



La régionalisation du secteur sanitaire en France et au Québec

- 5 Une histoire à épisodes
- 9 Un enjeu de pouvoirs
- 14 Les outils de la planification
- 20 Des gestionnaires entrepreneurs

Revue d'analyse comparative portant sur des problématiques spécifiques dont les parutions présentent les travaux d'équipes de recherche ou de rencontres scientifiques, *Télescope* s'intéresse plus particulièrement en ce début d'année aux phénomènes de la régionalisation et de la décentralisation dans le secteur sanitaire en France et au Québec.

Avec le soutien de la Commission permanente de coopération franco-québécoise et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, une vingtaine d'experts français et québécois, administrateurs régionaux et locaux des systèmes de santé et experts universitaires ont débattu de ces sujets du 7 au 10 juin 2002 à Rennes (France) à l'occasion d'un Forum franco-québécois parrainé par l'École nationale d'administration publique du Québec (ENAP) et l'École nationale de la santé publique de Rennes (ENSP).

Les systèmes de santé français et québécois se distinguent. Leur évolution participe de l'histoire institutionnelle des deux pays et donc de contextes « politico-culturels » radicalement opposés. Mais le fossé est en train de se combler avec, de la part des deux gouvernements, le déploiement de stratégies et la mise en place de structures finalement assez comparables pour répondre à des préoccupations qui, elles, sont franchement identiques et de plus en plus astreignantes dans les deux sociétés. À travers les articles de ce dossier, *Télescope* témoigne de ce rapprochement.

Louis Côté
Directeur de L'Observatoire de l'administration publique

La régionalisation du secteur sanitaire en France et au Québec

Par Jean Turgeon et Joël Clément

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

jean_turgeon@enap.ca

Joël Clément est professeur au département MATISS (Management, Audit et Techniques de gestion des Institutions Sanitaires et Sociales) à l'École nationale de la santé publique de Rennes et ancien directeur général de Centre hospitalier universitaire

joel.clement@ensp.fr

Tant en France qu'au Québec, le discours selon lequel le territoire national constitue un échelon inadéquat pour écouter, comprendre et répondre rapidement aux besoins de la population s'est amplifié dans les années 1970. Au discours fonctionnaliste sur la congruence de territoires plus petits à une mise en perspective harmonieuse des services à déployer et des attentes à satisfaire s'ajoutera, à partir du début des années 1980, la volonté des gouvernements de réduire les fortes disparités régionales en termes de santé publique, la nécessité de maîtriser les dépenses publiques dans un contexte de crise économique et le souci d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de l'État. Au fil des décennies, la décentralisation, en France et au Québec, se révélera le moyen structurel permettant d'atteindre ces différents objectifs.

Mais de quelle décentralisation parle-t-on? On verra plus loin qu'elle peut revêtir différentes formes et répondre à des objectifs composites. Et surtout, quel est l'espace « géo-administratif » idoine pour l'exercer? La région est apparue très tôt comme une bonne médiatrice entre un État central puissant mais lointain et des pouvoirs locaux qui ne défendent parfois que des intérêts groupusculaires. Tirillé entre ces deux extrêmes et bien qu'omniprésent dans le discours, le « fait régional » a néanmoins tardé à s'imposer.

Aujourd'hui, la région semble trouver un second souffle, du moins dans les visées des politiques. En France, le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin a fait de la décentralisation le « second pilier » d'une réforme de laquelle doit émerger une « République des proximités¹ ». Le projet de Loi constitutionnelle relatif à l'organisation décentralisée de la République, présenté par le ministre de la Justice vise, entre autres, à inscrire la région dans la Constitution. Il s'agit de donner plus de responsabilités aux régions et d'en faire un espace d'expérimentation de manière à ce « que la région s'affirme comme un moyen de réforme de l'État ». Au Québec, le récent Sommet des régions est venu confirmer le rôle important que le gouvernement entend faire jouer aux régions. Ainsi, pour la première fois, la prise en compte de l'intérêt de leur population à assumer ou non davantage de responsabilités entraînerait un type de développement à la carte.

En somme, des deux côtés de l'Atlantique, la région a le vent en poupe. Les nombreux et importants projets décentralisateurs se réfèrent à elle et se font largement à son profit.

Pourtant, la décentralisation emprunte des dehors variés. Saltman et Figueras en distinguent quatre². Dans le cas de la déconcentration, l'organisme central et l'organisme à compétence territo-

riale (local, départemental ou régional) ont une seule et même personnalité juridique. L'organisme déconcentré ne détient aucun pouvoir réglementaire ou fiscal; il n'y a pas de délégation de responsabilités et la gestion reste à la charge du centre³. La délégation fait référence aux organismes spécialisés dotés d'une personnalité juridique propre et dirigés par des personnes nommées (et non élues). Certains auteurs parlent de décentralisation fonctionnelle⁴ ou encore administrative ou technocratique. Cette forme de décentralisation peut coexister avec la centralisation politique et « il est erroné d'inférer que la décentralisation fonctionnelle implique un degré quelconque d'autodétermination politique pour les unités concernées⁵. » En ce qui concerne la dévolution, ses caractéristiques sont : pouvoirs de réglementation et de taxation, élection des titulaires au suffrage universel et, conséquemment, transfert substantiel de pouvoirs encadré par le palier central sur la base de principes généraux. Enfin, la privatisation est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme la forme extrême de la décentralisation. Quant à la régionalisation, elle représente un processus fonctionnel, par opposition à la décentralisation qui représente un phénomène structurel.

Dans le cas qui nous occupe, à quel type de décentralisation adhère la régionalisation sanitaire? Y aurait-il un remède miracle, une formule magique unique, en France et au Québec, et même à l'intérieur d'un des deux pays? Il est permis d'en douter. Nous nous attacherons donc dans ce dossier à tenter de faire la part des choses, à témoigner des politiques gouvernementales et des initiatives sur le terrain, à souligner les avancées, mais aussi les vicissitudes d'un élan qu'on ne peut désormais plus qualifier de tendance, pas encore de mutation, mais assurément de mouvement sans retour. ■

Notes

- ¹ Discours de politique générale du Premier ministre Jean-Pierre Raffarin, Paris, le 3 juillet 2002.
- ² Saltman, Richard B., Figueras, Josep. 1997. European Health Care Reform : analysis of current strategies, Richard B. Saltman and Josep Figueras (Ed.), Copenhagen, Dk : World Health Organization. Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series, n° 72, 308 p.
- ³ Dufault, P. « La décentralisation », Administration hospitalière et sociale, vol. 15, n° 2, 1979, p. 18-27.
- ⁴ Gélinas, André. Les organismes autonomes et centraux de l'administration québécoise, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1975, 346 p.
- ⁵ Traduction libre de Smith, B.C. Decentralization : the territorial dimension of the State, London, G. Allen & Unwin, 1985, page 1.

France et Québec : des systèmes de santé en question*

En France, le système de santé est sous la tutelle de l'État. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé élabore les grandes orientations de la politique de santé, prend en charge les problèmes généraux de santé publique, assure la formation des personnels de santé, veille à l'adéquation des structures de soins aux besoins, exerce une tutelle sur le fonctionnement des hôpitaux publics et sur la conformité des cliniques privées et intervient sur les modalités de financement de l'assurance maladie et sur la prise en charge de soins.

L'organisation des services de santé au Québec est tributaire du partage de pouvoirs entre le gouvernement fédéral canadien et les provinces. Toutefois, constitutionnellement, les services civils de santé sont du seul ressort provincial. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec établit les priorités, les objectifs et les orientations. Il détermine la masse monétaire destinée aux hôpitaux, la limite annuelle des honoraires des médecins, le contingentement et la régulation du nombre des professionnels ainsi que l'implantation de techniques de pointe.

En 1961 au Québec, l'instauration de l'assurance hospitalisation, financée en grande partie par l'impôt versé aux paliers fédéral et provincial, garantit l'accès universel à des services hospitaliers gratuits. En 1970 est mis en place un programme d'assurance maladie qui donne libre accès à des services de santé partout sur le territoire québécois. Le ticket modérateur n'existe pas et la pratique de la médecine est de nature libérale. Enfin, un programme universel d'assurance médicament est venu compléter ces dispositifs le 1^{er} janvier 1997.

Le système français se caractérise lui par un mélange de solidarité collective et de libéralisme. D'une part une assurance maladie à financement contributif obligatoire basé à l'origine sur le revenu du travail (salarié et employeur) puis étendu à l'ensemble des revenus, d'autre part la coexistence de secteurs public et privé pour la fourniture des soins en complément d'une pratique médicale majoritairement libérale.

L'organisation du système

Outre l'échelon gouvernemental (voir ci-dessus), le système québécois comprend deux autres niveaux : celui des établissements et autres acteurs locaux et celui des régions régionales. En 1991, le législateur québécois a créé 16 régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) dont le rôle consiste à adapter les politiques nationales aux réalités locales et régionales. L'organisation des services (par exemple l'élaboration des plans d'effectifs) et l'allocation des ressources (répartition entre les éta-

blissements du budget global reçu du ministère) entrent dans leur champ de compétences.

