paradigme de la gouvernance. En éclairant ici le cas particulier et révélateur des provinces canadiennes, nous avons démontré que les réformes organisationnelles inspirées par le NMP mené ont fragilisé la place accordée à la santé publique. Cela permet de valider la première hypothèse de ce mémoire.

Par ailleurs, on constate à travers l'historique de l'évolution du modèle de gouvernance au Québec ; qu'en comparaison avec d'autres réformes engagées en Ontario et en Alberta ; il existe une plus forte préférence en faveur des tendances managériales et organisationnelles. Cela justifie en partie la raison pour laquelle les sources recensées pour cette province sont bien plus complètes que celles des autres provinces. Un tel constat, nécessite une analyse plus fine qui puisse expliquer cette hétérogénéité des pratiques managériales au sein des systèmes de santé des provinces.

*In fine*, on peut conclure que l'organisation du système de santé dans les provinces canadiennes n'est pas une création *ex nihilo*, mais le produit d'une vision particulière de la place de l'État configuré par le pouvoir politique.



### **Chapitre 3 : Le puzzle financier de la santé publique**

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les considérations politiques à prendre en compte dans l'organisation et la gouvernance de la santé publique dans les trois provinces étudiées. Nous avons alors été conduits à constater que, malgré les effets différés du nouveau management public selon les provinces, celui-ci a de manière générale fragilisé les engagements des gouvernements en matière de priorisation des dépenses en prévention. Il faut par ailleurs rappeler qu'idéalement toutes les options politiques potentielles pour répondre à un problème social seraient considérées, puis les options censées maximiser le bien-être collectif devraient l'emporter. Toutefois, il n'en va pas toujours ainsi : l'introduction révèle que les soins, malgré leur importance, ne constituent qu'une composante de la santé publique, et les gouvernements provinciaux ont plutôt tendance à arbitrer entre la prévention et les soins curatifs en privilégiant ces derniers plutôt que la première. Ainsi, en favorisant la prise en charge collective des soins au détriment des interventions préventives, le financement de la santé au Canada, inscrit la réparation au cœur de ses interventions (ASPC 2011).

La réforme à venir consisterait donc à inverser cette tendance séculaire. Pour ce faire, il importe au préalable d'identifier les tendances qui peuvent se dessiner à travers l'analyse des arbitrages qui entrent en compte dans le financement de la santé publique. Ainsi, il sera question, ici, d'élucider trois considérations importantes souvent citées dans la littérature et qui semblent défavoriser le choix d'un financement pérenne de la prévention. La première a trait à la nature même de l'investissement en santé publique. Considérées comme un investissement de long terme, les interventions de santé publique peuvent ne

pas produire de résultats escomptés avant de nombreuses années. Cela désavantage les interventions de santé publique, car la plupart des décideurs opèrent sur un laps de temps beaucoup plus court. La seconde se rapporte à la myopie des électeurs qui ont plutôt tendance à privilégier, à soutenir et à protéger les politiques universelles visibles telles que les dépenses en soins curatifs plutôt que les politiques discrètes, dont les effets sont perçus à plus long terme. Enfin, la troisième se présente comme la conséquence des deux premières. Elle se rapporte à l'absence de groupes d'intérêts pour faire pression sur le gouvernement dans ses engagements à financer la santé publique.

## **1. Le dilemme politique des investissements à long terme**

### ***1.1. L'importance temporelle des politiques publiques***

Alors que l'analyse politique s'est généralement concentrée sur le problème distributif de *qui obtient quoi*, bon nombre des choix les plus difficiles auxquels sont confrontées les démocraties sont des dilemmes temporels. En effet, si les gouvernements veulent réduire l'impact du changement climatique, mieux mitiger les risques des pandémies futures ou bien faire face à des nouveaux risques sociaux, ils doivent généralement infliger un coût immédiat aux citoyens pour des gains qui ne se concrétisent qu'à long terme. De plus, les investissements de long terme menés pour colmater les brèches et agir en amont sont de plus en plus complexes et stratifiés. L'action politique, qui doit être guidée par une vision à long terme, est constamment soumise à des pressions de court terme.

Les institutionnalistes ont développé des arguments de plus en plus élaborés sur les développements sociaux qui se déroulent de manière structurée dans le temps, tels que ceux caractérisés par le *path dependency* ou le *retrenchment* (Pierson 2004 ; Mahoney 2000).

Ces approches institutionnalistes reflètent une préoccupation pour le temps en tant que propriété propre aux processus causaux dans le domaine des dépenses publiques.

Cette logique temporelle, par exemple, se retrouve généralement dans les études sur le *retrenchment* de l'État-providence. S'inspirant de Weaver (1986), les analystes ont souvent conçu le désengagement de l'État providence comme un processus régi par le besoin des politiciens d'éviter le blâme pour les coûts qu'ils imposent. Le report figure ainsi parmi les stratégies d'évitement de blâme les plus couramment citées dans cette littérature (par exemple, Weaver 2003 ; Huber et Stephens 2001 ; Bonoli 2000 ; Pierson 1994). L'hypothèse sous-jacente à cette tactique est appréhendée comme un « penchant négatif (*negativity bias*) des électeurs, plus enclins à rejeter ce qu'on *leur* fait, qu'à reconnaître ce qui est fait *pour* eux » (Caune 2010). Les modèles de cycles économiques politiques supposent de la même manière que les électeurs - et par conséquent les gouvernements - se soucient particulièrement des gains immédiats de la manipulation de l'économie tout en ignorant ses coûts à plus long terme (Alesina et Roubini 1992).

Le *temps politique*, dès lors, peut être considéré comme désignant la gamme très diversifiée «*de règles, de normes, de conventions et d'interprétations qui servent de ressource et de contrainte pour les institutions et les acteurs politiques, indépendamment de leur situation spatio-temporelle* » et qui influencent de nombreux aspects du comportement politique, et de l'élaboration des politiques (Jacobs 2011).

Selon Jacobs (2011), deux propositions temporelles découlent de cette affirmation. La première reconnaît que les conséquences d'une politique déterminent son applicabilité. La deuxième affirme que les résultats à court terme dominent les résultats à long terme dans les calculs des électeurs - et, par conséquent, des politiciens. Ces affirmations reflètent sans

aucun doute les paramètres politiques tendant à biaiser l'élaboration des politiques dans les démocraties en faveur du présent.

Cela nous pousse donc à traiter les choix politiques intertemporels à travers la pertinence politique du long terme comme une variable plutôt que comme une constante.

### ***1.2. Les obstacles à l'investissement en santé publique***

Le point de départ théorique de ce chapitre est une reconceptualisation des dépenses en santé publique comme des « investissements politiques » à long terme (Jacobs 2011).

En effet, la santé publique repose en grande partie sur la prévention. De par sa nature, elle se heurte à un arbitrage intertemporel : les gouvernements doivent allouer des ressources du présent à des programmes dont les avantages se déploient le plus souvent à long terme. Ainsi, à titre d'exemple, les mesures coûteuses prises aujourd'hui pour minimiser l'exposition à un agent cancérigène connu, comme l'amiante, n'amélioreront la santé que dans des décennies en raison de la lenteur du processus qui transforme l'exposition en maladie (Magnani et al. 2008)

Plus généralement, les mesures de santé publique sont susceptibles d'avoir des retombées sociales positives  *futures*  à condition de coûts  *immédiats* , ce qui l'expose, comparativement aux autres dépenses en santé, à davantage de sous-financement et de variations (Jacques et Noël 2022; Rechel 2019; Hemenway 2010).

Les travaux récents sur la politique de l'élaboration des politiques à long terme ont analysé les conditions politiques dans lesquelles les politiciens sont capables de relever les défis futurs. Jacobs (2016) émet l'hypothèse que trois conditions sont nécessaires pour faciliter les investissements politiques à long terme: la sécurité électorale, les rendements sociaux attendus à long terme et la capacité des institutions à surmonter les groupes d'intérêt.

Cet argument se base lui-même sur d'autres études qui identifient les composantes de ces politiques qui réduisent la priorité que leur accordent les gouvernements (Achen et Bartels 2017; Cronert et Nyman 2022; Finnegan, 2019; Lindvall, 2017). Trois obstacles sont souvent cités à la mise en œuvre d'investissements à long terme : les préférences des électeurs pour des politiques qui leur profitent à court terme, un problème d'incohérence temporelle découlant de la fragilité des engagements à long terme des gouvernements et l'influence des groupes d'intérêts. En effet, si un gouvernement investit dans une politique dont les avantages ne se manifestent que dans le futur, il risque de perdre ses fonctions avant que les avantages de l'investissement ne se matérialisent. Par conséquent, cela réduit considérablement ses incitations à la mettre en œuvre.

Par ailleurs, les électeurs et les groupes d'intérêt sont eux aussi confrontés à un problème d'incohérence temporelle : ils ne sont pas en mesure de savoir si le prochain gouvernement fournira l'investissement spécifique ou choisira plutôt de le réaffecter à d'autres fins. De plus, les avantages à court terme qui découlent d'une politique ont également tendance à être plus saillants et plus faciles à conceptualiser que les résultats potentiels futurs pour les électeurs (Jacobs 2011). Devant une telle incertitude, il est difficile pour les gouvernements de réorienter les politiques publiques vers des investissements à long terme. Notre cadre théorique s'appuie sur l'ensemble de cette littérature. Il tient pour argument de base que l'opinion publique compte et peut, sous certaines conditions, devenir une force motrice importante dans la réalisation des investissements en santé publique.

Nous soutenons qu'un niveau élevé de visibilité constitue une condition nécessaire pour que l'opinion publique influence les décideurs. Nous définissons la saillance comme l'attention politique consacrée ou l'importance politique attachée à une question dans le

débat public (Behr et Iyengar 1985 ; Wlezien 2005). Si les électeurs se soucient profondément de la santé publique, ils sont également plus susceptibles de demander des comptes aux décideurs politiques sur cette question, ce qui, à son tour, renforce les incitations de ces derniers à tenir compte des demandes populaires (Soroka et Wlezien 2010). Si, en revanche, l'importance d'un tel investissement est faible, il est plus probable que d'autres acteurs - en particulier des groupes d'intérêts organisés - interviennent et fassent pression sur les décideurs politiques à la place. Cela fait allusion à la distinction centrale entre les politiques saillantes (« fortes ») et non saillantes (« silencieuses ») que Culpepper (2011) identifie.

Dépendamment de cette saillance, les partis politiques, de ce point de vue, sont beaucoup mieux avisés d'éviter la responsabilité d'une politique coûteuse que d'essayer de s'attribuer le mérite de ses avantages. Cette logique implique également que la variation de la volonté des gouvernements d'imposer des pertes découle en grande partie de la mesure dans laquelle les politiciens peuvent échapper à la responsabilité de ces coûts.

### ***1.3. La myopie électorale : entre saillance et modération***

La santé publique a longtemps été le parent pauvre des dépenses en santé. En effet, les soins curatifs - dans lesquels la plupart des ressources sont utilisées pour aider à guérir des patients individuels sont bien plus visibles et importants pour les citoyens. De ce fait, l'opinion publique est souvent sondée sur la qualité et la satisfaction des soins reçus (ICIS 2016, 2017, 2018), mais très peu de sondages interrogent les Canadiens sur la prévention ou les investissements en santé publique. La santé publique - dans laquelle la plupart des ressources sont orientées vers la prévention est plus banale, ses efforts et ses principaux acteurs sont souvent invisibles aux yeux des citoyens.

Les individus ont de nombreuses raisons de privilégier le court terme au long terme. Par exemple, l'utilité de se faire traiter pour une maladie peut paraître plus grande pour un individu comparativement à un comportement préventif qui lui recommande un changement nutritionnel sur le long terme pour éviter l'apparition d'une maladie. Par conséquent, les avantages à court terme des soins curatifs sont plus saillants et plus faciles à conceptualiser pour les électeurs, que les résultats potentiels futurs des dépenses de santé publique (Jacobs 2011).

De plus, cette orientation à long terme de la santé publique est renforcée par un biais cognitif. En effet, des recherches antérieures ont mis en évidence un certain nombre de sources potentielles d'un biais cognitif parmi les électeurs qui les rendent vulnérables à la perception des avantages qui découlent d'une politique à long terme. Étant donné que les informations sur les conditions actuelles sont généralement beaucoup plus vives et saillantes que les informations sur les conditions futures, les électeurs sont plus susceptibles d'allouer des ressources attentionnelles limitées aux premières qu'aux secondes (Jacobs 2011).

La différence dans la nature des prestations en santé entre également en compte dans l'importance qu'accorde les électeurs à chaque catégorie (Jacques et Noël 2022). La littérature sur les effets de rétroaction des politiques (*policy feedbacks*) propose que les politiques universelles qui couvrent l'ensemble de la population sont particulièrement populaires et susceptibles d'être priorisées par les gouvernements (Laenen, 2018 ; Nelson, 2007). Faisant partie de cette catégorie, les soins de santé curatifs sont le plus souvent universellement couverts et répondent à un risque influencé par le cycle de vie, dont

l'incidence concerne tous les individus, peu importe leur âge, idéologie et statut socio-économique (Wendt et al., 2010 ; Jensen et Petersen 2017).

Jensen et Petersen (2017) démontrent à ce sujet que la perception du risque de tomber malade est partagée entre les citoyens de différentes classes. Comparativement à l'assurance-chômage, les programmes de santé ont bien plus d'importance (Jensen et Petersen, 2017). En effet, l'intérêt personnel perçu plus élevé des bénéficiaires aux services de santé s'explique par la réalité biologique selon laquelle chaque citoyen est destiné à vieillir, mais pas à devenir chômeur par exemple.

*In fine*, les dépenses pour les soins curatifs correspondent à un risque influencé par le cycle de vie qui est généralement couvert par des programmes universels : cela amplifie leur visibilité sociale et comporte des conséquences politiques dont les gouvernements sont conscients.

En revanche, la santé publique est considérée comme un bien public "invisible". En effet, bien que profitant à toute la population, la prévention n'a pas d'effet immédiat et peut prendre plusieurs formes (campagne de vaccination, sensibilisation, infrastructures, etc.). Ses activités présentent des avantages diffus et ne ciblent pas un groupe social particulier. Par conséquent, de par sa conception, elle ne présente aucune délimitation claire et apparente pour la soutenir (Glied 2008). Comparativement aux soins curatifs, les individus et les gouvernements sont donc moins incités à financer les investissements de santé publique en raison principalement de l'absence de coalition sociale naturelle pour la soutenir (Tuohy et Glied, 2012 ; Jacobs et Matthews, 2012).