Au niveau local, un réseau d'établissements assume cinq grandes missions. Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) offrent des services de nature psychosociale et interviennent en matière de placement d'enfants, de médiation familiale et d'adoption; les centres locaux de services communautaires (CLSC) dispensent, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion; les centres hospitaliers (CH) délivrent les diagnostics et les soins médicaux généraux et spécialisés en santé physique et mentale; les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) procurent un milieu de vie substitut à des adultes en perte d'autonomie; les centres de réadaptation (CR) accueillent des personnes souffrant de déficiences physiques ou intellectuelles ou présentant des difficultés à s'intégrer socialement en raison de leur comportement, de leur dépendance à l'alcool ou de leur toxicomanie.

La médecine de premier recours est par ailleurs exercée par un très grand nombre de cabinets privés et dans plusieurs CLSC. Les pharmaciens sont, pour la plupart, des entrepreneurs privés, engagés depuis peu dans un processus de rapprochement plus important avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) autour du programme d'assurance médicament.

En France, les établissements publics offrent des consultations externes, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de courte durée, la convalescence et la réadaptation, les soins de psychiatrie, certains séjours de longue durée et l'hébergement des personnes âgées. Les médecins y sont salariés, parfois à temps partiel avec une activité libérale. Les établissements privés sont plus spécialisés autour de la chirurgie ou de la convalescence et de la réadaptation ou encore de la pratique de certaines spécialités pointues. Les chirurgiens et médecins y travaillent à l'acte. Ils sont presque exclusivement libéraux. Les autres professionnels de santé, du public ou du privé, sont des salariés sauf pour quelques professions paramédicales.

L'essentiel des soins ambulatoires est fourni par des professionnels de santé en exercice libéral et donc payés à l'acte. Les soins à domicile sont assurés par des infirmiers libéraux. Les pharmaciens sont des entrepreneurs indépendants rémunérés par une part, définie par l'État, des médicaments remboursables qu'ils vendent. Ils restent libres de fixer les prix des médicaments non remboursables.

Le fonctionnement du secteur sanitaire

Depuis 1985, les hôpitaux publics français et les établissements privés participant au service public reçoivent de la Sécurité sociale un budget global annuel fixé localement à partir d'un taux d'évolution national modulé par région et d'un indicateur d'efficacité par établissement. Les hôpi-

taux privés sont, eux, financés sur la base du nombre de journées réalisées et la nature de la chirurgie pratiquée.

La rémunération des soins en cabinet privé se fait à l'acte selon une nomenclature des coûts par catégories d'actes et de professionnels qui donne lieu à une convention nationale négociée entre les caisses d'assurance maladie et les représentants des professionnels. Presque tous les médecins adhèrent à cette convention. Les autres sont autorisés à dépasser les tarifs remboursés par la Sécurité sociale. La part restant à la charge du patient est appelée ticket modérateur.

Tout comme les Français, les Québécois sont entièrement libres du choix de leur professionnel de santé, qu'il opère en cabinet privé, CLSC ou centre hospitalier. Le consommateur n'a rien à payer. La Régie de l'assurance maladie (RAMQ) rembourse directement le médecin sur présentation d'une note d'honoraires. S'agissant des frais d'hospitalisation, le bénéficiaire n'a rien à déboursier à l'exception de certains suppléments. Des assurances privées peuvent combler la différence avec le remboursement public.

Pour bénéficier d'une assurance médicament, les personnes s'assurent auprès d'assureurs privés, le plus souvent par le biais des assurances collectives dans le milieu de travail; ou bien auprès de la RAMQ, pour ceux qui n'ont pas cette possibilité. Dans ce dernier cas, la participation du citoyen varie en fonction de son revenu. Les médicaments sont gratuits pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées entre 60 et 64 ans ayant des « contraintes sévères ». La gratuité s'applique aussi aux enfants jusqu'à 17 ans et, sous certaines conditions, aux étudiants de 18 à 25 ans. S'agissant des frais d'hébergement de longue durée en CHSLD, la participation financière de la personne hébergée varie selon ses revenus avec un plafonnement.

Le financement

Le financement du système français est assuré pour l'essentiel par la Sécurité sociale qui regroupe une quinzaine de régimes d'assurance maladie. Le régime « général », régime des salariés, couvre environ 80 % de la population. Les remboursements varient selon le type de prestations : entre 80 et 100 % à l'hôpital, 70 % pour les soins de médecins, 60 % pour les auxiliaires médicaux et les laboratoires, entre 35 et 65 % pour les médicaments remboursables. Les prothèses dentaires et l'optique médicale ne sont que très partiellement remboursés. 90 % de la population dispose d'une protection complémentaire contractuelle délivrée par des mutuelles, des sociétés d'assurance ou de prévoyance.

Hormis pour l'hôpital, la règle générale est le paiement direct par le patient suivi du remboursement obéissant aux proportions indiquées ci-dessus. Cependant le développement du tiers payant, grâce à l'introduction d'une

carte à puce (carte Vitale), dispensera à terme les patients de cette avance de fonds.

Depuis le 1er janvier 2000, une Couverture Maladie Universelle (CMU), basée sur le critère de résidence, complète l'assurance maladie basée sur le travail. Elle protège dorénavant tous les résidents contre le risque maladie.

Au Québec, c'est le budget général du gouvernement provincial qui finance la majeure partie des services de santé. En 2002-2003, ceux-ci représentent environ 35 % du budget des dépenses du gouvernement. Le gouvernement fédéral contribue également au financement des soins de santé. Toutefois, sa quote-part a varié d'une province à l'autre et, depuis le milieu des années 1970, ce financement est allé en diminuant.

L'évolution en cours

En 1996, le gouvernement français a engagé une réforme d'envergure du système de santé. Elle s'est traduite par la transformation de l'assurance maladie gérée jusque là à parité par les employeurs et les travailleurs en un système plus étatique, l'élargissement de l'assiette de son financement, la création de la CMU et le vote annuel par le Parlement d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Par ailleurs, la régionalisation, priorité de la réforme, s'est concrétisée par la création des ARH, la constitution des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et la formation des Unions régionales des médecins libéraux. Enfin de nombreux dispositifs ayant pour objet l'amélioration des soins ont été mis en place. Parmi eux, l'accréditation des établissements hospitaliers et la définition de référentiels de pratiques... On peut parler aussi d'une plus forte implication des citoyens dans le système.

Au Québec, une remise en cause importante des modes d'organisation des services et du financement du système de santé est en cours. Coût des technologies toujours plus élevé et vieillissement rapide de la population questionnent le type de couverture assuré à l'avenir par l'État. À l'inverse, de nouvelles façons de faire permettent de fournir des prestations mieux adaptées à la population. Les responsables tentent de procéder aux réajustements administratifs nécessaires. Deux commissions d'étude, *l'une d'initiative québécoise*, l'autre fédérale viennent de remettre récemment leurs conclusions. ■

* Ce texte reprend en partie et s'inspire largement de l'étude « L'avenir des systèmes de santé en question : France et Québec » parue dans la revue « Santé, société et solidarité » (n° 1, 2002) de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité. Cette étude représente elle-même un extrait, mis à jour, tiré de l'ouvrage franco-québécois « Indicateurs sociaux-sanitaires – Comparaisons internationales » 1998, La documentation française et Les publications du Québec. Les auteurs du présent dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

La régionalisation du secteur sanitaire : une histoire à épisodes¹

Depuis la fin des années 1960, la régionalisation sanitaire a vécu une existence aventureuse. Secouée parfois par des coups d'éclat, par exemples la création des agences d'hospitalisation et des régies régionales contrainte souvent de faire machine arrière à cause d'impératifs budgétaires supérieurs ou de jeux de pouvoirs, elle n'en demeure pas moins aujourd'hui une référence, et, pour d'aucuns, un espoir, dans le paysage sanitaire en France et au Québec. Elle contribue puissamment à le charpenter et, quelquefois, à le complexifier.

Les débuts de la régionalisation dans le secteur sanitaire en France et socio-sanitaire au Québec

La régionalisation des secteurs sanitaire et social, outil de l'aménagement du territoire. C'était, tout aux débuts, la doctrine des gouvernements français et québécois avant qu'ils n'adoptent plus tard une approche de planification.

En 1971, le gouvernement du Québec regroupe les secteurs sanitaire et social de l'intervention étatique sous l'appellation « socio-sanitaire ». À toutes fins pratiques, il amorce la nationalisation des hôpitaux, abolit la médecine privée et crée le ministère des Affaires sociales. La France a conservé la distinction entre secteur sanitaire et secteur de l'action sociale et médico-sociale (cf. « L'action sociale et médico-sociale en France »), bien que l'un et l'autre relèvent du même ministère, celui de la Santé et des Services sociaux². En outre, le secteur privé occupe une large place dans le système de santé français aussi bien en médecine que dans les hôpitaux.

La réforme québécoise de 1971 a également donné le coup d'envoi à la régionalisation par la création de régions socio-sanitaires qui épousent plus ou moins les limites territoriales des régions administratives apparues en 1966. La France quant à elle ancre sa planification sanitaire sur le palier régional (22 régions et 4 territoires d'outre-mer) mais lui préfère le département pour l'action sociale et médico-sociale. Dans le secteur sanitaire, la Loi hospitalière de 1970 définit globalement le secteur public hospitalier, divise chacune des régions en secteurs circonscrits sur la base d'une carte sanitaire, dessinant en quelque sorte un « schéma sanitaire d'aménagement du pays ».