#### ***1.4. Les gouvernements : entre fragilité des engagements et incertitude***

Une vaste littérature sur la prise de décision au sein des gouvernements souligne que l'incertitude est une caractéristique commune des délibérations politiques en général (Garri 2010; Blyth 2002). Par ailleurs, il y a de bonnes raisons de s'attendre à ce que les problèmes de prédiction prolifèrent davantage sur des horizons temporels plus longs. Les politiques qui portent leurs fruits sur de plus longues périodes reposent généralement sur des chaînes de causalité plus étendues et plus complexes.

L'incertitude à long terme des acteurs politiques découle non seulement de la faible importance et de la complexité causale relativement élevée des investissements à long terme, mais également des caractéristiques intrinsèques des systèmes démocratiques. En effet, ces derniers génèrent une rotation des partis qui ne permet pas le maintien des préférences politiques sur un horizon temporel éloigné. De même si le gouvernement d'aujourd'hui s'engage à investir à long terme en santé publique, il n'y a aucune garantie que le gouvernement qui succédera poursuivra les efforts nécessaires.

Dans son analyse sur le choix intertemporel dans le domaine des pensions, Jacobs (2011) constate que les décisions des gouvernements à investir dans l'accumulation d'importantes réserves de retraite dépendent de manière critique de la probabilité qu'ils pensent que les futurs gouvernements pourraient détourner ces fonds vers des initiatives non liées. Les analystes de la politique du changement climatique soulignent de la même manière une incertitude massive quant à savoir si les engagements politiques pris aujourd'hui pour réduire les émissions de carbone seront maintenus suffisamment longtemps pour obtenir des avantages environnementaux futurs (Bernauer 2013 ; Hovi et al. 2009 ; Finnegan 2021).

De plus, Jacobs & Matthews (2015) rapportent des preuves d'enquêtes expérimentales selon lesquelles l'incertitude concernant les engagements politiques à long terme peut considérablement réduire le soutien aux investissements coûteux dans les biens publics.

Par ailleurs, l'éventualité d'un abandon d'une politique à long terme par un gouvernement ultérieur n'est que l'un des obstacles potentiels des gouvernements à investir en santé publique. En effet, il est possible de l'expliquer également à travers le lien entre les préférences des électeurs et le choix d'investir à long terme des gouvernements.

Dans la mesure où les électeurs perçoivent plus abstraitement et avec peu de saillance les résultats d'investissements en santé publique, les gouvernements sont incités à faire des choix politiques intertemporels biaisés vers le présent en privilégiant les dépenses en curatif - dont les résultats sont immédiats - par peur de coûts électoraux. En effet, le comportement électoral rétrospectif crée des incitations pour les gouvernements à adopter des politiques de santé dont les résultats apparaissent à courte vue.

Toutefois, le choix d'investir à long terme n'est pas déterminé uniquement par les préférences des électeurs. Jacobs (2008, 2015) suggère que nous devons repenser certaines des conceptions les plus courantes des motivations des élus - en particulier, la notion des politiciens en tant que simples « demandeurs de réélection ». Il soutient plutôt que les politiciens agissent en *maximisant* leur chance d'être élus, mais ne le font pas sans un risque substantiel de perdre quelques votes aux prochaines élections. Les partis misent alors sur la compétitivité électorale afin de déterminer le degré de faisabilité de leurs politiques.

Des récents travaux supposent qu'une moindre compétitivité électorale incite les gouvernements en place à modérer leurs positions politiques afin qu'elles s'alignent mieux sur celle de l'électeur médian et attirent ainsi une plus grande partie de l'électorat.

Lorsqu'un parti au pouvoir est plus certain d'un résultat électoral en sa faveur, il peut plutôt mettre davantage l'accent sur la mise en œuvre de ses politiques impopulaires qu'uniquement sur les préférences des électeurs (Abou-Chadi et Immergut 2019; Datta 2020; Green Pedersen 2019). En effet, les partis politiques qui font face à une faible compétitivité électorale devraient prioriser davantage les investissements à long terme puisqu'ils sont moins vulnérables et plus susceptibles de rester au pouvoir pour récolter les fruits d'un investissement à long terme (Jacobs 2016).

Quelques études se sont penchées sur l'impact de la compétitivité électorale sur les investissements à long terme. Finnegan (2019) constate que la taxation de l'essence, un indicateur des investissements dans les politiques environnementales, est plus élevée lorsque la compétitivité électorale est faible. Jacques (2021) propose que les partis politiques dans des situations électorales plus favorables doivent être encouragés à investir dans l'avenir, car ils sont moins vulnérables à l'insatisfaction des électeurs à court terme (Jacobs 2016 ; Jacques 2021a). La compétitivité électorale devrait ainsi influencer le choix d'investir en santé publique : le gouvernement dont le parti a plus de chances d'être réélu lors des prochaines élections devrait investir davantage en santé publique.

Toutefois, le récent rapport de Jacques et Noël (2022) présente en note de bas de page : « les modèles statistiques révèlent que les mesures préventives ne sont pas influencées par la compétition électorale, mesurée comme la probabilité qu'un gouvernement reste au pouvoir après la prochaine élection ». L'absence d'effet de compétitivité électorale sur le niveau des dépenses en santé publique peut être expliquée. En effet, tel que nous l'avons présenté plus haut, l'investissement en santé publique est peu saillant pour les électeurs ; les résultats et avantages futurs qui en découlent sont peu visibles comparativement aux

dépenses en curatifs. Cela implique que les mesures préventives ne sont pas prioritaires dans les agendas politiques et ne font donc pas partie des préférences politiques des partis.

### ***1.5.L'absence de groupe d'intérêt***

Un troisième obstacle est à considérer pour les politiciens lorsque l'investissement à long terme nécessite d'imposer des coûts à des secteurs bien organisés de la société. Il s'agit de prendre en compte les préférences des groupes d'intérêt notamment dans les perspectives de réélection des politiciens. À titre d'exemple, les investissements dans la protection de l'environnement concentrent fréquemment leurs coûts sur les secteurs industriels organisés et les segments organisés de la main-d'œuvre (Harrison 1996). Parmi les principales leçons de la vaste littérature sur l'élaboration d'investissements à long terme figure la difficulté politique d'imposer des pertes aux intérêts organisés : les groupes organisés sont à la fois très attentifs aux conséquences politiques qui les affectent et bien placés pour se mobiliser contre les politiques qui vont à l'encontre de leurs intérêts (Immergut 1992 ; Wilson 1980). Lorsque les politiciens adaptent leurs choix politiques aux demandes des groupes d'intérêt, cela peut avoir des implications importantes pour le calcul politique à long terme. Jacob (2016) l'explique à travers la différence d'attention que les intérêts organisés accordent aux conséquences politiques. Contrairement aux électeurs ordinaires, les dirigeants des groupes d'intérêt possèdent à la fois la motivation et les ressources analytiques nécessaires pour suivre de près les développements sociaux et politiques qui affectent le bien-être de leurs membres.

En revanche, l'investissement social engendre une logique politique différente des investissements en santé publique qui ne sont pas directement appuyés par un groupe d'électeur particulier. La santé publique constitue à ce titre une politique « silencieuse »

qui n'est pas fortement soutenue par les groupes d'intérêt ou l'opinion publique (Jacques et Noël 2022).

Les choix politiques concernant les politiques silencieuses ont tendance à refléter les demandes des groupes d'intérêts plus que ceux du public (Culpepper 2010). En revanche, contrairement à d'autres politiques silencieuses, les groupes d'intérêt influents en santé n'ont généralement pas grand-chose à gagner des investissements dans les mesures préventives puisqu'il s'agit d'un bien public dont les bénéfices se déploient à long terme. De plus, le montant d'argent investi dans la prévention demeure relativement faible. Les groupes d'intérêt portent davantage attention aux soins de santé curatifs puisque des sommes importantes sont réparties entre des groupes professionnels puissants et un réseau d'organisations.

Ainsi, alors que les autres politiques à long terme peuvent impliquer l'influence de groupes d'intérêt particulier pour influencer l'agenda des politiques, la santé publique ne reçoit pas cette même attention en raison de l'absence d'un profit visible pour les groupes d'intérêts.

### ***1.6. Conclusion***

En conclusion, les électeurs et les partis ont une préférence pour les politiques bénéfiques à court terme. Je soutiens que contrairement aux soins curatifs, l'investissement en santé publique est confronté à un arbitrage intertemporel, car les décideurs doivent actualiser les avantages à court terme pour des rendements futurs potentiellement plus élevés (Jacobs et Matthews 2017).

Ainsi, les contraintes du calendrier s'apparentent à un problème épineux : alors que le calendrier électoral oblige les politiciens à courtiser les électeurs à court terme, bon nombre

des problèmes sociaux et des ramifications politiques les plus importants se situent dans un avenir lointain.

De manière plus générale, en tant que terrain relativement inexploré, l'étude des choix politiques intertemporels offre une opportunité d'innovation théorique et de découverte empirique pour mieux expliquer les décisions des gouvernements à prioriser certaines politiques au lieu d'autres.

## **2. L'impact de l'austérité sur la santé publique**

### ***2.1. Littérature entre austérité et dépenses en santé***

La fragilité du financement en santé publique ne résulte pas uniquement de son manque de saillance auprès des décideurs politiques et électeurs ou de ses résultats à long terme ; elle provient également d'éléments conjoncturels qui la rendent davantage moins résiliente que d'autres dépenses en santé.

Parmi ces éléments, l'effet de l'austérité figure souvent dans la littérature sur les dépenses en santé (Breunig et Busemeyer 2012; Marier et Béland 2018; Jacques 2020). En effet, de nombreuses études ont été menées (Mladovsky et al. 2012; Jacques 2020; Math 2017; Stuckler et al. 2017) pour déterminer l'impact des contraintes budgétaires sur le niveau des dépenses publiques de santé.

Si bien que la définition de l'« austérité » est largement débattue, plusieurs s'accordent sur les politiques de réduction des déficits qu'elle entraîne ainsi que ses leviers d'action spécifiques tels l'augmentation des impôts et la diminution des dépenses en protection sociale qu'adoptent les gouvernements dans sa mise en œuvre (Anderson et Minneman 2014). Depuis la crise financière de 2008, les démocraties avancées se sont engagées sur

la voie de l'austérité pour tenter de maîtriser leurs finances publiques. Cette récession a été sensiblement différente des ralentissements économiques précédents. En effet, elle était, à bien des égards, plus profonde, a duré plus longtemps et a connu une reprise plus faible que les récessions précédentes telles que celles des années 1970 et 1980 (Math 2014). À cet effet, le secteur de la santé, comme plusieurs programmes de protection sociale, a été soumis à d'importantes restrictions budgétaires.

Les résultats d'une analyse menée par l'OCDE (2014) démontrent que dix pays européens de l'OCDE ont dépensé moins pour la santé en 2011 par rapport à 2009. En moyenne, pour la majorité des pays de l'OCDE, une baisse de 1 % du PIB correspondait à une baisse de 1,38 % des dépenses de santé. La Grèce (11% en 2010 et 2011) et l'Irlande (7.7% en 2010) ont connu les plus fortes baisses des dépenses de santé par habitant.

Au Canada, selon l'ICIS (2019), de 2010 à 2014 les dépenses de santé par habitant, en chiffres absolus, ont diminué à peu près de 1.5%. De plus, la croissance des dépenses de santé a été plus lente que la croissance économique comme ce fut le cas au milieu des années 1990.

Une autre étude portant sur deux décennies d'épisodes de réduction des dépenses publiques concernant 17 pays développés entre 1990 et 2007 montre que les dépenses de santé ont été affectées par plusieurs coupures (Lorach et al. 2014). Parmi les différentes catégories de dépense en santé, les personnels soignants ont également subi d'importantes baisses de salaire ce qui s'est répercuté par une baisse de l'offre des soins (Math 2017). En outre, un autre rapport conjoint de la Commission européenne et de l'OCDE (2012) fait également état de la baisse significative des politiques de prévention dans les budgets de santé. Les

coupes budgétaires dans ce domaine ont connu une baisse importante de 3,2% sur la seule année 2010.

Ainsi, la période qui a suivi la récession en 2008-2009 et les autres épisodes d'austérité se sont caractérisés par des restrictions budgétaires à plusieurs échelles, mais dont l'ampleur est variable selon les catégories de dépenses. Par ailleurs, ces périodes ont également contraint les gouvernements à faire un arbitrage difficile dans l'allocation des dépenses qui a révélé les priorités des gouvernements et la manière dont ils accommodent les préférences des différents électeurs. La difficulté de financer les programmes existants en raison du ralentissement de la croissance et de l'évolution démographique, associée à la difficulté politique d'augmenter les dépenses publiques, exerce une très forte pression sur les gouvernements pour contrôler les dépenses ou les réduire.

Partant du constat que la santé publique est un investissement à long terme, nous présenterons tout d'abord des études récentes qui mettent en lumière la plus grande vulnérabilité de ce type de dépenses publiques dans les périodes d'austérité. En deuxième lieu, nous démontrerons à travers une analyse descriptive que les périodes de restrictions budgétaires sont associées à une diminution de la part des dépenses en santé publique bien plus importantes que les dépenses en soins curatifs dans les provinces canadiennes. Il conviendra également d'établir dans quelle province cela a été plus marqué et dans le cas inverse quels mécanismes ont eu un effet amortisseur.

## ***2.2.Littérature entre austérité et investissement de long terme.***

La littérature sur les réformes de l'État-providence étudie depuis longtemps de quelle manière les gouvernements s'adaptent aux « périodes difficiles » (Pierson 1994, 2002). En



effet, la recherche s'est moins concentrée sur les raisons de la stabilité de l'État-providence que sur les formes de changement et, plus important encore, sur la capacité relative des différents régimes d'État-providence à entreprendre les réformes nécessaires, à la fois dans le contexte de mesures d'austérité permanentes qu'aux nouveaux besoins et risques associés à la transition vers une société post-industrielle.

Toujours est-il qu'après un premier diagnostic de résilience des États-providence, il a été montré que dans le sillage de la Grande Récession, les systèmes de protection sociale connaissent en fait un certain nombre d'évolutions généralement interprétées comme de nécessaires ajustements à la nouvelle donne économique par les partisans des politiques d'austérité.

Alors que de nouveaux risques sociaux alimentent de nouvelles exigences vis-à-vis de l'État-providence dont fait partie l'essor des politiques d'investissement sociale ; la marge de manœuvre financière et politique des gouvernements pour y répondre est de plus en plus limitée en raison des contraintes budgétaires.

Breunig et Busemeyer (2011) se sont intéressés spécifiquement à la manière dont l'impact des périodes d'austérité budgétaire varie selon les différents types de dépenses publiques dans les pays de l'OCDE. Ils démontrent que les dépenses discrétionnaires tel que l'investissement public sont plus durement touchées par l'austérité budgétaire que les dépenses sociales de droits (régimes de retraite et chômage) en raison de contraintes institutionnelles particulières ainsi qu'à l'engagement politique d'une grande partie de l'électorat pour le maintien de ces dernières.

Les auteurs expliquent que les politiques sont résilientes aux consolidations budgétaires lorsque les réactions des politiques génèrent un large soutien parmi les électeurs, tel qu'il

en est pour les soins de santé et les retraites. Toutefois, les politiques soumises à des arbitrages intertemporels sont moins à l'abri de l'austérité, car elles allouent les ressources d'aujourd'hui à des programmes dont les avantages ne se manifestent que dans le futur. Les investissements publics dans les soins préventifs entrent dans cette catégorie tel qu'il a été démontré dans la partie précédente. Dans l'ensemble, ces résultats concordent avec l'étude de Streeck et Mertens (2011) qui soutiennent que les choix de politique publique en période d'austérité/consolidation budgétaire sont prévisibles : les dépenses sociales demeurent préservées, tandis que les dépenses discrétionnaires se réduisent.

Ces résultats corroborent l'analyse de Jacques (2021) sur l'évolution de la composition des budgets publics dans un contexte d'austérité budgétaire qui démontre que les mesures d'austérité se traduisent par une diminution disproportionnée des investissements publics en infrastructures et en recherche et développement. En revanche, « l'austérité tend à augmenter la proportion relative des dépenses en santé et en régimes de retraite dans les budgets publics » notamment parce que les investissements à long terme diminuent encore davantage.

Par ailleurs, l'opinion publique a précisément été investiguée sur cette question. En accordant une attention particulière aux arbitrages fiscaux et budgétaires, les résultats d'une nouvelle enquête comparative sur les pays européens prouvent que les investissements sociaux sont généralement très populaires, mais dès que des contraintes budgétaires réalistes sont ajoutées, le soutien public baisse considérablement. La baisse la plus importante se produit lorsque les investissements sociaux seraient financés par des réductions des transferts sociaux plutôt que par des impôts plus élevés ou des niveaux de

dette publique plus élevés (Busemeyer et Garritzmann 2017). Cela renforce ainsi les coupures budgétaires dans les investissements publics.

Se basant sur des constats théoriques et empiriques proposés par des recherches antérieures, nous avons démontré qu'aussi bien les pressions structurelles que les contraintes politiques incitent les gouvernements à prioriser le maintien des dépenses de droits au détriment des investissements à long terme. Nous pouvons conclure que l'austérité budgétaire axée sur la croissance a eu des effets néfastes surtout les investissements de long terme (Jacques 2020). Cela vient en contradiction avec la vision de la « consolidation progressive » qui suppose que l'austérité aiderait les gouvernements à se réorienter des transferts passifs et coûteux vers davantage d'investissements dans le développement du capital humain et physique (Haffert & Mehrtens, 2015).

Suivant cet enchaînement, nous pouvons supposer qu'il y a de fortes prédispositions pour que les dépenses en prévention aient été revues à la baisse lors des différents épisodes d'austérité budgétaire dans les provinces canadiennes.

Tout d'abord, il a été démontré pour les pays européens, que la part des dépenses de santé consacrée à la santé publique a diminué dans de nombreux pays européens à la suite de la crise économique internationale de 2008 comparativement à 2015 (Rechel 2018). En effet, il semble que la santé publique était ciblée par des coupures budgétaires sévères alors que les soins curatifs ont été maintenus et même augmentés dans certains pays pendant la grande récession. Par ailleurs, d'après Gmeinder et al. (2017) cela a coïncidé en partie avec l'augmentation des dépenses de vaccination pour lutter contre l'épidémie de H1N1, qui a culminé en 2009 et a chuté par la suite.

Toutefois, n'opérant que sur un épisode de restrictions budgétaires, il est difficile de fournir un lien de corrélation entre l'austérité budgétaire et la diminution des dépenses en prévention.

Par ailleurs, un récent rapport comble cette lacune en utilisant un ensemble de données plus large, couvrant 25 pays de l'OCDE de 1970 à 2018 (Jacques et Noël 2022). Celui-ci met en évidence que les consolidations budgétaires sont négativement associées d'une part au niveau absolu de dépenses en soins préventifs et d'autre part à leur proportion par rapport aux soins curatifs. Les auteurs ajoutent une nuance dans leur analyse comparative des soins de santé en démontrant « que les systèmes de services nationaux de santé maintiennent des investissements en soins préventifs plus élevés que les systèmes d'assurance sociale ».

Ainsi, le spectre d'une médecine à deux vitesses se profile particulièrement lors de contractions économiques. En effet, par rapport aux services curatifs, tels que les soins hospitaliers et ambulatoires, la réduction de la croissance des dépenses est particulièrement prononcée pour la prévention, considérée comme un investissement à long terme.

### ***2.3. Impact de l'austérité sur les dépenses en prévention des provinces canadiennes.***

Afin de mieux quantifier l'impact de l'austérité sur la variation des dépenses en prévention au niveau des provinces canadiennes, nous analyserons les données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé qui s'assure de la comparabilité des informations fournies par les gouvernements des provinces depuis 1975.

Plus précisément, nous utilisons des données couvrant la période de 1975-2018 sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS, qui rendent compte des dépenses de santé au fil du temps, tant au niveau provincial que national (l'ensemble des juridictions). Ces données

sont élaborées chaque année à partir de divers ministères provinciaux, puis compilées et classées selon différents secteurs de la santé (hôpitaux, médicaments, médecins, santé publique, administration etc...).

Bien que ces données ne soient pas parfaitement comparables en raison notamment des défis de mesures imposés par un système de santé décentralisé mais également des différences dans la catégorisation des dépenses (Ammi et al., 2021), elles nous permettront tout de même de déceler les tendances des dépenses en santé publique dans les provinces et de mieux visualiser l'impact des pressions fiscales sur ces dernières.

Afin d'y parvenir, nous retenons la méthode de classification de Jacques et Noël (2022) des dépenses en santé curatives et préventives. La mesure de la catégorie curative inclut « les dépenses des catégories médecins, hôpitaux et médicaments ». Les auteurs excluent les catégories « autres professionnels » et « autres établissements » en raison de leurs définitions vagues et l'absence de leurs impacts directs sur la santé. La catégorie préventive quant à elle prend en compte uniquement les dépenses en santé publique. Considérant les disparités démographiques entre les provinces, ces deux catégories de dépenses sont exprimées par habitant.

### **3. Résultats**

#### ***3.1. Alberta***

L'Alberta, comme d'autres provinces, a permis une expansion progressive de son système de soins de santé des années 1970 au milieu des années 1980 grâce à un financement progressif. En effet, après son arrivée au pouvoir en tant que premier ministre en 1971, Peter Lougheed a entrepris de moderniser la province en développant des infrastructures

clés (hôpitaux, centres médicaux spécialisés en prévention), en augmentant la main-d'œuvre des professionnels de la santé et en accordant des augmentations de salaire substantielles (Church et Smith 2013).

On constate d'ailleurs que les dépenses en prévention et en dépenses curatives lors de cette période connaissaient la même croissance et étaient à des niveaux assez similaires.

Cependant, dans un revirement de fortune dramatique, les prix du pétrole et du gaz ont baissé au début des années 1980, entraînant une baisse significative des revenus tirés des ressources.

Dans un tel contexte, Klein a revigoré le parti conservateur dans les années 1990 en promettant de réduire la taille du gouvernement (Lisac 1995).

Ainsi, dès le début de son mandat, Klein entreprit l'élimination du déficit budgétaire de l'Alberta en réduisant la taille du secteur public de 22 % du PIB provincial en 1992 à seulement 12 % en 1995 (Flanagan 2009).

Considérant le secteur de la santé comme une « contrainte » à un déficit maîtrisé, le gouvernement conservateur s'est engagé à réduire les coûts de santé en procédant à d'importantes coupures budgétaires. Cela comprenait des réductions de dépenses prévues de « 734 millions de dollars (environ 18 %), passant de 4,2 milliards de dollars en 1992-1993 à 3,4 milliards de dollars en 1996-1997 » (Alberta Health 1994). L'orientation principale de cette réduction visait surtout le secteur des soins curatifs ; par exemple, « le nombre de lits d'hôpitaux avait déjà diminué de 53,5 % de 1986-1987 à 1994-1995 ; la diminution pour la même période était de 29 % au Québec, de 27,1 % en Ontario et de 30 % pour l'ensemble du Canada » (Tully et Saint-Pierre 1997).

Bien que les dépenses en prévention aient augmenté à partir de 1993, cela n'a pas été soutenu les années suivantes malgré la quantité de rhétorique placée sur la prévention dans la recherche de solutions pour une meilleure santé à des coûts plus réduits (Flanagan 2009). En définitive, les dépenses de santé sous Klein n'ont augmenté que légèrement par habitant, mais ont diminué en proportion du PIB (Hussey 2017). Ces réductions étaient si importantes que le total des coûts de santé publics et privés de l'Alberta n'a dépassé son sommet de 1993 qu'en 2001.

Ainsi, le contexte global de restrictions budgétaires au Canada entre 1993 et 1997 n'a pas favorisé l'atteinte d'un financement plus élevé en prévention en Alberta ; il l'a plutôt réduit. Par ailleurs, l'émergence du nouveau management public au cours de ces années a également contribué à cette réduction telle qu'il a été démontré dans le chapitre précédent. Lorsque le prix du pétrole et du gaz s'est redressé en 1996, les recettes publiques ont atteint des niveaux inégalés. Le gouvernement a pu équilibrer son budget au début de 1995, dans le cadre du premier mandat Klein, et enregistrer des excédents importants jusqu'à la fin de 2008. Dans ce contexte, le gouvernement a pu relever d'important défi politique en augmentant les dépenses publiques (Barrie 2004).

Ainsi, à partir de 1997, les dépenses en prévention ont connu une hausse fulgurante qui a excédé la croissance des dépenses en curatives par habitant jusqu'en 2009. Cela s'explique en partie par l'adoption de la loi 20 de 1994 qui a inauguré la première réorganisation du système de santé de la province. En effet, ce changement organisationnel de la prestation des services de santé visait à créer 17 régions régionales de la santé plus intégrées avec une plus grande capacité à coordonner un continuum de services de la prévention au traitement et à la réadaptation. L'objectif était axé sur le transfert de responsabilité vers les

collectivités tout en déplaçant l'accent du curatif vers la prévention et la santé des populations (Musto et al. 2020).

Le pic atteint au début des années 2008 revient à la campagne de vaccination massive contre la grippe H1N1. En effet, les dépenses occasionnées par cette pandémie englobent différents éléments tels que « le coût des vaccins, le soutien des activités liées à la vaccination, les activités de promotion et de communication ou le financement des projets d'évaluation » (Alberta Health Services 2010).

Toutefois, le contexte économique de 2009 a entraîné une réduction de 20 % des dépenses en prévention par rapport à l'année précédente (University of Alberta 2020). En effet, la baisse du prix du pétrole et la récession économique globale qui a touché les économies des provinces ont amplifié les mesures d'austérité menées par les gouvernements conservateurs successifs jusqu'à l'élection du nouveau parti démocrate en 2015. La prévention n'a pas été épargnée par les nombreuses coupures budgétaires.

Après quatre décennies de pouvoir des conservateurs, le gouvernement du NPD (2015-2018) a adopté une approche bien différente de celle des conservateurs pour les dépenses en santé en contenant les coûts sans effectuer des coupures drastiques dans les services de santé. En effet, un certain nombre de réformes, tels que l'augmentation « des soins à domicile et des soins de longue durée ont été menés pour réduire les séjours à l'hôpital ». Cela a permis de réduire l'augmentation annuelle des dépenses de santé de 4% à 3.5%.

Par ailleurs, Hoffman, ministre de la santé de 2015 à 2019 a déclaré que les efforts de son gouvernement pour « fléchir la courbe des coûts » des dépenses de santé au fil du temps se concentrent particulièrement sur trois grandes dépenses : les médecins, les hôpitaux et les médicaments (Gerein 2015).



Toutefois, selon Church (2017) cette stratégie n'a pas été conduite efficacement par le gouvernement NPD. En effet, selon lui, un financement plus important en prévention aurait réduit les coûts en santé tout en améliorant la santé globale des citoyens. Cependant, on constate que la santé publique a été reléguée au second rang étant donné la modeste augmentation des dépenses dans cette catégorie.

En somme, le NPD a adopté une approche bien différente de celle des conservateurs dans le dossier de la santé en contenant les coûts sans affecter négativement les services de première ligne. Toutefois, cette impulsion à elle seule n'a pas suffi à renforcer suffisamment la dynamique générale de santé publique. En effet, contrairement au récit politique dominant, le mandat du NPD ne s'est pas traduit dans les faits par un financement soutenu de la prévention à la hauteur des enjeux. Cela valide notre cadre théorique qui démontre l'absence d'effet partisan dans la variation des dépenses préventives.

### ***3.2. Ontario***

Malgré les différentes orientations politiques qui ont gouverné la province de 1975 à 2018, l'Ontario se distingue des autres provinces par la hausse la plus accélérée et stable des dépenses en santé publique au cours de cette période.

L'Ontario a été une province dominée par la succession de gouvernements conservateurs (depuis 1943) jusqu'à l'élection du gouvernement libérale en 1985 puis de la victoire du Nouveau parti démocratique en 1990.

Ancré dans un contexte économique favorable, le dernier mandat conservateur de Millar (1985) a permis des augmentations importantes des dépenses de santé (10.8%) ainsi qu'une croissance annuelle moyenne des médicaments de 17% et de 13% pour la santé publique.