C'est la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui détermine au Québec, en décembre 1971, les paramètres de la régionalisation dans un secteur qualifié à l'avenir de socio-sanitaire. Elle crée 12 régions socio-sanitaires et chapeaute chacune d'elle d'un Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) ayant initialement pour rôle de conseiller le ministre et de coordonner le réseau public régional des services de santé et des services sociaux. Dès la création des CRSSS, l'idée d'une planification régionale de l'organisation des services voit le jour. Les conseillers sont invités à adresser au ministre des Affaires sociales³ leurs recommandations au sujet de la répartition et de l'utilisation des ressources de leur territoire. En 1979, pour certains secteurs dont celui de la santé mentale, le ministère des Affaires sociales invite les conseils régionaux à établir des priorités régionales, à dresser la liste des besoins régionaux, à élaborer des programmes de mise en oeuvre respectueux des orientations et de la planification

stratégique du ministère et à assurer le suivi budgétaire des décisions qu'ils sont amenés à prendre⁴.

Les années 1980 la planification régionale s'étoffe

Le véritable coup d'envoi de la décentralisation « à la française » a été donné en 1982 par l'adoption d'un vaste dispositif législatif (dit Lois Deferre, du nom du ministre de l'Intérieur de l'époque et en même temps maire très médiatisé de Marseille)⁵. Cette législation élève la région au titre de collectivité territoriale à part entière. Les fonctionnaires de la jeune administration régionale restent néanmoins subordonnés au pouvoir central. Selon la typologie de Saltman et Figueras (1997), il s'agit donc d'une déconcentration.

La régulation par schématisation initiée à partir des années 1960 est étendue aux secteurs sanitaire et social dans les années 1980 : sont rendus publics successivement le plan national de gérontologie en 1982, les schémas départementaux d'équipements sociaux en 1986 et le schéma national d'organisation en santé mentale en 1987.

L'expression « Plan de services régionaux » est utilisée au Québec dès avril 1986. Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, ces plans ont pour but, d'une part, une meilleure coordination des ressources en vue d'améliorer la qualité de services et, d'autre part, la mise à la disposition des régions d'un cadre de référence et d'un mécanisme de contrôle de la gestion des ressources.

Durant cette décennie, les conseils régionaux se sont vu déléguer différents mandats par le ministère de

la Santé et des Services sociaux. Ces délégations demeurent toutefois modestes jusqu'en 1991. Les CRSSS recueillent de nombreux pouvoirs... de recommandation, quelques pouvoirs de coordination et de gestion mais très peu de pouvoirs de décision.

Les années 1990 la création des ARH et des RRSSS

Pour la régionalisation sanitaire, le début des années 1990 est à marquer d'une pierre blanche à la fois en France et au Québec. En France, une nouvelle loi hospitalière confie aux directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). La répartition des moyens, immobiliers et mobiliers, se fera dorénavant en fonction des besoins de la population et de leur satisfaction. La loi rend également obligatoire l'adoption, par chaque établissement, d'un projet d'établissement, sorte de projection de son avenir sur un horizon de trois à cinq ans (cf. « Le projet d'établissement »). Accompagnant ce train de réformes, l'idée d'une participation de tous à la maîtrise des dépenses de santé se fait de plus en plus présente. De toute évidence, la contrainte budgétaire a pesé sur la réorganisation du système de santé.

Le parallèle avec le Québec est édifiant. La nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, adoptée en 1991, donne un second souffle à la régionalisation. Elle supprime les CRSSS et les remplace par 16 régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) auxquelles sont confiés des mandats et des pouvoirs plus étendus, dont celui d'élaborer des plans régionaux d'organisation de services (PROS). En demandant aux RRSSS de s'investir dans cet exercice de planification, l'un des principaux objectifs poursuivis par le ministère est la maîtrise des dépenses socio-sanitaires. Certains

auteurs font cependant observer que les PROS n'ont pas vraiment répondu aux attentes du ministère : plus que des instruments de rationalisation et de ré allocation intra régionale, ils ont servi de vecteurs de revendication pour de nouvelles ressources⁶.

En France, un décret de 1994 conforte le rôle des DRASS dans la régulation de l'offre hospitalière publique. Ainsi leurs transfère-t-on la pleine compétence budgétaire auparavant d'ordre départemental, et cela même si l'affectation des budgets⁷ aux hôpitaux doit continuer à se décider en concertation avec les directions départementales (DDASS). En somme, la région repousse le département dans l'ombre mais celui-ci a toujours son mot à dire. En 1996, la réforme Juppé (du nom du Premier ministre alors en fonction), d'une portée plus large, propose une approche globale de la gestion, jusque-là très fragmentée, du système de santé. Elle introduit des changements institutionnels à tous les niveaux : national, régional et local.

Ajout majeur, la réforme fait apparaître un nouvel acteur régional : les agences régionales d'hospitalisation (ARH). Les ARH sont compétentes en matière de planification des établissements de santé publics et privés et d'allocation de ressources à ces établissements. Elles agrègent des missions auparavant dévolues, d'une part, aux échelons régionaux et départementaux de l'État et, d'autre part, aux Caisses d'assurance maladie. Elles rassemblent sous un même toit des représentants de tous les secteurs du système de santé facilitant ainsi pour la première fois en France une réelle coordination dans la gestion des affaires sanitaires et médico-sociales. Au niveau national, la réforme confie au Parlement de nouvelles prérogatives en matière de contrôle des dépenses de santé et crée l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé.

L'idée du réformateur, et du législateur, est d'avoir voulu lier les priorités

locales au budget des établissements. Le processus comprend trois étapes : les priorités sont arrêtées localement (palier communal); puis elles sont acheminées, pour approbation, au niveau national qui a préalablement fixé un objectif national des dépenses d'assurance maladie (la Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 25 juin 1999 prévoit d'élaborer des schémas nationaux de services collectifs dont l'un concerne les services sanitaires); enfin, dans un troisième temps, une dotation est versée à chaque région, à charge pour elle de la répartir entre les établissements socio-sanitaires de son territoire⁸.

Les montants dégagés par l'application du taux d'évolution des dépenses ne sont donc plus affectés uniformément au budget de chacun des établissements par le niveau national, mais ils sont retournés dans les régions qui peuvent s'en servir pour réduire les disparités inter-établissements. De Pouvourville⁹ remarque cependant que cette répartition reste marginale. D'autant que les instances régionales ne peuvent, de leur propre chef, transférer des budgets d'un secteur à l'autre, par exemple du secteur hospitalier public vers le secteur hospitalier privé, et encore moins vers celui de l'action sociale et médico-sociale qui dépend d'ailleurs du département. Pour exprimer cette absence de passerelles, les Français disent que « les enveloppes ne sont pas fongibles ». Au-delà du phrasé, ces rigidités procédurières semblent pour l'instant freiner la ré allocation des ressources par la région. Pour plusieurs experts, le secteur sanitaire « peine à s'émanciper du découpage départemental et des cadres cantonaux¹⁰. »

Encore une fois, il est étonnant d'enregistrer la concomitance avec les options retenues au Québec où, au même moment, le ministère de la Santé et des Services sociaux concède aux Régies régionales une latitude en ce qui concerne les budgets des

établissements. Mais contrairement à la situation française, les RRSSS peuvent procéder, à la marge il est vrai, à une ré allocation d'un secteur à l'autre, par exemple de l'hôpital vers les centres locaux de santé communautaire (CLSC).

Par ailleurs, à la fin des années 1990, le réseau de la santé et des services sociaux a été mis à contribution par le gouvernement du Québec à la poursuite de l'équilibre budgétaire (déficit zéro) par le biais d'ententes de gestion avec chacun des établissements qui revenaient à fixer le niveau de la « contribution financière » de l'établissement. Et c'est dans ce climat d'assainissement des finances publiques qu'une troisième (depuis 1971) réforme majeure a été entamée. Elle fait suite aux travaux d'une troisième commission d'enquête, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux¹¹.

À l'aube du XXI^e siècle une nouvelle grande réforme au Québec

Au Québec, la réforme de la gouverne du réseau socio-sanitaire de juin 2001¹² s'insère dans celle, plus horizontale, enchâssée dans la Loi sur l'administration publique adoptée en mai 2000. Dans un esprit qui s'inspire du Nouveau Management public (NMP) ou plus généralement de ce que Rhodes (1997)¹³ appelle le « managérialisme », cette loi met l'accent sur l'imputabilité des gestionnaires publics, la gestion axée sur les résultats, le service aux citoyens et l'évaluation.

Avec la réforme de 2001, le gouvernement du Québec confie aux Régies régionales de nouvelles responsabilités en matière de planification régionale, de gestion et d'imputabilité. Ainsi les amendements législatifs clarifient-ils la question de l'imputabilité en tranchant en faveur du ministère et du ministre. En effet, chaque RRSSS est désormais dirigée par un conseil d'administration dont

les membres sont nommés par le ministre. Celui-ci nomme également le président directeur général de la régie après une consultation régionale. Les PDG des régies régionales s'apparentent dans les faits à des sous-ministres en région, imputables auprès du ministre et faisant partie intégrante de l'équipe de direction du ministère. Dès lors, bien qu'elles jouissent d'une personnalité juridique propre et qu'elles soient dirigées par des individus nommés, les RRSSS s'inscrivent davantage dans une logique de déconcentration que de délégation comme ce fut le cas durant 30 ans.

Toutefois, dans un esprit de *check and balance*, des forums de la population (anciennement assemblée régionale de 1991 à 1996) font figure de contrepartie politique. Les forums, composés de 15 à 20 citoyens, ont été installés dans chaque région à l'automne 2002 par les régies régionales. Ces participants devaient être désignés par le conseil d'administration de la RRSSS, après accord avec le conseil régional de développement (CRD), organisme public québécois à vocation économique.

Enfin, toujours au Québec, on relèvera que le comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés a déposé en janvier 2002 son rapport sur « La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers ». Le comité suggère d'instituer de nouveaux procédés d'allocation de ressources de manière à les répartir de façon plus équitable entre les régions, en fonction des besoins des populations. En aval, le financement des établissements empruntera un cheminement normatif basé sur des coûts moyens standards par catégorie de soins, une approche non sans similitude avec celle que désire instaurer la France. Au Québec, cette démarche est actuellement en voie d'implantation dans les centres hospitaliers.

En France, un rapport préparatoire au schéma de services collectifs

sanitaires a été déposé récemment. Sa philosophie est de « permettre de structurer les politiques publiques sur le territoire en fonction d'objectifs de long terme (20 ans)¹⁴. »

Un bilan équivoque

Parmi les quatre types de décentralisation énoncés en prémisses, déconcentration, délégation, dévolution et privatisation, la France a toujours pioché la déconcentration. Ce sont des représentants de l'État central qui administrent les Agences régionales d'Hospitalisation. Avatar d'un réflexe centralisateur tenace? Pas si sûr. On insistera jamais assez sur le fait que si la délégation et la dévolution n'ont pas droit de cité dans le secteur sanitaire français, la privatisation y est paradoxalement omniprésente, a *contrario* du Québec où la loi canadienne sur la santé l'interdit.

Au Québec, les gouvernements qui se sont succédé à partir de 1970 ont fréquemment qualifié la régionalisation du secteur socio-sanitaire de décentralisation administrative (délégation). On tenait compte ici des faits suivants : les conseils régionaux avaient à leur tête un conseil d'administration dont les membres étaient nommés en majorité par différents collèges électoraux; ils nommaient le directeur général; les employés du CRSSS n'étaient pas des fonctionnaires et, enfin, le ministère leur délégait différents pouvoirs et responsabilités. Au fil des décennies, plusieurs spécialistes ont contredit cette assertion et fustigé la timidité de cette délégation, à l'exception peut-être de la période 1991-2001. À partir de la création des Conseils régionaux en 1971, les économistes ont eux pris l'habitude de caractériser la décentralisation sanitaire québécoise de déconcentration. Toujours est-il que depuis les amendements de 2001 à la loi sur les services de santé et les services sociaux, tous s'entendent pour voir dans la décentralisation actuelle une déconcentration *de facto*.

En d'autres termes et à l'encontre du discours conformiste, la régionalisa-

tion sanitaire au Québec est d'abord instrumentale et technocratique avant d'être politique et démocratique.

En France, la région offre aux administrateurs (par opposition aux politiques) du secteur hospitalier un espace de rencontre, de discussion et de coordination. Pour ce qui est

du secteur social et médico-social, la joute se déplace au niveau des départements.

Le Québec et la France partagent la même appétence pour la centralisation de leur secteur socio-sanitaire. Et même si la régionalisation est une fonctionnalité agissante aussi bien

dans un système centralisé que dans un système décentralisé, au Québec comme en France, les réticences de plusieurs à s'affranchir du « Centre », hors la déconcentration, entravent la régionalisation et retardent le déroulé de solutions franchement centrifuges. ■

Notes

¹ Cette section reprend, en les adaptant, les exposés de Jean Turgeon, Martine Bellanger et Jean-Marc Lhuillier lors du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002.

² Actuellement le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

³ Le ministère des Affaires sociales créé en 1970 deviendra le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1985.

⁴ Québec, Arrêté en Conseil 3179-79, Québec, 28 novembre 1979.

⁵ La loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. La loi du 7 janvier 1983 sur la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Enfin, la loi du 6 janvier 1986 sur l'organisation des régions.

⁶ Voir Turgeon, Jean et Landry, Réjean. « Les plans régionaux d'organisation de services

de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'intervention publique? », *Politiques et management public*, vol. 13, n° 4, décembre 1995, p. 115-130.

⁷ Chaque hôpital reçoit un budget fermé (budget global). Cette formule, implantée au Québec dès 1974, a été instituée en France en 1983-1984.

⁸ De Pouvoirville, Gérard, opus cit., p. 49. La régulation financière du secteur privé est très différente. L'ensemble des dépenses hospitalières privées est « sous enveloppe », c'est-à-dire soumis au respect d'un objectif annuel d'évolution, l'Objectif quantifié national.

⁹ Ibid., p. 50.

¹⁰ Picheral, H., et Mace, J.M. « Territoires hospitaliers : l'exemple du Lot-et-Garonne », *Technologies et Santé*, n° 45, décembre 2001, p. 84.

¹¹ Québec. Les solutions émergentes - Rapport de la commission d'étude sur les services

de santé et les services sociaux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

¹² Projet de loi n° 28 (2001, c. 24), L.R.Q. chapitre S-4.2, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

¹³ Rhodes, R.A.W. *Understanding governance : policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Bristol, Pa., Open University Press, 1997, 235 p.

¹⁴ Polton, Dominique. *Quel système de santé à l'horizon 2020? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Datar – Credes. Paris : La Documentation française 2001.* In Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, *L'avenir des systèmes de santé en question : France et Québec, Santé, Société et Solidarité*, Paris et Québec, 2002, n° 1, p. 18.

La régionalisation du secteur sanitaire : un enjeu de pouvoirs

Il nous faut désormais dépasser les péripéties, dépeintes dans l'article précédent, de l'évolution de la régionalisation des systèmes de santé, pour nous intéresser aux facteurs qui l'expliqueraient et qui motivent le choix des outils (cf. « Les outils de la planification ») inventés et mis en œuvre pour l'administrer. Quand on évoque les phénomènes de régionalisation ou de décentralisation, la notion de transferts de pouvoirs, avec son cortège de vagues hésitations, s'impose immédiatement à l'analyse. La régionalisation du secteur sanitaire en France et du secteur socio-sanitaire au Québec ne fait pas exception à la règle. En juin 2002, plusieurs conférenciers du Forum de Rennes ont insisté sur l'impact de facteurs tels que l'émergence des contre-pouvoirs locaux, la pérennité des réflexes centralisateurs, la stratification excessive des structures, le poids de l'Europe en France et du fédéral au Québec ou encore la difficile perméabilité des frontières entre le social et le sanitaire.

Les luttes de pouvoir au niveau local contre une régionalisation perçue comme technocratique...

En France, la région a mauvaise presse. Pour les tenants d'un État jacobin centralisé, elle est le symbole d'un processus historique centrifuge de morcellement du pays. Pour les élus locaux et les élites locales, les grands mandarins de la santé par exemple, elle incarne un nouveau lieu de dérive technocratique et centralisatrice. Dans ce climat de méfiance, les régionalisations entreprises par les gouvernements successifs naviguent entre les écueils que dresse sur leur route le jeu des pouvoirs et des contre-pouvoirs. Ainsi, bien que les instances départementales et

communales voient leurs prérogatives rognées par des politiques de regroupement intercommunal ou régional avec la bénédiction de l'Union Européenne, le couple commune/département résiste et conserve sa pertinence. Pour Michel et Bellanger¹ :

« Compte tenu de la capacité de neutralisation et du pouvoir d'influence de ces représentants du pouvoir local, la régionalisation politique puis sanitaire et enfin médico-sociale relève d'une mise en œuvre incrémentale ; elle intervient progressivement, par palier, afin de ne pas susciter de réactions brutales de rejet et de donner le temps aux acteurs locaux de se l'approprier. »

Essentiellement pour les mêmes raisons qu'en France, les élites locales québécoises ont été durant près de trente ans des adversaires de la régionalisation qu'elles percevaient plus comme une centralisation régionale que comme une décentralisation. Et ce bien qu'elles aient été appelées à siéger aux conseils d'administration des Conseils régionaux (CRSSS) puis des Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS).

La mise en œuvre de la régionalisation relève donc d'un processus éminemment politique. La mise en tension des intérêts des uns et des autres rend le plus souvent ce processus conflictuel. D'une part, entre la tentation centralisatrice de l'État et la propension des notabilités locales à défendre leur pré carré et, d'autre part, entre les appétits de puissance des élites locales elles-mêmes.

La résistance des élus et des administrateurs nationaux

En France, l'administration centrale a montré peu d'empressement à

encourager la démarche des contrats d'objectifs et de moyens (C.O.M.), pierre angulaire de la régionalisation sanitaire. Cette inclination naturelle à écarter les intermédiaires entre elle et les établissements se traduit, entre autres, par un « aiguillage » important d'une partie des budgets de développement vers des priorités nationales, nonobstant les ententes conclues entre les régions et les établissements. Ainsi, depuis trois ans, le gouvernement a créé des fonds spéciaux pour compenser le déficit du budget de la sécurité sociale : par exemple 500 million € sur trois ans pour payer les remplacements de personnel dans les établissements. Cette manière d'agir contrecarre la logique de contractualisation. La dynamique entre les acteurs régionaux et les établissements s'en trouve altérée, ces derniers hésitant à s'engager dans des exercices de contractualisation alors qu'à tout moment le gouvernement peut choisir de privilégier – et de financer – ses propres objectifs, privant la région d'autant d'argent pour l'accomplissement de ses contrats.