La hausse du niveau des dépenses prévention s'est maintenu jusqu'en 1990 grâce à la fois à la priorité accordée par les différents ministères de la santé à la prévention qu'à la nouvelle organisation des services de santé publique. En effet, la province est passée en 1990 d'un système fragmenté à un système de 42 unités de santé publique et d'une infrastructure provinciale pour soutenir l'effort préventif au niveau local et assurer la prestation des programmes et services obligatoires.

En gagnant les élections de 1990, le NPD souhaitait poursuivre cette tendance en présentant dès le début de son mandat, un programme social et économique progressiste mettant l'accent sur les investissements dans les services sociaux, l'éducation et les soins de santé. Toutefois, la récession économique de 1990 n'a pas permis l'atteinte d'un tel objectif et a contraint le gouvernement Rae à se concentrer beaucoup plus sur la réduction du déficit que sur l'expansion des dépenses publiques (Fairbrother 2003). En mai 1993, le NPD a présenté un budget qui réduisait les dépenses de 7 % dans le but de réduire le déficit public. Les coupes comprenaient des limites sur le financement des services hospitaliers, des écoles et sur les transferts aux municipalités.

De 1993 à 1995, les dépenses de soins de santé ont atteint en moyenne un maigre 0,6 % par an. Les dépenses en prévention (9,8 %) et en médicaments (5,4 %) ont ralenti mais sont restées élevées au cours de cette période.

Les niveaux élevés d'opposition des entreprises au gouvernement de Rae, combinés à l'adoption de nombreuses coupures budgétaires n'ont pas été à la faveur du NPD lors des élections de 1995 (Panitch et Swartz 2003). Au contraire, cela a bénéficié aux

conservateurs qui présentaient, sous le slogan de la « Révolution du bon sens » une manière plus efficace de gérer les dépenses publiques et d'éliminer le déficit budgétaire.

Ainsi, dès sa victoire en 1995, le gouvernement Harris a signalé la mise en oeuvre de l'orthodoxie néolibérale à travers principalement la réduction d'impôts, la « rationalisation » des dépenses publiques et un rôle « résiduel » de l'État.

Pour y parvenir, Harris a agi avec pragmatisme en transférant la responsabilité du financement à hauteur de 50% des services de santé publique de la province aux administrations municipales en 1999. Cela lui a évité de mener des coupures drastiques en santé et d'échapper à la responsabilité d'un financement adéquat en santé publique. Toutefois, l'association provinciale des unités de santé a estimé que les unités de santé publique de la province dépensaient considérablement moins que le montant nécessaire pour maintenir leurs « programmes de base ». De plus, selon le *Globe and Mail* les transferts provinciaux aux unités de santé publique avaient chuté à 201 millions de dollars pour l'exercice 2002-2003, comparativement à 254 millions de dollars pour l'exercice 1999-2000 (Mackie et Campbell 2003).

Il faut également noter que le contexte économique de la fin des années 1990 et du début des années 2000 était bien plus favorable que la période qui précède, ce qui a permis aux dépenses publiques de reprendre. Cette fois, la progression des dépenses en santé atteignait 8% et été complétée par des gains dans les dépenses préventives de 9,7 % de 1996 à 2005. Par ailleurs, ce résultat est à nuancer étant donné qu'il comprend la crise du SRAS de 2003 qui amené à une hausse considérable des dépenses en prévention.

Succédant au parti conservateur d'Ernie Eves, les libéraux ont mis fin en 2004 à la formule partagée de financement entre les municipalités et les provinces en revenant progressivement à l'ancien niveau de contribution obligatoire de 75 % aux programmes de santé publique.

Ainsi, malgré la grande récession de 2008, les dépenses de santé publique ont augmenté de 5,8 % au cours de 2010-2014 notamment grâce à un financement plus adéquat de la province. Cette hausse demeure toutefois plus faible que celle observée dans la période 1996-2005.

Enfin, l'adoption de l'*Ontario's Patients First Act* en 2016 par le gouvernement libéral de Wynne a favorisé la croissance des dépenses en prévention jusqu'en 2018. En intégrant la santé publique dans les RLISS, cela a donné un nouvel élan à la prévention qui pouvait à présent émettre des directives de politique.

### ***3.3. Québec***

Le Québec se distingue comme étant la province la moins engagée envers la santé publique. Cela s'observe tant par son faible niveau des dépenses que par la croissance anémique de son financement. De plus, bien que l'écart entre les dépenses curatives et préventives ait persisté au fil des années, c'est entre 2003 et 2018 qu'il s'est le plus accentué.

Bien que l'établissement des CLSC au début des années 1980 a donné une impulsion aux dépenses en santé publique, cela s'est rapidement escompté dans la fin des années 80.

Tout d'abord, ancré dans les préceptes du nouveau management public, le gouvernement libéral a adopté en 1990 une stratégie visant à « améliorer la compétitivité, sur les plans

nationaux des secteurs lucratifs de l'économie québécoise en réduisant au niveau le plus bas possible les dépenses gouvernementales » (Mayer 2002). Tel que nous l'avons analysé dans le chapitre précédent, cela a été la première étape à la remise en cause progressive des CLSC qui assument une mission préventive au sein du réseau.

Par la suite, l'importante récession qui sévit au cours de cette période a également marqué un fort ralentissement des dépenses en santé et services sociaux. Après avoir atteint un sommet de « 4,1 % supérieur à l'inflation en 1990-1991, la croissance réelle des dépenses de santé et de services sociaux a ralenti jusqu'en 1994-1995 », tout en demeurant positive. En effet, alors que la situation des finances publiques est critique et l'endettement élevé, le parti québécois entreprend un assainissement de ses finances avec des compressions majeures du réseau de la santé en 1995. S'enclenche aussitôt le virage ambulatoire du réseau québécois, soit une « une vaste opération visant à diminuer le recours à l'hospitalisation et à favoriser une prestation de services plus efficiente ».

Ces mesures de compressions budgétaires se sont traduites par des taux de réduction réels des dépenses « pendant deux années consécutives, soit de -1,3 % en 1995- 1996 et de -3,1 % en 1996-1997 » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2000). Au niveau des dépenses préventives, on observe également un ralentissement des dépenses de 1986 à 1990 puis une diminution de -1,2% de 1991 à 1997.

Si bien que la *Loi sur la santé publique*<sup>6</sup> de décembre 2001 a démontré la volonté du gouvernement péquiste à mettre l'accent sur la prévention; ses effets n'ont pas été consolidés les années suivantes.

En effet, tel que présenté plus haut, la réingénierie de l'État entamée par le gouvernement Charest en 2003, inspirée par les concepts de la « nouvelle gestion publique » a conduit à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux dont le but implicite est sans contredit la réduction des dépenses en santé. En effet, en fusionnant les différents établissements (CLSC, CHSLD et CH), le gouvernement souhaitait « concentrer le pouvoir en termes de financement et de prises de décisions aux mains des gestionnaires des hôpitaux » (Bourque et Quesnel-Vallée 2014).

Aggravée par la grande récession de 2008, « la croissance annuelle moyenne des dépenses totales en soins de santé au Québec a été limitée à seulement 3,3 % de 2010 à 2014 ». Les politiques d'austérité ont également mené à la réduction des dépenses en prévention (-0,1 %).

L'élection du parti libéral en 2014 à la tête duquel on trouve le maître d'œuvre de cette nouvelle organisation, Philippe Couillard, s'inscrit dans le sens de la réforme de 2003 en poussant plus loin le NMP pour restreindre les dépenses. En effet, le projet de loi 10 déposé en 2014 a modifié en profondeur la gouvernance et la structure du réseau à travers la création de CISSS. En souhaitant « alléger le fardeau des dépenses en santé », le gouvernement libéral a conduit « des coupures budgétaires qui « équivalaient au tiers du budget de la santé publique » (Caillou 2020).

---

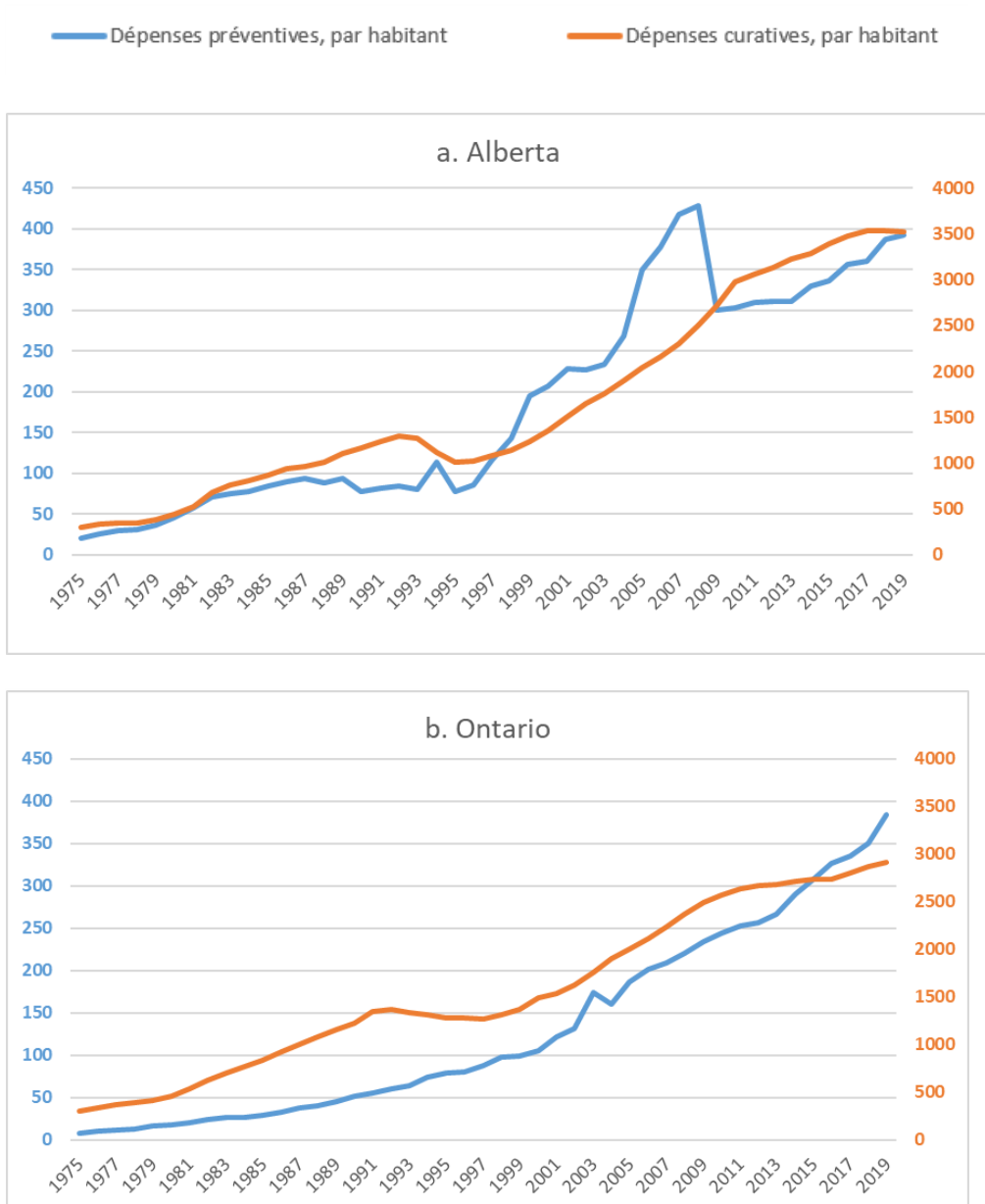
<sup>6</sup> Le gouvernement péquiste a franchi un pas vers la reconnaissance de l'évaluation d'impact sur la santé en adoptant la *Loi sur la santé publique* (Québec, 2001). L'une des particularités de cette loi est d'intégrer les différentes fonctions de santé publique, dont la prévention (Gagnon et al. 2008).

Selon une étude du CIRANO (2021) parmi les programmes de services, la santé publique est le programme qui a vu « la plus faible augmentation de ses dépenses entre 2004 et 2019 avec une croissance de 32,2 % ». À l'opposé, les dépenses en soins curatifs ont subi une augmentation de 62%. De plus, selon les chercheurs de cette étude, les coupures à hauteur de 30 % dans les dépenses de santé publique qui ont suivi la loi 10 n'apparaissent pas clairement dans les résultats.

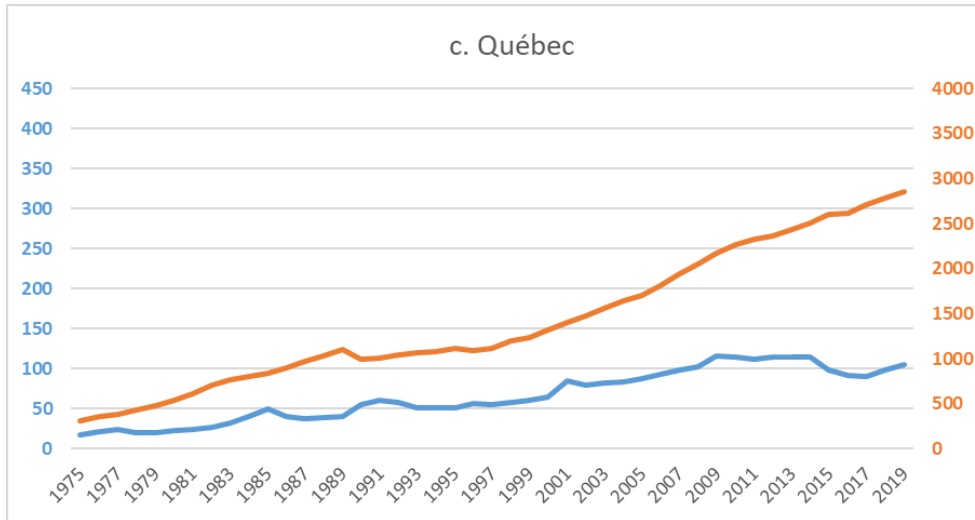
Par ailleurs, Fiset-Laniel et al. (2020) ont également analysé les budgets en santé publique du Québec de 2004-2005 jusqu'à 2017-2018. Les résultats de l'étude démontrent que les budgets d'autres programmes assurant des services directs ou des services sociaux « ont augmenté de 81 % pendant cette période, tandis que les budgets en santé publique ont augmenté de 46 % et seulement de 17 % en tenant compte de l'inflation ». Les auteurs notent que la période 2015-2016 en particulier a été marquée par des coupures de 33 % pour les unités budgétaires régionales en santé publique.