La Cour des comptes² reproche d'ailleurs au ministère de la Santé de vouloir gérer le réseau des établissements à la place des agences régionales d'hospitalisation et à l'inverse de négliger sa véritable mission, à savoir la capitalisation des compétences et des expériences, la diffusion de méthodologies et l'animation du réseau.

Par ailleurs, le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires³ confirme la poursuite du mouvement de déconcentration régionale en France : « le rôle des instances nationales sera amené à se renforcer tant dans le pilotage général et le cadrage de l'action régionale, par des objectifs en amont, que dans son évaluation en aval⁴. » Il reste à

espérer que le « Centre » se focalise, comme le lui demande la Cour des comptes, sur son rôle de pilote et ne contraigne pas les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en leur superposant un schéma supplémentaire.

Au Québec, la situation n'est guère différente. Pendant plus de 20 ans (de 1971 à 1993), et tout en en faisant la promotion, les gouvernements n'ont pas cru bon de donner à la régionalisation des contours concrets, quand il ne s'agissait pas, pour certains services, de court-circuiter les instances régionales. Ainsi, de 1980 à 1993, le personnel d'une direction du ministère de la Santé et des Services sociaux entretenait des « liens » (!) directs avec les établissements socio-sanitaires. Tout au long de cette période des fonctionnaires du MSSS, appelés chargés d'établissement, conservaient des contacts réguliers avec les directions d'établissements, plutôt que de faire affaire avec les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Le « fléchage » (aiguillage) dans les budgets des établissements n'est pas non plus étranger à la pratique québécoise. Il est arrivé fréquemment que le ministre ou l'administration centrale annonce de nouveaux budgets dédiés à des clientèles ou à des problématiques précises, indépendamment des priorités que s'étaient fixées par consensus les acteurs régionaux.

Le cumul des découpages territoriaux

La France a le goût des hiérarchies complexes. On y crée des nouvelles structures, donc des nouveaux pouvoirs, en prenant bien soin de ne pas toucher aux structures et pouvoirs existants. On additionne mais on ne retranche jamais. En 1982, les régions sont devenues des collectivités territoriales à part entière sans pour autant qu'on s'interroge sur le statut et les compétences des départements. Cette surabondance

de strates administratives rend aléatoire toute tentative de planification. Depuis 1996, l'Agence régionale d'hospitalisation, nouvel acteur de la planification sanitaire, doit jouer des coudes pour imposer sa vision qui parfois heurte de plein fouet des mécanismes antérieurs de planification, centraux, départementaux ou locaux. Dans ce contexte, trouver un consensus entre les multiples schémas proposés dans le secteur sanitaire (national, régional, interrégional, départemental, interdépartemental, communal, intercommunal) nécessite un long et laborieux travail de négociation.

Au Québec, ce phénomène de superposition semble avoir peu d'influence. Tout d'abord parce qu'une certaine intégration du social et du sanitaire a été mise en œuvre dès 1970. Les régies régionales doivent adapter, pour leur territoire, les politiques et programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ensuite, parce que ni les municipalités ni les municipalités régionales de comté (MRC) n'ont à produire de cartes ou de plans socio-sanitaires.

Les effets des politiques de l'Union Européenne (France) et du cadre fédéral (Québec) sur la régionalisation

Quelles que soient leurs ambitions et leurs politiques, les États membres de l'Union Européenne ne peuvent dorénavant s'affranchir de la perspective communautaire. La régionalisation n'échappe pas à ce nouveau déterminant. Un déclencheur si puissant qu'il va jusqu'à contraindre certains États à revoir leur organisation administrative régionale. En France, par exemple, les assises traditionnelles du pouvoir local, la commune et le département, sont menacées par des réformes institutionnelles encouragées par l'Union Européenne qui font la part belle aux structures intercommunales et régionales. Michel et Bellanger soulignent que

« le couple communes-départements résiste encore cependant fermement à l'émergence d'une coopération intercommunale fonctionnelle (élargie à plusieurs cantons), ainsi qu'à l'émancipation des régions⁵. »

En matière sanitaire et médico-sociale, il n'existe pas de politique sanitaire commune au sein de l'Union Européenne. Par contre⁶ :

« si l'Union Européenne ne prévoit (...) pas directement la régionalisation sanitaire (...) elle contribue à orienter les systèmes de soins dans une perspective de santé publique, déclinée sur des bases administratives territoriales renouvelées, à savoir régionale et intercommunale. »

Par voie de conséquence, la réflexion actuelle sur le territoire sanitaire et médico-social doit tenir compte du processus de « re territorialisation » de l'organisation politico-administrative française à l'échelle européenne.

Au Québec, on ne peut manquer de souligner l'important leadership fiscal et normatif qui a souvent prévalu de la part du gouvernement canadien. Le rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé publié en novembre 2002 en est la dernière illustration. L'unique commissaire, monsieur Roy Romanow, invite le gouvernement canadien à créer différents fonds liés à des problématiques sanitaires (technologies de pointe, soins à domicile, etc.), fonds qu'il financerait et dont il fixerait les conditions d'utilisation par les provinces. Évacuons le discours fédéral sur le besoin d'échafauder des politiques à géométrie variable contingentes à chaque province et sur la nécessaire imputabilité. Il faut avouer que cette manière de faire lui confère, plus encore que l'ancienne stratégie consistant à verser l'argent aux fonds consolidés des provinces, une grande visibilité auprès des populations qui bénéficieront de ces programmes. Tant que cette pression sera maintenue, les régions du Québec ne pourront accéder à un statut différent de celui qui prévaut depuis plus de 30 ans. Au mieux, elles profiteront

d'une délégation (décentralisation administrative) de la part du gouvernement du Québec. Sinon, comme cela semble déjà se dessiner dans le domaine socio-sanitaire, la voie de la déconcentration sera privilégiée par des gouvernements provinciaux qui craignent – à juste titre – qu'Ottawa ne passe par dessus leur tête pour négocier directement avec les régions.

Les difficultés à installer des mécanismes efficaces de ré allocation entre secteurs

Il n'existe pas en France un lieu unique de définition des politiques de santé. A titre d'exemple, la politique en matière de soins ambulatoires est

arrêtée par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie et non par les Agences régionales d'hospitalisation. En outre, chaque secteur, sanitaire et social, détermine et met en œuvre sa propre politique. Il n'est donc pas surprenant qu'il n'y ait pas de redistribution entre les secteurs, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de transfert de moyens du médico-hospitalier vers le médico-social ou vers l'ambulance.

Même si le Québec a réalisé très tôt la fusion du social et de la santé (socio-sanitaire), il rencontre également des difficultés à modifier le modèle type de répartition des dépenses. Le programme-clientèle Santé physique (essentiellement les hôpitaux) accapare 46,2 % des dépenses réelles nettes, une propor-

tion qui a très peu changé au cours des 10 dernières années.

D'autres facteurs assujettissent la régionalisation du secteur sanitaire en France et socio-sanitaire au Québec. On citera pour mémoire la centralisation des négociations socioprofessionnelles et, plus généralement, du financement du système ou l'acquisition de technologies (y compris les médicaments) sans cesse plus dispendieuses et les modalités de leur dotation. Conjugués à ceux de notre analyse, ils expliquent dans une large mesure que la régionalisation se retrouve, trente ans après ses débuts, non dans une impasse mais dans une voie étroite, coincée entre l'arbre local et l'écorce nationale. ■

Les dépenses selon les programmes-clientèles, 1993-1994 à 2000-2001, en milliers de dollars courants

Programme clientèle	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Santé physique	4 416 377	4 434 659	4 400 022	4 141 671	4 095 930	4 281 721	4 567 504	5 017 065
Ensemble des programmes	9 408 028	9 462 291	9 418 016	9 295 926	9 182 512	9 424 014	9 955 595	10 863 748

Source : MSSS, SDI, avril 2002

Notes

¹ Michel, Hervé, Bellanger, Martine M. La régionalisation sanitaire et médico-sociale entre enjeux étatiques, pouvoirs locaux et construction européenne - Approche politique et analogique de la régionalisation, communication au colloque Économétrie de la santé XIV : santé et régionalisation, Ajaccio, 10 et 11 octobre 2002, p. 23.

² L'équivalent du bureau du Vérificateur général au Canada et au Québec.

³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

⁴ Polton, Dominique. Quel système de santé à l'horizon 2020? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français, opus cit., p. 21.

⁵ Michel, Hervé et Bellanger, Martine M. opus cit, p. 1.

⁶ Ibid., p. 24.

L'action sociale et médico-sociale en France*

Bien qu'elles aient le même ministère de tutelle, la santé et l'action sociale se différencient en France en termes de structures et de financement. C'est en 1975 que la Loi sociale a sanctionné la séparation entre les deux secteurs, le premier très largement de statut public, le deuxième privatisé pour l'essentiel. En 1982, les lois de décentralisation confient au Département, et non à la Région, la responsabilité de l'organisation et de la régulation de l'action sociale et médico-sociale.

Le secteur social et médico-social compte 24 000 établissements. Ces établissements ne sont pas financés de manière uniforme. À titre d'exemples, les établissements pour personnes âgées sont au premier chef financés par les intéressés eux-mêmes bien que des subsides publics puissent être versés à certaines entités; les budgets consacrés aux sous-secteurs de l'enfance et de l'enfance inadaptée sont presque en totalité d'origine privée. Des fonds publics y sont alloués mais ils sont gérés par des associations. Il s'agit donc d'un modèle éclaté de cogestion dans lequel privé et associatif jouent un grand rôle. Les grandes associations, comme celles évoluant dans le champ de l'enfance inadaptée, ne se réclament pas de l'État régulateur. Les gestionnaires de ce secteur, histori-

quement l'un des plus innovants, trouvent les réponses données par l'État planificateur insuffisantes eu égard à leurs préoccupations.