Ainsi, le secteur de la santé publique au Québec a subi une érosion significative de sa capacité à renforcer la santé de sa population en raison des l'application de principes de gestion issus du NMP qui ont accentués les politiques d'austérité menées lors de périodes économiques difficiles.

**Figure 4 a-c : Évolution des dépenses préventives et curatives, de 1975 à 2018.**







Source : ICIS (2018) Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018.

#### 4. Conclusion

De fait, l'analyse de l'évolution des dépenses de santé de 1975 à 2018, et de leur composition, nous permet de valider l'hypothèse selon laquelle en tant qu'investissement à long terme, les dépenses en santé publique dans les provinces canadiennes ont été plus vulnérables aux politiques d'austérité et aux coupures budgétaires.

Aussi bien la crise économique du milieu des années 90 que la Grande récession de 2008 ont été utilisées par les provinces pour mettre en œuvre des politiques d'austérité et prôner l'application de mesures d'assainissement budgétaire. La rhétorique d'optimisation des finances publiques a de manière générale ralenti la croissance des dépenses préventives dans les trois provinces à l'étude.

On constate toutefois que cet effet a été plus marqué au Québec; particulièrement lors des deux derniers mandats libéraux de Charest et Couillard. En effet, les réformes de l'organisation du système de santé et les coupures budgétaires en prévention sous ces

gouvernements s'appuient avant tout sur des règles technocratiques qui se conforment aux règles du NMP et qui calquent sur le secteur public le modèle gestionnaire du privé. L'argument fondamental justifiant ces politiques d'austérité a reposé essentiellement sur l'état supposé désastreux des finances publiques et la nécessité d'agir pour redresser la situation.

Nous supposons que la politique des choix « difficiles, mais nécessaires » pour la viabilité des finances publiques a été davantage utilisée par les gouvernements au Québec même lorsque le contexte économique ne l'imposait pas. Cela pourrait s'expliquer en partie par une adoption plus marquée du nouveau management public au Québec qu'en Ontario et en Alberta tel que le laisse paraître notre analyse sur l'organisation des systèmes de santé.

Cette explication reste toutefois hypothétique étant donné qu'elle dépasse le cadre de notre étude. Les considérations politiques et historiques sur cette question méritent toutefois de faire l'objet d'une recherche antérieure.

Par ailleurs, l'analyse de nos résultats démontre la solidité de notre cadre théorique qui exclut l'interaction d'un effet partisan sur le financement des dépenses préventives. En effet, aussi bien les gouvernements de gauche que de droite ont imposé des politiques d'austérité qui ont impacté les dépenses en prévention dans les trois provinces.

En conclusion, au-delà des sacrifices exigés des citoyens, les politiques d'austérité se sont révélées économiquement contre-productives. En effet, plusieurs études (Arcà et al 2009 ; Stuckler et al. 2017) démontrent que les coupures en santé publique augmentent les cas de morbidité et touchent particulièrement les personnes les plus vulnérables (Macdonald et Morgan 2021).

Il convient donc de construire un nouveau modèle économique et social du système de santé qui dépasse les considérations politiques et les aléas économiques et qui implique plutôt la valorisation des investissements à long terme comme la prévention.

## **Conclusion**

En proposant un cadre formel pour démystifier les dynamiques politiques et financières sous-jacentes à la prise de décision des gouvernements en matière d'investissement en santé préventive, ce mémoire répond à la question suivante: comment expliquer la taille et les variations des dépenses publiques provinciales canadiennes en prévention de 1975 à 2018?

Dans un premier temps, cette recherche s'est intéressée à l'organisation du système de santé dans son ensemble en étudiant sa progression au gré des réformes politiques et structurelles dans le temps. La variation des dépenses en prévention a été abordée sous cet angle dans la mesure où la structure organisationnelle modifie radicalement le fonctionnement et les fondements mêmes des systèmes de santé.

En tant que processus évolutif, la réorganisation commune des systèmes de santé des trois provinces à la fin des années 90 a permis d'identifier les forces et idées politiques qui ont fragilisé la réorientation des systèmes vers davantage de prévention. Ainsi, l'analyse des points de rupture révèle clairement que l'émergence du nouveau management public (NMP) dans les années 1990 a globalement contribué à la diminution de l'intérêt accordé à la prévention. Malgré les orientations différentes qu'ont prises les réformes, les transformations des systèmes de santé des provinces conduites par les partisans du NMP ont été essentiellement motivées par la réduction des coûts en santé. À cet égard, force est de constater que le contexte économique a souvent été utilisé pour promouvoir une série de valeurs, de stratégies et de méthodes dont la mise en œuvre traduirait la volonté de tenir

les promesses d'un secteur de santé moins dépensier, plus productif et plus performant qu'auparavant.

Les principaux instruments du NMP qui ont conduit au délestage de la prévention sont la décentralisation des services de santé à de nouvelles instances, la gestion par résultats de la livraison des services santé, la reddition de compte centrée sur les citoyens en tant clients, la privatisation du réseau de santé (dans le cas du Québec) et enfin la mise en concurrence des établissements de santé à l'accès aux ressources financières.

Tel que le démontre l'analyse qualitative des provinces canadiennes, à travers l'application de ces outils, les réformes de santé se sont centrées sur la recherche d'une efficacité accrue des dépenses en santé, ce qui a limité le développement de la santé publique. Cela corrobore la première hypothèse retenue dans cette recherche.

*In fine*, contrairement à ce qu'avance le NMP, l'idée que les réformes de l'État ne sont qu'un exercice managérial technique d'amélioration des façons de faire requis par des impératifs économiques, d'efficacité et d'efficacité s'avère réfutable selon l'analyse conduite. Le NMP a en effet une dimension politique qui a transformé le fonctionnement interne et les orientations des systèmes de santé, influençant, par le fait même, la capacité des systèmes de santé à répondre à de nouveaux besoins sociaux.

Dans un deuxième temps, le dernier chapitre du mémoire énonce les éléments conjoncturels et structurels financiers qui participent à la variation des dépenses en santé publique. En considérant le financement en santé publique comme un investissement à long terme, il a été démontré que les dépenses préventives ne sont pas aussi largement soutenues et constituent des investissements à long terme discrets avec peu d'appuis dans la société. Cela implique, du point de vue financier, que ce type de dépenses est plus propice aux

coups budgétaires, surtout en période de récession et de crise économique. L'analyse descriptive des dépenses en santé dans les provinces canadiennes a permis ainsi de valider la seconde hypothèse de ce mémoire.

Dans l'ensemble, ce mémoire nous permet d'apporter une réflexion plus approfondie sur les systèmes de santé. En santé comme dans les autres services assumés par l'État, les idées politiques qui dominent la gouvernance sont importantes à prendre en compte puisqu'elles modifient le rapport de la population aux services publics.

Les expériences passées et présentes exposent les limites de l'application des techniques managériales dans les services publics et sa rigidité à répondre aux besoins de santé des citoyens. Il est donc impératif qu'au-delà des enjeux économiques et d'efficacité organisationnelle auxquels les réformes de santé tentent d'apporter une réponse, il faut aussi considérer ses coûts en termes d'imputabilité, de légitimité démocratique et d'équité sociale.

### 1.1 Contributions :

À ce jour, il existe très peu de recherches en science politique sur le financement de la santé publique et plus particulièrement au Canada. L'analyse des causes des variations des niveaux de financement de la santé publique dans les provinces canadiennes au fil du temps n'a pas été explorée. À notre connaissance, la récente étude de Jacques et Noël (2022) qui développe une théorie de la priorisation des dépenses de santé dans les provinces canadiennes et pays de l'OCDE en est une exception.

La plupart des recherches approfondies sur l'organisation des systèmes de soins de santé se concentrent sur la structure des soins de santé. Peu de personnes se sont intéressées à l'analyse des réformes du système de santé dans la perspective plus large de l'analyse des politiques publiques. Ceci est notre première contribution.

Puisqu'il existe peu d'études sur la santé publique, ce mémoire s'appuie sur la littérature sur l'effet du NMP dans l'organisation des systèmes de santé pour développer la première hypothèse. Bien qu'il existe des discussions approfondies sur l'impact délétère du NMP (Verbeeten 2008; Sulkowski et Lewandowski 2018 ; Gieske et al. 2020), il n'existe pas de recherche ayant tenté d'analyser le lien entre les changements liés au NMP et la baisse du financement en santé publique au Canada. C'est notre deuxième contribution.

Enfin, en concevant la santé publique comme un investissement à long terme, nous contribuons à la recherche en saisissant mieux la priorité qu'accordent les gouvernements aux différentes catégories des dépenses en santé.

## 1.2. Pistes et limites :

Étant donné qu'il s'agit d'un sujet très peu exploré, ce mémoire repose sur une large compilation d'informations à plusieurs niveaux. Le chapitre sur l'organisation des systèmes de santé a été constitué en grande partie sur différentes sources secondaires et primaires qui ne constituent pas dans leur ensemble une revue systématique formelle. L'analyse organisationnelle de l'Alberta a été moins complète que celles des autres provinces en raison d'un manque de données qualitatives. Cela constitue la première limite de ce travail.

Par ailleurs, ce mémoire a analysé la variation des dépenses préventives dans le temps sans s'attarder davantage sur les différences entre provinces dans nos résultats. Cela constitue la seconde limite de ce travail, mais offre également une future piste de recherche.

Par ailleurs, un examen détaillé du rôle d'autres acteurs en matière de santé publique dépassait la portée de ce projet et devrait constituer une priorité pour les travaux futurs.

En effet, la littérature sur l'influence des groupes d'intérêt en santé a souvent été dominée par des organisations de consommateurs et de patients, qui peuvent avoir tendance à se concentrer sur les soins de santé et les services de traitement plutôt que sur la santé publique (Baggott et Jones 2011), ou encore sur les groupes d'intérêt de l'industrie, tels que ceux du tabac et de l'alcool, qui peuvent être menacés par les initiatives de santé publique (Orton et al. 2011; Oliver 2006; Rafuse 1993). Ces groupes d'intérêt, en faisant la promotion de leurs initiatives préférées, peuvent influencer les décisions politiques malgré les preuves à l'appui des interventions de santé publique. Par ailleurs, les médecins peuvent également jouer un rôle crucial dans la détermination même de l'allocation et de l'utilisation des ressources dans les systèmes de santé et dans la formation des capacités à renouveler les orientations politiques et les modèles de soins (Denis et Van Gestel, 2016). En effet, les médecins non seulement réagissent ou s'adaptent, mais façonnent également les réformes, notamment par le biais d'un travail institutionnel au sein des organisations de santé. Les professionnels sont ainsi considérés comme des acteurs clés du changement social grâce à leur position prépondérante et puissante sur le terrain (DiMaggio et Powell 1983 ; Denis et al. 2016). L'analyse du rôle de ses acteurs pourrait compléter les résultats de ce mémoire.





## Bibliographie

- Antonia Maioni Originellement publié sur le site Web d'Options politiques mai and 2010. "Health Care Funding: Needs and Reality." Policy Options. Accessed August 27, 2022. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/the-fault-lines-of-federalism/health-care-funding-needs-and-reality/>.
- Abord de Chatillon, Emmanuel, and Céline Desmarais. "Le Nouveau Management Public est-il pathogène?" *Management international / International Management / Gestión Internacional* 16, no. 3 (2012): 10–24. <https://doi.org/10.7202/1011413ar>.
- Abou-Chadi, Tarik, and Markus Wagner. "The Electoral Appeal of Party Strategies in Postindustrial Societies: When Can the Mainstream Left Succeed?" *The Journal of Politics* 81 (July 16, 2019): 000–000. <https://doi.org/10.1086/704436>.
- Achen, Christopher H., and Larry M. Bartels. *Democracy for Realists: Why Elections Do Not Produce Responsive Government*. Princeton University Press, 2017. <https://doi.org/10.1515/9781400888740>.
- Alesina, Alberto, Carlo Favero, and Francesco Giavazzi. *Austerity: When It Works and When It Doesn't*. Princeton University Press, 2019. <https://doi.org/10.2307/j.ctvc77f4b>.
- Alesina, Favero, and Giavazzi. *Austerity: When It Works and When It Doesn't*, 2019. <https://press.princeton.edu/books/ebook/9780691185019/austerity>.
- Ammi, Mehdi, Emmanuelle Arpin, and Sara Allin. "Interpreting Forty-Three-Year Trends of Expenditures on Public Health in Canada: Long-Run Trends, Temporal Periods, and Data Differences." *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 125, no. 12 (December 2021): 1557–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.004>.
- Anderson, Barry, and Elizabeth Minneman. "The Abuse and Misuse of the Term 'Austerity' Implications for OECD Countries." *OECD Journal on Budgeting* 14, no. 1 (December 22, 2014): 109–22. <https://doi.org/10.1787/budget-14-5jxrmdxc6sq1>.
- Anne, Plourde. "Des CLSC aux GMF." Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2016. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/des-clsc-aux-gmf/>.
- . "Échec des CLSC ou abandon du ministère de la Santé et des Services sociaux?" *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques* (blog), 2016. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/echec-des-clsc-ou-abandon-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux/>.