Contrairement donc au secteur sanitaire, la légitimité même de l'intervention de l'État a souvent été remise en cause. Les contraintes économiques et le tarissement des crédits sociaux ont cependant poussé l'État à plus d'interventionnisme. Dès 1975, il avait imposé, sinon une carte sociale, du moins une coordination entre établissements. En 1982 paraît un plan pour la gérontologie, en 1986 les schémas départementaux d'équipements sociaux et en 1987 un schéma d'organisation en santé mentale.

En dépit des réticences exprimées ouvertement par le milieu, un consensus, sur le terrain, a pavé la voie à une planification étatique dont tout le monde s'accordait sur l'espace d'application le plus efficace : la région. Or, la Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 entérine le rôle des départements dans la réalisation des schémas d'organisation. Ainsi ont-ils la haute main sur les autorisations de création d'établissements.

Dans ce contexte, le schéma régional ne sera qu'une agrégation des schémas départementaux. Il faut noter toutefois que les grandes associations sont formellement invitées à collaborer avec les départements pour l'estimation des besoins du secteur. Malgré cet appel à participer, bien des interrogations subsistent tant en ce qui concerne la complexité croissante des circuits de financements que l'aptitude du secteur à conserver sa capacité d'innovation. ■

* Synthèse de l'intervention de Jean-Marc Lhuillier, professeur au département POLITISS (Politiques et Institutions Sanitaires et Sociales) de l'École nationale de la santé publique de Rennes lors du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002. Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

Les territoires et l'offre médicale et hospitalière en France*

En matière de santé, les enjeux territoriaux se situent à trois niveaux : d'une part ils expriment l'hétérogénéité d'une réalité sanitaire diversifiée selon les zones géographiques avec la persistance d'inégalités tant du point de vue de l'état de santé des populations que de l'offre ou de la consommation de soins; d'autre part, ils sont les espaces géographiques de décision et de pilotage du système de santé animés par deux dynamiques, l'une régionale et l'autre européenne; en dernier lieu, ils renvoient, pour ce qui concerne la santé, au choix du découpage territorial le mieux adapté à la planification de l'action publique.

La démographie médicale

Le système de santé a sa propre dynamique qui n'est toutefois pas indépendante du contexte économique et social. Ainsi, à titre d'exemple, la recherche de la « bonne » densité médicale va structurer le paysage sanitaire français dans les vingt prochaines années. On prévoit, à partir de 2010, une forte baisse de l'encadrement médical liée à différents facteurs : diminution de la durée du travail, féminisation des professions de santé, augmentation de la demande de soins consécutive au vieillissement de la population... On constate déjà des « pénuries locales » dans certaines régions délaissées faute d'offrir aux médecins une qualité de vie correspondant à leurs aspirations.

En période de décroissance des effectifs, ces déséquilibres géographiques, disciplinaires ou fonctionnels exigent une gestion plus ajustée et la prise en compte de l'organisation et du contenu des métiers.

Le lien entre territoires et services de santé

Axe stratégique dans l'évolution des services de santé, le lien avec les territoires s'articule autour de deux idées-forces : tout d'abord la poursuite du mouvement de déconcentration des responsabilités au niveau régional, y compris jusqu'à l'échelon des acteurs de terrain et tout en préservant des principes de solidarité et d'équité; ensuite la « territorialisation » des politiques de santé, conçues et mises en œuvre en fonction de la spécificité et de la diversité des espaces géographiques.

En corollaire, les instances nationales devront renforcer le cadrage de l'action régionale par un pilotage par objectifs en amont et une évaluation en aval.

L'organisation des services médicaux et hospitaliers

Une triple exigence guide l'organisation des services notamment sous l'angle de leur répartition territoriale :

l'attention portée à la dimension relationnelle et humaine, la garantie d'une continuité des soins et l'accessibilité. Les services de proximité constituent le premier maillon mis en péril par la démographie médicale. Quelques propositions alimentent le débat : incitations, financières ou non, à l'installation des médecins, regroupement des médecins, solutions publiques en cas de carence de la médecine libérale, solutions plus coercitives sous forme d'obligation provisoire de service, développement dans certaines zones d'une politique de transport et, plus généralement, continuation de la réflexion sur le contenu des métiers et les substitutions possibles des tâches.

Un deuxième enjeu majeur est de coordonner, et non de juxtaposer, les interventions professionnelles en assurant leur continuité. Selon les types de territoires et leur « fragilité », plusieurs modalités sont envisagées : une mise en réseau des praticiens locaux avec les structures de soins locales (hôpitaux locaux) dans les zones rurales qui permettrait de répondre à l'urgence et à la permanence des soins; l'établissement de dispositifs de proximité polyvalents dans les zones péri-urbaines aujourd'hui mal desservies par la médecine de ville; le maintien dans les zones très enclavées de services assurés par une permanence tournante.

D'une manière générale, et malgré les freins exercés par les intéressés eux-mêmes, on verra se développer dans les prochaines années le travail des professionnels en réseau, voire leur intégration dans un même lieu physique.

La dernière série de propositions concernent les soins hospitaliers, des plus courants dispensés par l'hôpital général aux plus rares dont la répartition transcende les frontières régionales. L'avenir du système de santé dépend de leur triple évolution vers : le virage ambulatoire et plus globalement les alternatives à l'hospitalisation; la conciliation des dimensions techniques et humaines des soins; des logiques plus coopératives entre établissements. ■

* Ce texte reprend en partie et s'inspire largement de l'étude : « Quel système de santé à l'horizon 2020? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français », par Dominique Polton, Directrice du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES). In Santé, Société et Solidarité, n° 1, 2002.

Il met également en lumière certaines des interventions de Martine Bellanger et de Jean-Marc Lhuillier, professeurs au département POLITISS (Politiques et Institutions Sanitaires et Sociales) de l'École nationale de la santé publique de Rennes lors du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002.

Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

La régionalisation du secteur sanitaire : les outils de la planification

Nous avons vu dans l'article consacré à l'évolution de la régionalisation dans le secteur sanitaire que dès le milieu des années 1980, différents instruments ont été élaborés, expérimentés puis confiés aux instances régionales françaises et québécoises de la planification sanitaire. Compte tenu de la place stratégique que les exercices de planification sanitaire vont occuper dans les années à venir, et notamment au Québec, il nous paraît utile de présenter les principaux outils utilisés en France et au Québec, les premiers pouvant d'ores et déjà faire l'objet d'un bilan provisoire à l'encontre des seconds, pour une grande part, encore en période de gestation.

Les outils de la planification sanitaire en France

► Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Le SROS est une projection quinquennale de la planification régionale du secteur hospitalier en termes de principes, d'objectifs de santé publique, de réorganisation de l'offre de soins et de restructurations des établissements. Il a prioritairement pour but une répartition géographique plus équitable des ressources. Selon Haas¹ :

Les SROS de première génération issus de la loi hospitalière de 1991 (...) ont été appliqués correctement, notamment en matière d'objectifs de santé publique. Néanmoins leurs caractères hétérogènes et leur non opposabilité n'en ont pas fait des leviers forts de la restructuration hospitalière.

La rédaction des SROS de seconde génération s'est amorcée en mars 1998. Ils ont désormais force de loi

et toutes les décisions doivent se prendre en conformité avec leurs recommandations. La planification régionale orchestre le partage du « marché » des soins de santé entre les établissements publics et privés d'une région en contrôlant l'éventail des services offerts par chaque établissement et la capacité d'accueil de ses services².

Le niveau national conserve cependant l'autorité sur la répartition des ressources. C'est leur gestion qui est, ensuite, l'apanage du niveau régional : grâce à des accords négociés entre l'Agence régionale d'hospitalisation et les syndicats pour le secteur hospitalier privé à but lucratif; par le biais d'une répartition par l'ARH de l'enveloppe consentie par le « Centre » pour les établissements publics, en privilégiant dans la mesure du possible les établissements les plus efficaces.

► Le contrat d'objectifs et de moyens (C.O.M.)³

Au moment de la création des ARH en avril 1996, il était prévu que chaque établissement de santé, public ou privé, devait conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.O.M.) avec son agence régionale d'hospitalisation.

Le C.O.M. n'est pas une traduction littérale du SROS, mais son adaptation dans un véritable contrat négocié avec l'agence régionale d'hospitalisation⁴. Au sein de l'établissement, l'exercice consiste à se rassembler autour d'une vision commune des objectifs, à anticiper le coût de leurs réalisations et à identifier les ressources disponibles, gains de productivité internes à l'établissement ou collectif budgétaire de l'ARH. Cette entente prend la forme d'un projet d'établissement (cf. «Le projet d'établissement») qui doit être approuvé par le

directeur de l'ARH.

La circulaire du 13 janvier 1997⁵ impose aux rédacteurs d'un contrat d'objectifs et de moyens la prise en compte des sept éléments constitutifs suivants :

- les orientations stratégiques de l'établissement;
- la qualité et la sécurité des soins;
- la mise en œuvre des orientations adoptées par les conférences de santé;
- le délai de mise en œuvre de la procédure d'accréditation;
- la participation aux réseaux de soins, aux communautés d'établissements sanitaires et aux actions de coopération;
- les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines;
- les éléments financiers du contrat.