- Arsenault, Gabriel. *L'économie sociale au Québec: Une perspective politique*. PUQ, 2018.
- Baillargeon. "L'oeuvre Inachevée de Claude Castonguay | Le Devoir," 2020. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/591664/sante-l-oeuvre-inachevee-de-claude-castonguay>.
- Bali, Azad Singh, Alex Jingwei He, and M Ramesh. "Health Policy and COVID-19: Path Dependency and Trajectory." *Policy and Society* 41, no. 1 (January 1, 2022): 83–95. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab014>.
- Bastien, Morel, and Parenteau. "1 MILLIARD DE PLUS PAR AN POUR LA SANTÉ PUBLIQUE." ASPQ, 2022. [https://consultations.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2022-2023/memoires/Memoire\\_Association\\_pour\\_la\\_sante\\_publicue\\_du\\_Quebec ASP Q.pdf](https://consultations.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2022-2023/memoires/Memoire_Association_pour_la_sante_publicue_du_Quebec ASP Q.pdf).
- Béland, Daniel, Michael J. Prince, and R. Kent Weaver. "From Retrenchment to Selective Social Policy Expansion: The Politics of Federal Cash Benefits in Canada." *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique* 54, no. 4 (December 2021): 809–29. <https://doi.org/10.1017/S0008423921000524>.
- Bélanger, Jean-Pierre. "De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec." *Service social* 41, no. 2 (1992): 49–70. <https://doi.org/10.7202/706569ar>.
- Belelieu, Andre. "The End of a 'Revolution?' The 2003 Ontario Provincial Election," n.d., 7.
- Bernard, Paul, and Sébastien Saint-Arnaud. "Du pareil au même ? La position des quatre principales provinces canadiennes dans l'univers des régimes providentiels," n.d., 31.
- Bernier, Luc, Guy Lachapelle, and Stéphane Paquin, eds. *L'analyse des politiques publiques. L'analyse des politiques publiques*. Paramètres. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2018. <http://books.openedition.org/pum/6249>.
- , eds. *L'analyse des politiques publiques. L'analyse des politiques publiques*. Paramètres. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2018. <http://books.openedition.org/pum/6249>.
- Bernier, Nicole F. "Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization." *Journal of Public Health Policy* 27, no. 1 (2006): 22–37.
- "Better Healthcare for Albertans," 2017. [https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/2017\\_-\\_Better\\_Healthcare\\_for\\_Albertans\\_Research\\_Material\\_-\\_May\\_2017\\_qWLNsvc.pdf](https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/2017_-_Better_Healthcare_for_Albertans_Research_Material_-_May_2017_qWLNsvc.pdf).

- Bielska, Iwona A., Ashley C. Drobot, Mackenzie Moir, Robert O. Nartowski, Raymond Lee, Julia Lukewich, and Mark K. Lukewich. "Public Health in Canada: An Overview." *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015, no. Tom 13 Numer 2 (November 20, 2015): 165–79. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.15.017.4320>.
- Bizard, Frédéric. "Investir sur « les capacités » des individus et sur les technologies innovantes en santé." In *Politique de santé : réussir le changement*, 183–96. Santé Social. Paris: Dunod, 2015. <https://www.cairn.info/politique-de-sante-reussir-le-changement--9782100730841-p-183.htm>.
- Black, Martha, and Katherine Fierlbeck. "Whatever Happened to Regionalization? The Curious Case of Nova Scotia." *Canadian Public Administration* 49, no. 4 (December 22, 2006): 506–27.
- Bolduc, François. "L'évolution de la représentation qu'ont les gestionnaires de santé de leur travail : les impacts de la réforme québécoise de 2003." *Gestion et management public* 2/4, no. 2 (2014): 5–20. <https://doi.org/10.3917/gmp.024.0005>.
- . "L'évolution de la représentation qu'ont les gestionnaires de santé de leur travail : les impacts de la réforme québécoise de 2003." *Gestion et management public* 2/4, no. 2 (2014): 5–20. <https://doi.org/10.3917/gmp.024.0005>.
- Bolduc, Nathalie. *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux: avis*. Québec: Conseil de la santé et du bien-être Québec, 2003.
- . *L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux: avis*. Québec: Conseil de la santé et du bien-être Québec, 2003.
- Bonoli, Giuliano, and Bruno Palier. "How do welfare states change? Institutions and their impact on the politics of welfare state reform in Western Europe." *European Review* 8, no. 3 (July 2000): 333–52. <https://doi.org/10.1017/S1062798700004944>.
- Boston, Jonathan, and Thomas Stuart. "Protecting the Rights of Future Generations: Are Constitutional Mechanisms an Answer." *Policy Quarterly* 11, no. 2 (May 1, 2015). <https://doi.org/10.26686/pq.v11i2.4536>.
- Bouckaert, Geert. "Public Management Reform: A Comparative Analysis," January 1, 2000. [https://www.academia.edu/13068747/Public\\_Management\\_Reform\\_A\\_Comparative\\_Analysis](https://www.academia.edu/13068747/Public_Management_Reform_A_Comparative_Analysis).
- Bourque, Denis. *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec: Communication dans le cadre du*

- colloque européen (CEFUTS) - Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009.* Gatineau, Qué.: Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, 2009.
- Bourque, Josée Grenier Mélanie. "L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec," n.d., 148.
- Bourque, Mélanie. "Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni." *Revue Gouvernance* 4, no. 1 (March 6, 2017). <https://doi.org/10.7202/1039117ar>.
- . *Les Services Sociaux à l'ère Managériale*. Presses de l'Université Laval, 2018. <https://muse.jhu.edu/book/71436>.
- Bourque, Melanie, and Amélie Quesnel-Vallée. "Intégrer Les Soins de Santé et Les Services Sociaux Du Québec : La Réforme Couillard de 2003." *Health Reform Observer – Observatoire Des Réformes de Santé* 2, no. 2 (May 24, 2014). <https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>.
- Boyd, Jamie M., Melissa L. Potestio, and Laura McDougall. "Population and Public Health." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 191, no. Suppl 1 (December 2019): S42–43. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190601>.
- Boyer. "L'Observateur - Le Modèle Kaiser Permanente Comme Fondement de La Réforme Du Système Québécois de La Santé et Des Services Sociaux : Que Faut-Il En Retenir? - La Revue - UQTR." Accessed August 29, 2022. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=357&owa\\_no\\_fiche=233](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=357&owa_no_fiche=233).
- Bozzini, Luciano, and Jacques Bourgault. "La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec." *Service social* 41, no. 2 (1992): 87–114. <https://doi.org/10.7202/706571ar>.
- . "La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec." *Service social* 41, no. 2 (1992): 87–114. <https://doi.org/10.7202/706571ar>.
- Breunig, Christian, and Marius R. Busemeyer. "Fiscal Austerity and the Trade-off between Public Investment and Social Spending." *Journal of European Public Policy* 19, no. 6 (August 1, 2012): 921–38. <https://doi.org/10.1080/13501763.2011.614158>.
- Buisson. "Les Cliniques Populaires vs Les CLSC. Une Lutte Démocratique - Revue À Bâbord!" 2018. <https://www.ababord.org/Les-cliniques-populaires-vs-les-CLSC-Une-lutte-democratique>.

- Busemeyer, Marius R., Julian L. Garritzmann, and Erik Neimanns. *A Loud but Noisy Signal?: Public Opinion and Education Reform in Western Europe*. Cambridge University Press, 2020.
- . *A Loud but Noisy Signal?: Public Opinion and Education Reform in Western Europe*. Cambridge University Press, 2020.
- Cambon, Linda, Patrick Castel, Jean-Pierre Couteron, Laurent El Ghozi, Laurent Gerbaud, Vincent Girard, Daniel Habold, et al. “Passer d’une politique de santé publique à une santé publique politique : proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique.” *Santé Publique* 34, no. 1 (2022): 5–8. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0005>.
- Canada, Senate of. “Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (39th Parliament, 2nd Session).” SenCanada. Accessed August 29, 2022. <https://sencanada.ca/en/committees/soci/>.
- Canadienne, Martin Ouellet, La Presse. “Québec examine la possibilité de sous-traiter des services publics.” *L’actualité*, October 28, 2014. <https://lactualite.com/actualites/quebec-canada/quebec-examine-la-possibilite-de-sous-traiter-des-services-publics/>.
- Casebeer, Ann. “Regionalizing Canadian Healthcare: The Good - The Bad - The Ugly.” *HealthcarePapers* 5, no. 1 (July 15, 2004). <https://www.longwoods.com/content/16845/healthcarepapers/regionalizing-canadian-healthcare-the-good-the-bad-the-ugly>.
- Champagne, Clara, and Jean-Louis Denis. “L’organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique,” n.d., 40.
- Chessie, Kelly. “HEALTH SYSTEM REGIONALIZATION IN CANADA’S PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH SYSTEMS: DO CITIZEN GOVERNANCE BOARDS REPRESENT, ENGAGE, AND EMPOWER?” *International Journal of Health Services* 39, no. 4 (2009): 705–24.
- Church, John, and Paul Barker. “Regionalization of Health Services in Canada: A Critical Perspective.” *International Journal of Health Services* 28, no. 3 (July 1, 1998): 467–86. <https://doi.org/10.2190/UFPT-7XPW-794C-VJ52>.
- Church, John, and Neale Smith. “Health Reform in Alberta: The Introduction of Health Regions.” *Canadian Public Administration* 51, no. 2 (2008): 217–38. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00016.x>.

- Chopra, Mickey, Salla Munro, John N Lavis, Gunn Vist, and Sara Bennett. “Effects of Policy Options for Human Resources for Health: An Analysis of Systematic Reviews.” *The Lancet* 371, no. 9613 (February 23, 2008): 668–74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0).
- Cohen, Jillian Clare, Jennifer E. Keelan, Jillian Clare Cohen, Jennifer E. Keelan, Munk Centre, and International Studies. “Health and Society,” 2004.
- Colin, Christelle. “La santé publique au Québec à l’aube du XXIe siècle.” *Santé Publique* 16, no. 2 (2004): 185–95. <https://doi.org/10.3917/spub.042.0185>.
- Collier, R. “Is Regionalization Working?” *Canadian Medical Association Journal* 182, no. 4 (March 9, 2010): 331–32. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3167>.
- Collier, Roger. “Is Regionalization Working?” *CMAJ* 182, no. 4 (March 9, 2010): 331–32. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3167>.
- Contandriopoulos, D., Raymond Hudon, Elisabeth Martin, and Daniel Thompson. “Tensions Entre Rationalité Technique et Intérêts Politiques: L’exemple de La Mise En Œuvre de La Loi Sur Les Agences de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux Au Québec.” *Canadian Public Administration* 50, no. 2 (2007): 219–43. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2007.tb02011.x>.
- Contandriopoulos, Damien, and Émile Tremblay. “Les réformes du système de santé québécois : une constance dans l’échec.” *Sciences de la société*, no. 76 (February 1, 2009). <https://doi.org/10.4000/sds.9036>.
- Côté, André (Consultant), and Michael Fenn. *Approaching an Inflection Point in Ontario’s Provincial-Municipal Relations*. Toronto, Ontario, Canada: Institute on Municipal Finance & Governance, Munk School of Global Affairs, University of Toronto, 2014.
- Cronert, Axel, and Pär Nyman. “Electoral Opportunism: Disentangling Myopia and Moderation,” n.d., 30.
- Culpepper, Pepper D. *Quiet Politics and Business Power: Corporate Control in Europe and Japan*. Cambridge University Press, 2011. <https://cadmus.eui.eu/handle/1814/15019>.
- DA SILVA (last), PRUD’HOMME, DEBLOIS, LABADIE, and STRUMPF. “Évolution de La Part Des Dépenses En Santé Publique Dans Le Budget Du Ministère de La Santé et Des Services Sociaux Entre 2004 et 2019.” CIRANO, 2021. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-09.pdf>.

- Daoust-Boisvert, Amélie. “Que Faut-Il Pour Redresser Le Réseau de La Santé? | Le Devoir.” Accessed August 27, 2022. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/523547/sante>.
- Deber, Raisa B., Kris Millan, Howard Shapiro, and Christopher W. McDougall. “A Cautionary Tale of Downloading Public Health in Ontario: What Does It Say about the Need for National Standards for More Than Doctors and Hospitals?” *Healthcare Policy* 2, no. 2 (November 2006): 60–75.
- Denis, Jean-Louis, and Damien Contandriopoulos and Marie-Dominique Beaulieu. “Regionalization in Canada: A Promising Heritage to Build On.” *Healthcare Papers* 5, no. 1 (July 15, 2004). <https://www.longwoods.com/content/16837/healthcarepapers/regionalization-in-canada-a-promising-heritage-to-build-on>.
- Denis, Jean-Louis, Conseil québécois de la recherche sociale, Université de Montréal, and Université de Montréal, eds. *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire*. Montréal: GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé : Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, 1998.
- DESROSIERS, GEORGE. “Les Départements de Santé Communautaire: Une Expérience Québécoise.” *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé e Publique* 67, no. 2 (1976): 109–13.
- Donaldson, Cam. “Fire, Aim... Ready? Alberta’s Big Bang Approach to Healthcare Disintegration.” *Healthcare Policy* 6, no. 1 (August 2010): 22–31.
- Drache, Daniel, and Terry Sullivan. *Health Reform: Public Success, Private Failure*. Routledge, 2005.
- Dubois, Carl-Ardy. “Transformation des systèmes de soins de santé et pratiques d’imputabilité.” Université de Montréal, 2002. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000004876.pdf>.
- Ducharme, Francine, Guilhème Pérodeau, Mario Paquet, Alain Legault, and Denise Trudeau. “Virage Ambulatoire et Soins Familiaux à Domicile: Un Enjeu de Santé Publique.” *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé e Publique* 95, no. 1 (2004): 64–68.
- Dufour, Christian. “La «Révolution du bon sens» de Mike Harris,” n.d., 10.
- “Efficacité du système de santé canadien : pourquoi varie-t-elle d’une région à l’autre?” *CIHI*, 2014, 11.



- “Electoral Competition and the Party Politics of Public Investments - Olivier Jacques, 2021.” Accessed August 27, 2022. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13540688211036382>.
- Facal, Joseph, and Luc Bernier. “Réformes administratives, structures sociales et représentations collectives au Québec.” *Revue française d’administration publique* 127, no. 3 (2008): 493–510. <https://doi.org/10.3917/rfap.127.0493>.
- Fanelli, Carlo, and Mark P. Thomas. “Austerity, Competitiveness and Neoliberalism Redux: Ontario Responds to the Great Recession.” *Socialist Studies/Études Socialistes*, July 23, 2011. <https://doi.org/10.18740/S4BS31>.
- Ferguene, Améziane. “Le New Public Management et la réforme de l’hôpital public en France avec la loi HPST,” n.d., 17.
- Fiset-Laniel, Julie, Ak’ingabe Guyon, Robert Perreault, and Erin C. Strumpf. “Public Health Investments: Neglect or Wilful Omission? Historical Trends in Quebec and Implications for Canada.” *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique* 111, no. 3 (June 2020): 383–88. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00342-1>
- Finnegan, Jared J. “Institutions, Climate Change, and the Foundations of Long-Term Policymaking.” *Comparative Political Studies* 55, no. 7 (June 1, 2022): 1198–1235. <https://doi.org/10.1177/00104140211047416>.
- “Full Article: Austerity and the Path of Least Resistance: How Fiscal Consolidations Crowd out Long-Term Investments.” Accessed August 30, 2022. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13501763.2020.1737957>.
- Flanagan. “Crisis? What Crisis?: Public Health Care and Affordability in Alberta.” Parkland Institute, 2009. [https://www.parklandinstitute.ca/crisis\\_what\\_crisis](https://www.parklandinstitute.ca/crisis_what_crisis).
- Gaumer, Benoît. “L’intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité.” *Lien social et Politiques*, no. 55 (2006): 25–32. <https://doi.org/10.7202/013221ar>.
- Gieske, Hanneke, Bert George, Ingmar van Meerkerk, and Arwin van Buuren. “Innovating and Optimizing in Public Organizations: Does More Become Less?” *Public Management Review* 22, no. 4 (April 2, 2020): 475–97. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1588356>.

- Gmeinder, Michael, David Morgan, and Michael Mueller. "How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?" Paris: OCDE, December 15, 2017. <https://doi.org/10.1787/f19e803c-en>.
- Gool, Kees van, and Mark Pearson. "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-Term Impact in OECD Countries." Paris: OCDE, September 1, 2014. <https://doi.org/10.1787/5jxx711t1zg6-en>.
- Graham, Katherine A., and Susan D. Phillips. "'Who Does What' in Ontario: The Process of Provincial-Municipal Disentanglement." *Canadian Public Administration* 41, no. 2 (1998): 175–209. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.1998.tb01536.x>.
- . "'Who Does What' in Ontario: The Process of Provincial-Municipal Disentanglement." *Canadian Public Administration* 41, no. 2 (1998): 175–209. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.1998.tb01536.x>.
- Guyon, Ak'ingabe, and Robert Perreault. "Public Health Systems under Attack in Canada: Evidence on Public Health System Performance Challenges Arbitrary Reform." *Canadian Journal of Public Health* 107, no. 3 (May 1, 2016): e326–29. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5273>.
- Gingrich, Jane, and Ben W. Ansell. "The Dynamics of Social Investment: Human Capital, Activation, and Care." In *The Politics of Advanced Capitalism*, edited by Hanspeter Kriesi, Herbert Kitschelt, Pablo Beramendi, and Silja Häusermann, 282–304. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316163245.012>.
- Haddow, Rodney. "Are Canadian Provincial Tax Systems Becoming More Regressive? If So, in What Respects and Why?" *Canadian Public Policy* 44, no. 1 (March 2018): 25–40. <https://doi.org/10.3138/cpp.2017-019>.
- . *Comparing Quebec and Ontario: Political Economy and Public Policy at the Turn of the Millennium*. University of Toronto Press, 2015.
- . "Partisan Politics and Fiscal Policy in the Canadian Provinces." *Canadian Public Administration* 63, no. 3 (2020): 450–72. <https://doi.org/10.1111/capa.12390>
- . "Power Resources and the Canadian Welfare State: Unions, Partisanship and Interprovincial Differences in Inequality and Poverty Reduction." *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique* 47, no. 4 (December 2014): 717–39. <https://doi.org/10.1017/S0008423914001036>.

- Hannigan. “Assessing the New Public Management: The Case of the National Health Service.” *Journal of Nursing Management* 6, no. 5 (1998): 307–12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1998.00851.x>.
- Hébert. “Nouveau ne rime pas toujours avec meilleur.” *La Tribune*, October 25, 2021. <https://www.latribune.ca/2021/10/25/nouveau-ne-rime-pas-toujours-avec-meilleur-082b7a6ed62c4967beb2b8141a938d1b>.
- Hemenway, David. “Why We Don’t Spend Enough on Public Health.” *New England Journal of Medicine* 362, no. 18 (May 6, 2010): 1657–58. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1001784>.
- Hinings, C., Ann Casebeer, Trish Reay, Karen Golden-Biddle, Amy Pablo, and Royston Greenwood. “Regionalizing Healthcare in Alberta: Legislated Change, Uncertainty and Loose Coupling.” *British Journal of Management* 14 (December 1, 2003): S15–30. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2003.00390.x>.
- Hinings, C. R., Ann Casebeer, Trish Reay, Karen Golden-Biddle, Amy Pablo, and Royston Greenwood. “Regionalizing Healthcare in Alberta: Legislated Change, Uncertainty and Loose Coupling.” *British Journal of Management* 14, no. s1 (2003): S15.
- Hoffman, Steven J., Maria I. Creatore, Ariane Klassen, A. Morgan Lay, and Patrick Fafard. “Building the Political Case for Investing in Public Health and Public Health Research.” *Canadian Journal of Public Health* 110, no. 3 (June 1, 2019): 270–74. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00214-3>.
- Hood, Christopher. “A Public Management for All Seasons?” *Public Administration* 69, no. 1 (1991): 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>.
- Hopkins, Dave. “Public Health in Europe During the Austerity Years.” *ILCUK* (blog), November 29, 2017. <https://ilcuk.org.uk/public-health-in-europe-during-the-austerity-years/>.
- Hurley, J. “Health Care at a Premium.” *Canadian Medical Association Journal* 170, no. 13 (June 22, 2004): 1906–7. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040858>.
- Hussey. “The State of Health Care in Alberta.” Parkland Institute. Accessed August 27, 2022. [https://www.parklandinstitute.ca/the\\_state\\_of\\_health\\_care\\_in\\_alberta](https://www.parklandinstitute.ca/the_state_of_health_care_in_alberta).
- Hyatt, Douglas. “Labour Relations and Health Reform: A Comparative Study of Five Jurisdictions, by Kurt Wetzel with Contributions from Stephen Bach, Mark Bray and Nadine White, Basingstoke, U.K.: Palgrave Macmillan, 2005, 230 Pp., ISBN

- 1-403998-65-5.” *Relations Industrielles / Industrial Relations* 62, no. 4 (2007): 781–83. <https://doi.org/10.7202/016964ar>.
- Hyde, Justeen K., and Stephen M. Shortell. “The Structure and Organization of Local and State Public Health Agencies in the U.S.: A Systematic Review.” *American Journal of Preventive Medicine, An Agenda for Public Health Services and Systems Research*, 42, no. 5, Supplement 1 (May 1, 2012): S29–41. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.021>.
- ICI.Radio-Canada.ca, Zone Politique-. “Le cycle perpétuel des réformes inachevées en santé.” Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca. Accessed August 29, 2022. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1869004/barrette-quebec-dube-castonguay-clsc>.
- Institut canadien d’information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019. Ottawa, ON : ICIS; 2019.
- IFPD. “Dynamique Passée, Présente et Future. Les Coûts Des Soins de Santé Au Québec - PDF Free Download.” University of Ottawa, 2017. <https://docplayer.fr/155605062-Dynamique-passee-presente-et-future-les-couts-des-soins-de-sante-au-quebec.html>.
- Investir en prévention: la perspective économique : principales conclusions d’un examen des données récentes*. Ottawa, Ont.: Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- Irosoft, architecture de gestion de l’information législative-legal information management system. “- Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales.” Accessed August 29, 2022. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/o-7.2>.
- Izenberg. “Public Health in Ontario: What It Does, and What Might Change.” *Healthy Debate*, May 9, 2019. <https://healthydebate.ca/2019/05/topic/public-health-in-ontario/>.
- Jacobs, Alan M. *Governing for the Long Term: Democracy and the Politics of Investment*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511921766>.
- . “Policy Making for the Long Term in Advanced Democracies.” *Annual Review of Political Science* 19, no. 1 (2016): 433–54. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-110813-034103>.
- Jacques, Olivier. “Electoral Competition and the Party Politics of Public Investments.” *Party Politics*, August 4, 2021, 13540688211036382. <https://doi.org/10.1177/13540688211036382>.

- . “Partisan Priorities under Fiscal Constraints in Canadian Provinces.” *Canadian Public Policy* 46, no. 4 (2020): 458–73.
- Jacques, Olivier, and Alain Noël. “The Politics of Public Health Investments.” *Social Science & Medicine* 309 (September 1, 2022): 115272. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115272>.
- Jensen, Carsten. “Capitalist Systems, Deindustrialization, and the Politics of Public Education.” *Comparative Political Studies* 44, no. 4 (April 1, 2011): 412–35. <https://doi.org/10.1177/0010414010393475>.
- . “Labour Market- versus Life Course-Related Social Policies: Understanding Cross-Programme Differences.” *Journal of European Public Policy* 19, no. 2 (March 1, 2012): 275–91. <https://doi.org/10.1080/13501763.2011.599991>.
- Jensen, Carsten, and Peter B. Mortensen. “Government Responses to Fiscal Austerity: The Effect of Institutional Fragmentation and Partisanship.” *Comparative Political Studies* 47, no. 2 (February 1, 2014): 143–70. <https://doi.org/10.1177/0010414013488536>.
- Jepson, John Frank and Ruth. “Public Health May Not Be Ready for Health System Change – But Neither Is the System Ready to Integrate Public Health.” *HealthcarePapers* 13, no. 3 (October 30, 2013). <https://www.longwoods.com/content/23673/healthcarepapers/public-health-may-not-be-ready-for-health-system-change-but-neither-is-the-system-ready-to-integ>.
- Jourdan, Didier, Michel O’Neill, Sophie Dupéré, and Jorge Stirling. “Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?” *Santé Publique* 24, no. 2 (2012): 165–78. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>.
- Keith, Gerein. “Alberta Slows Spending on Health Care, but Not Enough for Critics.” *edmontonjournal*. Accessed August 27, 2022. <https://edmontonjournal.com/news/politics/alberta-slows-spending-on-health-care-but-not-enough-for-critics>.
- Kelley, Geoffrey. “La réforme du système de santé et les valeurs libérales.” *Éthique publique. Revue internationale d’éthique sociétale et gouvernementale*, no. vol. 5, n° 1 (January 1, 2003). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2168>.
- Khan, Yasmin, Tracey O’Sullivan, Adalsteinn Brown, Shannon Tracey, Jennifer Gibson, Mélissa Généreux, Bonnie Henry, and Brian Schwartz. “Public Health Emergency

- Preparedness: A Framework to Promote Resilience.” *BMC Public Health* 18, no. 1 (December 5, 2018): 1344. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>.
- Kneebone, Ronald, and Kenneth McKenzie. “Electoral and Partisan Cycles in Fiscal Policy: An Examination of Canadian Provinces.” *International Tax and Public Finance* 8, no. 5 (2001): 753–74.
- Korpi, Walter, and Joakim Palme. “New Politics and Class Politics in the Context of Austerity and Globalization: Welfare State Regress in 18 Countries, 1975–95.” *American Political Science Review* 97, no. 3 (August 2003): 425–46. <https://doi.org/10.1017/S0003055403000789>.
- Korpi, Walter, and Joakim Palme. “The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries.” *American Sociological Review* 63, no. 5 (1998): 661–87. <https://doi.org/10.2307/2657333>.
- Kouri, Steven Lewis and Denise. “Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience.” *HealthcarePapers* 5, no. 1 (July 15, 2004). <https://www.longwoods.com/content/16847/healthcarepapers/regionalization-making-sense-of-the-canadian-experience>.
- Kuipers, Ben S., Malcolm Higgs, Walter Kickert, Lars Tummers, Jolien Grandia, and Joris Van Der Voet. “THE MANAGEMENT OF CHANGE IN PUBLIC ORGANIZATIONS: A LITERATURE REVIEW: Management Of Change In Public Organizations.” *Public Administration* 92, no. 1 (March 2014): 1–20. <https://doi.org/10.1111/padm.12040>
- “La commission Rochon : un rapport controversé. Table ronde.” *International Review of Community Development / Revue internationale d’action communautaire*, no. 19 (1988): 145–52. <https://doi.org/10.7202/1034250ar>.
- “La commission Rochon : un rapport controversé. Table ronde.” *International Review of Community Development / Revue internationale d’action communautaire*, no. 19 (1988): 145–52. <https://doi.org/10.7202/1034250ar>.
- “La commission Rochon : un rapport controversé. Table ronde.” *International Review of Community Development*, no. 19 (December 3, 2015): 145–52. <https://doi.org/10.7202/1034250ar>.

- La Tribune. “La réforme Barrette: chronique d’un échec annoncé,” July 5, 2021. <https://www.lesoleil.com/2021/07/05/la-reforme-barrette-chronique-dun-echec-annonce-479268b50f0b7faf844565a3b7923557>.
- “La santé publique au sein d’un système intégré de santé -- Rapport du comité ministériel d’experts sur la santé publique,” 2017, 30.
- “L’abc Des Projets de Loi 10 et 20 | Radio-Canada.Ca.” Accessed August 29, 2022. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/705190/systeme-sante-quebec-projet-loi-10-20-en-bref>.
- Lamoureux, Jocelyne. “Lorraine Guay Lise Lamontagne,” n.d., 48.
- “L’application de l’article 54 de La Loi Sur La Santé Publique Du Québec.” | Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2012. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/lapplication-de-larticle-54-de-la-loi-sur-la-sante-publique-du-quebec/>.
- Larivière. “Les risques de la nouvelle gestion publique,” 2000, 8.
- Lavis, John N., and Gregory L. Stoddart. “Can We Have Too Much Health Care?” *Daedalus* 123, no. 4 (1994): 43–60.
- “Le 1er Novembre 1970, Le Québec Se Dote d’un Régime Public d’assurance Maladie | Radio-Canada.Ca.” Accessed August 27, 2022. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1744617/assurance-maladie-sante-quebec-archives>.
- Lemieux, Vincent. *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*. Presses Université Laval, 2003.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN). “Les échecs de la réforme Barrette,” January 31, 2017. <https://www.csn.qc.ca/actualites/les-echecs-de-la-reforme-barrette/>.
- Lesemann, Frédéric. “La prise en charge communautaire de la santé au Québec.” *International Review of Community Development / Revue internationale d’action communautaire*, no. 1 (1979): 5–15. <https://doi.org/10.7202/1034816ar>.
- Lewis, Steven J., Denise Kouri, Carole A. Estabrooks, Harley Dickinson, Jacqueline J. Dutchak, J. Ivan Williams, Cameron Mustard, and Jeremiah Hurley. “Devolution to Democratic Health Authorities in Saskatchewan: An Interim Report.” *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 164, no. 3 (February 6, 2001): 343–47.
- Lewis, Steven, and Denise Kouri. “Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience.” *HealthcarePapers* 5, no. 1 (2004): 12–31. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2004.16847>.