Concernant la procédure d'accréditation, il faut souligner que, contrairement au Canada et au Québec, où une telle pratique existe depuis les années 1980 pour les hôpitaux, la France a entamé le programme d'accréditation en avril 1996 seulement. Un délai de cinq ans était alors prévu pour l'implanter dans tous les établissements sanitaires.

Enfin, le C.O.M. « encourage et favorise la coopération et la constitution des réseaux de soins, dans la mesure où ils représentent un argument central de la négociation bilatérale avec l'Agence⁶. »

► Les trois temps de la contractualisation

Le processus de contractualisation se déroule en trois périodes : une phase de négociation entre l'ARH et l'établissement, la mise en œuvre du contrat lui-même et enfin son évaluation.

La phase initiale présente bien des aspérités et des écueils à surmonter compte tenu du fait, entre autres,

qu'il n'existe pas en France de vraie tradition de la négociation, la démarche habituelle étant plutôt de type hiérarchique et unidirectionnelle, du haut vers le bas. À Rennes, lors du Forum de juin 2002, plusieurs intervenants ont déploré l'impréparation des administrateurs, du niveau régional ou des établissements, à maîtriser un mécanisme du ressort de la sphère de compétence de l'État et des caisses d'assurance-maladie. On désigne le manque de formations à la négociation et la lourdeur de la charge que représente l'élaboration des indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à l'évaluation périodique du contrat. On stigmatise aussi le fait que l'opposition d'un seul médecin au projet d'évolution ou de restructuration de son établissement peut faire échouer l'ensemble du projet. Par ailleurs, la préparation d'un contrat consomme beaucoup de temps et mobilise de nombreuses ressources humaines et techniques. Entre trois à six mois de discussions et de travaux sont nécessaires avant d'aboutir à la signature du C.O.M. Soulignons enfin que la faiblesse de l'outillage économique, l'absence de tarification par type de pathologie par exemple, ne permet pas de fixer clairement la dimension financement des contrats, et donc les budgets hospitaliers, à partir du prix réel des activités.

La mise en œuvre d'un contrat d'objectifs et de moyens s'étend sur un horizon de trois à cinq ans. Durant cette période, le C.O.M. fait l'objet d'une révision annuelle. À l'usage, on s'aperçoit que la souplesse et la dynamique de la méthode contractuelle se heurtent à la rigidité – et à la complexité – du statut actuel des établissements publics, à savoir un établissement sous responsabilité communale, c'est-à-dire du maire, dont les personnels sont des fonctionnaires statutaires de la fonction publique hospitalière et les praticiens eux-mêmes en partie, mais en partie seulement, des fonctionnaires.

En ce qui a trait à la phase d'évaluation, il est à noter que le code de la santé publique fixe l'obligation

d'évaluer la réalisation du contrat et lie les inflexions budgétaires, positives ou négatives, aux bilans périodiques dressés par l'établissement. Le contrat prévoit des obligations de moyens et de résultats. Il n'est donc pas un « chèque en blanc » remis à un établissement, mais un engagement réciproque et tangible⁷. Début 2002, aucun hôpital n'était encore parvenu à la fin d'un cycle complet, au terme de son C.O.M.

► **Avantages des contrats d'objectifs et de moyens**

Lors de la rédaction du projet d'établissement, le contrat représente avant tout une opportunité pour le management de mobiliser les personnels, en suscitant, au sein de chaque unité, une réflexion sur les objectifs. L'intégration de ces tables-rondes permet de responsabiliser tous les acteurs, et pas seulement la direction générale, sur un dessin partagé de l'avenir de l'établissement. En accordant une visibilité pluriannuelle (3-5 ans) à l'évolution future de l'établissement, le contrat offre également à ses différents professionnels un cadre corporatif apaisé et serein⁸. Benoît Péricard, Directeur général de l'Agence régionale d'hospitalisation des Pays de Loire conclut ainsi : « *Le contrat est aujourd'hui un outil totalement indispensable, dont on ne pourrait plus se défaire et qui de toute façon va s'imposer comme un outil extrêmement important, qu'on a intérêt aujourd'hui à enrichir et vraiment à propager.* »

Les outils de la planification sanitaire au Québec

► **Le plan régional d'organisation de services (PROS)**

Dès 1970, l'idée d'une planification régionale de l'organisation des services figure en germe dans les mandats des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Mais ce n'est qu'à la fin des années 80 que l'élaboration de plans régionaux d'organisation de services (PROS) est demandée pour la première fois aux

régions dans le domaine de la santé mentale. Cette pratique deviendra définitivement officielle dans la loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991.

► **Le contrat de performance**

La législation québécoise de 2001 prévoit la conclusion obligatoire d'ententes de gestion et d'imputabilité entre la régie régionale et le ministre d'une part et la régie régionale et les établissements publics de son territoire d'autre part. Il semble, pour l'instant, que ces ententes prendront la forme de contrat de performance, solution évoquée en 2000 dans le rapport de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux¹⁰. La commission recommande :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déploie un programme d'actions prioritaires visant l'efficacité et l'efficience dans la gestion globale du réseau (qui...) devrait inclure, notamment : la révision des modes de budgétisation, les mesures d'imputabilité, de reddition de comptes et de contrat de performance (...)

Dans le contrat régie régionale-ministère, la régie a l'obligation, après avoir pris l'avis de la population, de soumettre au ministre pour approbation, un plan stratégique triennal d'organisation des services. Ce plan doit s'appuyer sur des orientations que le ministre aura rendu publiques, accorder la priorité aux secteurs d'intervention qu'il aura désignés et respecter les standards nationaux qu'il aura fixés. La planification régionale devra également tenir compte des besoins évolutifs de la population.

Chaque régie régionale doit cibler des résultats modelés sur les objectifs ministériels et estimer les implications financières de la démarche à mener pour les atteindre. L'exercice est assorti d'engagements enchâssés dans un contrat de performance. Il est révisé chaque année et contient un plan annuel d'objectifs mesurables. Ce type de planification consiste en

quelque sorte à convenir de priorités à réaliser et cherche à instaurer une culture de gestion par résultats. Enfin, précisons que les régies régionales étant responsables de l'ensemble du réseau régional de la santé et des services sociaux, le contrat de performance régie-ministère devra inclure des objectifs spécifiques pour les établissements à vocation sociale.

Les contrats régie-établissement s'inscriront dans le cadre plus général des contrats régie-ministère. On pourrait y retrouver certains des objectifs suivants :

- les modifications à apporter à l'offre de service de l'établissement;
- les services à développer ou à consolider;
- les standards de qualité à atteindre;
- les conditions de financement;
- les modalités de remboursement d'un déficit accumulé ou de retour à l'équilibre budgétaire;

- les allocations dédiées à la modification de l'offre de service;
- le plan d'intervention en matière de ressources humaines;
- les mécanismes de suivi et d'évaluation de l'entente;
- la complémentarité attendue de l'établissement avec les autres dispensateurs en présence.

Hormis la question de l'accréditation de l'établissement qui, en France, est incorporée au contrat d'objectifs et de moyens, les têtes de chapitre du futur contrat de performance du réseau socio-sanitaire québécois sont assez semblables à celles du C.O.M. français. Toutefois, le lien avec l'exercice régional de planification stratégique auquel doit s'attacher l'établissement semble davantage mis en relief en France. À noter en revanche, dans l'approche québécoise, l'accent mis sur les modalités de remboursement d'un déficit accumulé ou de retour à l'équilibre budgétaire.

Bien qu'affichant les mêmes ambitions, soit la planification d'une partie du réseau sanitaire et la recherche de complémentarité des établissements entre eux et avec les autres intervenants du secteur, le C.O.M. s'apparente davantage à un exercice systématique de planification stratégique alors que le contrat de performance semble se décliner plutôt en aval et préalablement à un tel exercice. Ces instruments de contractualisation, contrats d'objectifs et de moyens en France et éventuels contrats de gestion ou de performance au Québec, s'insèrent dans un dispositif planificateur dont le but est de faire partager une vision à moyen terme de l'avenir du secteur sanitaire, d'en rationaliser l'offre de services et de provoquer, sinon d'imposer, une complémentarité des différents acteurs du réseau sanitaire régional. ■

Notes

¹ Haas, Didier. opus cit. p. 11.

² De Pouvoirville, Gérard. in Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, opus cit., p. 49.

³ Cette section reprend certains propos de la conférence de monsieur Benoît Péricard, Directeur général de l'ARH des Pays de Loire, prononcée à l'occasion du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002. Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

⁴ Haas, Didier. opus cit. p. 14.

⁵ Circulaire DH/EO/97/ no 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

⁶ Gadreau, Maryse, Jaffre, Didier, Lanciau, Damien. La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions. In finance – Contrôle – Stratégie, vol. 2, n° 4, décembre 1999, p. 57.

⁷ Haas, Didier. opus cit. p. 33.

⁸ Ibidem, p. 45.