- Lum, Dr Janet, and Carolyn Steele Gray. “Policy, Performance Measurement and Supportive Housing,” n.d., 23.
- MacLeod, Hugh. “Local Health Integration Networks: Build on Their Purpose.” *Healthcare Management Forum* 28, no. 6 (November 1, 2015): 242–46. <https://doi.org/10.1177/0840470415600127>.
- Marchildon, Gregory P, and Sara Allin. “Health System Review 2020,” n.d., 228.
- Marcil, Ianik. “Les politiques d’austérité, un leurre idéologique,” 2016, 4.
- Marks, Linda, and David J Hunter. “Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe,” n.d., 60.
- . “Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe,” n.d., 60.
- McCullough, J. Mac. “Declines in Spending Despite Positive Returns on Investment: Understanding Public Health’s Wrong Pocket Problem.” *Frontiers in Public Health* 7 (June 18, 2019): 159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00159>.
- Mhatre, S. L., and R. B. Deber. “From Equal Access to Health Care to Equitable Access to Health: A Review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports.” *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 22, no. 4 (1992): 645–68. <https://doi.org/10.2190/UT6U-XDU0-VBQ6-K11E>.
- MICHEL O’NEILL. “L’APPROCHE ‘CRITIQUE’ EN PROMOTION DE LA SANTE DANS LES D.S.C. QUEBECOIS.” CENTRE DE RECHERCHE SUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES, 1987. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000010212.pdf>.
- Millar, John, Ted Bruce, Siu Mee Cheng, and Richard Masse and David McKeown. “Is Public Health Ready to Participate in the Transformation of the Healthcare System?” *HealthcarePapers* 13, no. 3 (October 30, 2013). <https://www.longwoods.com/content/23689/healthcarepapers/is-public-health-ready-to-participate-in-the-transformation-of-the-healthcare-system->.
- Moloughney, Brent. “The Impacts on the Public Health Function with Integration with Regionalized Healthcare Systems,” n.d., 14.
- MQRP, ed. “Les Impacts de La Nouvelle Gestion Publique Sur l’évolution de La Première Ligne Au Québec,” 2014. <https://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2014-NGP-et-première-ligne.pdf>.
- MSSS, ed. “Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec,” 2000, 45.



- Musto, Richard, Judy MacDonald, Anne Ulrich, and Kevin Fonseca. “Health Services Restructuring in Alberta and the 2009 Pandemic Influenza—An Untimely Concurrence.” *Healthcare Management Forum*, March 10, 2020, 0840470420909121. <https://doi.org/10.1177/0840470420909121>.
- Newman, Stuart, and Jocalyn Lawler. “Managing Health Care under New Public Management: A Sisyphean Challenge for Nursing.” *Journal of Sociology* 45, no. 4 (December 1, 2009): 419–32. <https://doi.org/10.1177/1440783309346477>.
- Noël, Alain. “Présentation du numéro: vers un nouvel État-providence? Enjeux démocratiques.” *Politique et Sociétés*, no. 30 (1996): 3–27. <https://doi.org/10.7202/040032ar>.
- Norcliffe, Glen, and Judy Bates. “Neoliberal Governance and Resource Peripheries: The Case of Ontario’s Mid-North during the ‘Common Sense Revolution.’” *Studies in Political Economy* 99, no. 3 (September 2, 2018): 331–54. <https://doi.org/10.1080/07078552.2018.1536372>.
- OECD. “Health Care Systems: Getting More Value for Money,” 2010. <https://www.oecd.org/economy/growth/46508904.pdf>.
- Healthy Debate. “Ontario’s Ambitious Patients First Legislation Met with Hope and Skepticism,” September 29, 2016. <https://healthydebate.ca/2016/09/topic/patients-first-legislation-ontario/>.
- Healthy Debate. “Ontario’s Ambitious Patients First Legislation Met with Hope and Skepticism,” September 29, 2016. <https://healthydebate.ca/2016/09/topic/patients-first-legislation-ontario/>.
- “ORIENTATION MANUAL FOR BOARDS OF HEALTH.” ALPHA, 2018. [https://cdn.ymaws.com/alphaweb.site-ym.com/resource/resmgr/boh\\_file/boh\\_orientation\\_manual.pdf](https://cdn.ymaws.com/alphaweb.site-ym.com/resource/resmgr/boh_file/boh_orientation_manual.pdf).
- Owens. “Un bilan mitigé pour le rapport Naylor après cinq ans.” *Affaires universitaires* (blog). Accessed August 30, 2022. <https://www.affairesuniversitaires.ca/articles-de-fond/article/un-bilan-mitige-pour-le-rapport-naylor-apres-cinq-ans/>.
- Paradigm Freeze: Why It Is So Hard to Reform Health Care in Canada*. McGill-Queen’s University Press, 2013. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1bpm9hh>.
- Paré, Isabelle. “L’ex-ministre de la Santé Jean Rochon est décédé à l’âge de 83 ans.” *Le Devoir*, October 20, 2021. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/641292/l-ex-ministre-de-la-sante-jean-rochon-est-decede-a-l-age-de-83-ans>.

- Pérodeau, Guillème Marcelle, and Denyse Côté, eds. *Le virage ambulatoire: défis et enjeux*. Collection Problèmes sociaux & interventions sociales 6. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec, 2002.
- Philippon, Donald J., and Sheila A. Wasylshyn. "Health-Care Reform in Alberta." *Canadian Public Administration* 39, no. 1 (1996): 70–84. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.1996.tb00118.x>.
- Pierson, Paul. "When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change." *World Politics* 45, no. 4 (July 1993): 595–628. <https://doi.org/10.2307/2950710>.
- Pierson, Paul. "Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-Industrial Welfare States Confront Permanent Austerity." *Journal of European Public Policy* 5, no. 4 (December 1, 1998): 539–60. <https://doi.org/10.1080/13501769880000011>.
- PINEAULT, RAYNALD. "The Place of Prevention in the Quebec Health Care System." *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé e Publique* 75, no. 1 (1984): 92–97.
- Pineault, Raynald, François Champagne, and Louise-Hélène Trottier. "The Integration of Public Health in Hospitals: The Case of Community Health Departments in Quebec." *Journal of Public Health Policy* 7, no. 3 (1986): 314–23. <https://doi.org/10.2307/3342459>.
- Poirier, Léo-Roch, Émilie Dionne, Dominic Babeux, and Roxane Borgès Da Silva. *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025: analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance : rapport d'évaluation*. Québec, Québec: INSPQ, Institut national de santé publique du Québec, 2019.
- Le Devoir. "Pourquoi les CLSC n'ont pas pu se développer," May 13, 2021. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/600848/sante-pourquoi-les-clsc-n-ont-pas-pu-se-developper>.
- "Project MUSE - Les Services Sociaux à l'ère Managériale." Accessed August 29, 2022. <https://muse.jhu.edu/chapter/2454059/pdf>.
- "Protocole CLSC-CPE – Guide d'implantation, entente-cadre et protocole type," n.d., 35.
- Ramos, Maíra Catharina, Jorge Otávio Maia Barreto, Helena Eri Shimizu, Amanda Pereira Gomes de Moraes, and Everton Nunes da Silva. "Regionalization for Health Improvement: A Systematic Review." *PLOS ONE* 15, no. 12 (déc 2020): e0244078. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244078>.

- Reay, Trish. “The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta.” *Organization Studies - ORGAN STUD* 26 (March 1, 2005): 351–84. <https://doi.org/10.1177/0170840605050872>.
- Rechel, Bernd. “Funding for Public Health in Europe in Decline?” *Health Policy* 123, no. 1 (January 1, 2019): 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.014>.
- Healthy Debate. “Restructuring Alberta’s Health System,” October 10, 2013. <https://healthydebate.ca/2013/10/topic/politics-of-health-care/restructuring-alberta-health/>.
- Richardson, Ann K. “Investing in Public Health: Barriers and Possible Solutions.” *Journal of Public Health* 34, no. 3 (August 1, 2012): 322–27. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds039>.
- IRPP. “Riding the Third Rail.” Accessed August 27, 2022. <https://irpp.org/research-studies/riding-the-third-rail/>.
- Rigaud, Turgeon, and Gagnon. “Le Rôle de l’État Dans La Dispensation Des Services de Santé.” *L’Observatoire de l’administration Publique*, 2006. [https://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat\\_quebécois/a-pp-services-sante.pdf](https://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebécois/a-pp-services-sante.pdf).
- Rutty, Christopher, Sue C. Sullivan, and John M. Last. *This Is Public Health: A Canadian History*. Ottawa, Ont.: Canadian Public Health Association, 2010.
- Sampson. “Crise dans les CHSLD : une succession de réformes malavisées | Coronavirus.” Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca, 2020. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1700150/reforme-sante-barrette-couillard-consequences-structure-covid>.
- Saucier, Alain. *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Collection Méthodologie et instrumentation 8. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et l’évaluation, 1995.
- Services, Alberta Health. “Population, Public and Indigenous Health SCN.” Alberta Health Services. Accessed August 29, 2022. <https://www.albertahealthservices.ca/scns/Page13061.aspx>.
- Shelley. “The End of Public Health in Ontario.” Healthy Debate, April 10, 2022. <https://healthydebate.ca/2022/04/topic/end-public-health-ontario/>.
- Simonet, Daniel. “Assessment of New Public Management in Health Care: The French Case.” *Health Research Policy and Systems* 12 (October 6, 2014): 57. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-57>.

- Simonet, Daniel. “New Public Management and the Reform of French Public Hospitals.” *Journal of Public Affairs* 13, no. 3 (2013): 260–71. <https://doi.org/10.1002/pa.1465>.
- Simpson, Scot H. “Of Silos and Systems: The Issue of Regionalizing Health Care.” *Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 64, no. 4 (August 24, 2011). <https://doi.org/10.4212/cjhp.v64i4.1033>.
- Streeck, Wolfgang, and Daniel Mertens. “Fiscal Austerity and Public Investment: Is the Possible the Enemy of the Necessary?,” June 25, 2011.
- Sułkowski, Łukasz, and Roman Lewandowski. “New Public Management and Hybridity in Healthcare The Solution or the Problem?,” 141–66, 2018. <https://doi.org/10.1108/S2051-663020180000007004>.
- Suschnigg, Carole. “REFORMING ONTARIO’S PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM: ONE STEP FORWARD, TWO STEPS BACK?” *International Journal of Health Services* 31, no. 1 (2001): 91–103.
- Tellier, Geneviève. *Les dépenses des gouvernements provinciaux canadiens: l’influence des partis politiques, des élections et de l’opinion publique sur la variation des budgets publics*. Presses Université Laval, 2005.
- “Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019,” n.d., 51.
- “The Electoral Appeal of Party Strategies in Postindustrial Societies: When Can the Mainstream Left Succeed? | The Journal of Politics: Vol 81, No 4.” Accessed August 27, 2022. [https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/704436?casa\\_token=yCFSi7LSsYYAAAAA%3AsWEC1hmUN7K9gm-MHisCmbDO2mD5NAvpnT9\\_L9K\\_fzAwS63Kq-8RkvkJYH\\_CKo0zPgP7KjiuvDqF](https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/704436?casa_token=yCFSi7LSsYYAAAAA%3AsWEC1hmUN7K9gm-MHisCmbDO2mD5NAvpnT9_L9K_fzAwS63Kq-8RkvkJYH_CKo0zPgP7KjiuvDqF).
- “The freedom of the state? Recent NDP governments - ProQuest.” Accessed August 27, 2022. <https://www.proquest.com/docview/234925915?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar>.
- “The Recomposition of an Organizational Field: Health Care in Alberta - Trish Reay, C. R. (Bob) Hinings, 2005.” Accessed August 29, 2022. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0170840605050872>.
- “The Role of the Governments and the Division of Powers.” THE CONFEDERATION OF TOMORROW, 2021. <https://centre.irpp.org/wp-content/uploads/sites/3/2020/09/2021-Report-2-The-Role-of-Governments-and-the-Division-of-Powers-Federalism-in-the-Context-of-a-Pandemic.pdf>.

- Théret, Bruno. “La dynamique de la protection sociale au Canada et au Québec. Au regard de l’Union européenne et de la France.” *Informations sociales* 143, no. 7 (2007): 28–41. <https://doi.org/10.3917/inso.143.0028>.
- Thomson, Sarah, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, and Hans Kluge. “Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy.” *In Europe*, n.d., 60.
- Tremblay, Jean-Marie. “Deena White, sociologue, ‘ Les processus de reforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec.’ (1993).” Text. texte, February 2, 2005. [http://classiques.uqac.ca/contemporains/white\\_deena/processus\\_reforme/processus\\_reforme.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/white_deena/processus_reforme/processus_reforme.html).
- Turgeon, Jean. “L’évaluation d’impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d’action,” 2008, 16.
- Turgeon, Jean, Robert Jacob, and Jean-Louis Denis. “Québec : cinquante ans d’évolution au prisme des réformes (1961-2010).” *Les Tribunes de la santé* 30, no. 1 (2011): 57–85. <https://doi.org/10.3917/seve.030.0057>.
- Affaires universitaires. “Un bilan mitigé pour le rapport Naylor après cinq ans.” Accessed August 27, 2022. <https://www.affairesuniversitaires.ca/articles-de-fond/article/un-bilan-mitige-pour-le-rapport-naylor-apres-cinq-ans/>.
- Vadeboncoeur, Alain. “Et si le docteur Barrette ne savait pas qu’il était devenu ministre ?” L’actualité, February 3, 2015. <https://lactualite.com/sante-et-science/et-si-le-docteur-gaetan-barrette-ne-savait-pas-quil-etait-devenu-ministre-de-la-sante/>.
- Wetzel, Kurt. “The Canadian Context.” In *Labour Relations and Health Reform: A Comparative Study of Five Jurisdictions*, edited by Kurt Wetzel, 86–90. London: Palgrave Macmillan UK, 2005. [https://doi.org/10.1057/9780230514621\\_4](https://doi.org/10.1057/9780230514621_4).
- “Whatever Happened to Regionalization? The Curious Case of Nova Scotia - Black - 2006 - Canadian Public Administration - Wiley Online Library.” Accessed August 27, 2022. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1754-7121.2006.tb01996.x>.
- Williams, A Paul. “Understanding LHINs: A Review of the Health System Integration Act and the Integrated Health Services,” n.d., 26.
- Woolf, Steven H. “The Economic Argument for Disease Prevention: Distinguishing Between Value and Savings,” n.d., 15.