⁹ Cette section s'inspire en partie du texte de la conférence de monsieur Marc Tanguay, Président directeur général de la RRSSS Chaudière-Appalaches lors du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002. Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

¹⁰ Québec. Les solutions émergentes - Rapport de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

La contractualisation dans le secteur sanitaire en France*

La contractualisation n'est pas une médiation propre aux relations entre les établissements sanitaires et les agences régionales d'hospitalisation (ARH). La pratique de la contractualisation occupe en effet une place croissante dans le système de santé français, comme mode de gestion et de régulation et ce, à tous les niveaux d'intervention. Au niveau national par exemple, le Parlement vote, depuis 1996, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM). Il s'agit ni plus ni moins que d'un contrat passé entre la Nation et les responsables du système de santé¹.

Par l'intermédiaire des caisses d'assurance-maladie, l'État négocie également une convention avec les représentants des professions de santé pour la fixation des montants plafonds de leurs honoraires et plus particulièrement ceux des médecins de pratique privée.

Au niveau régional, la loi de 1996 a fait du contrat l'ordinaire de la relation entre les établissements et l'agence régionale d'hospitalisation. Précisons cependant qu'aucune sanction n'est prévue en cas de manquement à cette obligation.

Il existe même une forme de contractualisation interne aux établissements, appelée projet d'établissement (cf. « Le projet d'établissement »), qui facilite la responsabilisation et autorise l'intéressement des personnels de l'établissement.

Au début de l'année 2001, soit cinq ans après la mise en place de la réforme de 1996, environ 200 hôpitaux (sur plus de 1200) avaient signé un contrat d'objectifs et de moyens.

Le projet d'établissement

Les établissements sanitaires doivent adopter un projet d'établissement (PE) préalablement à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec leur Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Le PE sert de « feuille de route » à l'établissement pour les trois à cinq ans à venir en indiquant la primauté d'un certain nombre de projets médicaux ou sociaux. *C'est normalement un travail collectif de la communauté hospitalière sous la direction des administratifs et des médecins qui, s'il est bien fait, contient déjà 70 % des éléments du contrat à venir, notamment en matière d'objectifs*¹. Bien que le projet d'établissement soit une démarche interne à l'établissement, Haas propose qu'un dialogue régulier s'instaure entre l'établissement et l'ARH au fur et à mesure des grandes étapes de sa rédaction afin de commencer à négocier les aspects stratégiques majeurs².

Pour autant, le contrat d'objectifs et de moyens ne décalquera qu'en partie le projet d'établissement. Il en reprendra certains aspects : par exemple le repositionnement stratégique de l'établissement dans son territoire ou bien les restructurations internes et externes ou encore les modifications ou relocalisations d'activités.

Le directeur de l'ARH doit approuver ou désapprouver le projet d'établissement. Entre 1996 et 1999, plusieurs ont été refusés. Deux raisons fondent principalement ces rejets.

La situation est toutefois disparate selon les régions. Deux d'entre elles se distinguent : le Nord-Pas-de-Calais et les Pays de la Loire.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la quasi-totalité des établissements (70) est actuellement sous contrat. Pour expliquer cette performance, il faut savoir que la région souffrait d'un déficit chronique à la fois sur le plan des ressources et des indicateurs sanitaires. La signature des contrats aurait donc été facilitée *de facto* parce que les objectifs n'étaient pas seulement de restructurer ou d'économiser, mais tout simplement de développer. Dans les Pays de la Loire, près du tiers des 150 établissements publics et établissements privés participant au service public ont déjà signé un contrat (20) ou un protocole d'accord, prémisses du contrat (20), avec l'ARH. Ces ententes formelles représentent 80% de la masse budgétaire (hospitalière) de la région qui s'élève à 3,2 milliards € pour une population de 3,4 millions d'habitants. ■

* D'après l'intervention de monsieur Benoit Péricart lors du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002. Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

Note

¹ À noter que cet objectif est dépassé chaque année, quelquefois dans des proportions importantes, notamment du fait de l'explosion du coût des médicaments. Les établissements sanitaires ne pouvant statutairement accuser un déficit, un artifice comptable leur permet un report de charges sur l'année budgétaire suivante. En France, le tiers des établissements connaît un dépassement de charges pouvant atteindre 4 % de leur budget.

D'une part, certains projets se résument à une énumération style « catalogue de la Redoute » (en québécois une liste d'épicerie), donc sans valeur ajoutée. D'autre part, les ordonnances de 1996 imposaient aux établissements de mettre en avant des objectifs de restructuration et de complémentarité. Au demeurant, le rapport préparatoire au schéma (national) de services collectifs sanitaires³ invite à développer des « logiques plus coopératives conduisant chaque établissement à s'organiser de manière coordonnée avec les autres établissements pour permettre un véritable fonctionnement en réseau⁴ ». Or, la plupart des projets étaient autocentrés sur l'établissement et sur lui seul. L'expérience démontre que le renvoi d'un projet engage l'établissement dans une réflexion supplémentaire de deux ans avant le dépôt d'un autre projet d'établissement. ■

Notes

¹ Haas, Didier. opus cit. p. 14.

² Ibidem, p. 16.

³ Polton, Dominique. Quel système de santé à l'horizon 2020? Présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Datar – Credes. Paris : La Documentation française 2001.

⁴ Polton, Dominique. opus cit., p. 23.

Les systèmes d'information, instruments de la décision*

L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) est un organe de décision, d'affectation de moyens pour l'essentiel, mais aussi de réorganisation et de restructuration du champ hospitalier. La clef de la décision, c'est la connaissance. Or, la complexité du secteur de la santé a conduit à une fragmentation de cette connaissance entre les multiples acteurs. Désormais réunis autour de la même table, ceux-ci ont ressenti le besoin de se doter de systèmes d'information modernes et surtout efficaces pour la prise de décision au plus près des besoins des malades.

La gestion et l'utilisation de l'information rencontrent des écueils importants. Il s'est agi tout d'abord de développer une approche novatrice quant à la saisie des données et à leur interprétation. A partir de matériaux informationnels bruts, telles des bases de données, « passés » au tamis référentiel de l'informatique, de la statistique, de la démographie ou de l'épidémiologie quantitative, on arrive à produire, non des tableaux, mais des formes statistiques, c'est à dire des supports d'idées propres à engager des actions concrètes de santé publique.

Une autre difficulté majeure a trait au partage et à la compréhension de cette information. Deux frontières séparent en effet le statisticien du décideur : l'une est d'ordre institutionnel et renvoie aux querelles de compétence subsistant encore au sein de l'ARH entre les anciens « concurrents » et à la place des services de statistique dans l'organigramme ; l'autre est d'ordre sémantique, le langage des experts conduisant parfois à des erreurs d'interprétation. À titre d'exemple, il n'existe pas une définition partagée par tous du concept de chirurgie et cela rend aléatoire la classification des typologies chirurgicales.

Les responsables de l'ARH doivent donc se garder contre toute dérive technicienne. Ainsi l'expert doit, à l'issue de ces travaux, proposer une aide à la décision, la plupart du temps sous formes de scénarii correspondant à des choix possibles, et non la décision elle-même. Celle-ci appartient à d'autres et exige, au-delà de l'accumulation des données, un questionnement stratégique sur lequel influent nombre d'autres paramètres, politiques, historiques, institutionnels, d'aménagement du territoire...

Le pari de la proximité

Dans le cadre de l'expertise développée par l'ARH de Bretagne, il faut souligner une approche géographique nouvelle et systématique, liée à l'offre sanitaire et basée sur les bassins de proximité. Le découpage du territoire en bassins de soins est un outil de santé publique. Il permet de réaliser le compromis entre qualité-sécurité et proximité. La proximité est une situation : on est proche ou éloi-

gné d'un hôpital. C'est souvent le critère de choix d'un établissement de soins, tempéré cependant à la lumière des soins que nécessite la pathologie du patient. On parle ici « d'activités de proximité ou à choix discutés », faciles d'accès, ou bien « d'activités à choix médical » pour lesquelles la couverture territoriale est plus faible.

La notion de proximité ne peut donc se limiter à la seule distance à l'hôpital, elle doit être abordée par activité. Une étude menée sur la région bretonne a permis de classer les séjours des patients en 247 groupes d'activité selon une logique médico-économique (diagnostic principal, âge, actes pratiqués...). Pour mesurer l'accessibilité à une activité, on a recours au taux de couverture territoriale. Ainsi 98 % des patients habitent à moins de 30 km de l'activité « Gastro-entérite », mais seulement 20 % d'un hôpital pratiquant la « Greffe de moelle ». À une distance de 15 km, ces taux se réduisent respectivement à 61 % et 10 %. Pour la région, l'ordre de grandeur de la distance de proximité se situe entre 15 et 40 km. Au-delà de 45 km, tous les territoires ont accès à l'ensemble des activités, en deçà de 10 km, un grand nombre de patients n'ont accès à aucune offre.

L'approche planification

La « carte » de l'accessibilité géographique permet une meilleure adéquation des moyens aux besoins en affinant les dotations aux établissements en connaissance de cause. Elle se superpose à la carte des secteurs sanitaires adoptée par le SROS (au nombre de huit pour reprendre l'exemple de la Bretagne). Le secteur sanitaire, construit autour d'un centre hospitalier de référence, est un espace de régulation et d'organisation de l'offre sanitaire. Dans certains cas, compte-tenu de la polarisation urbaine et de l'attractivité de certains établissements, le rapprochement des deux cartes fait apparaître des faiblesses voire des manques dans l'offre de soins.

Le dessin des taux de recours à la proximité est donc un outil supplémentaire de la négociation entre l'ARH et l'établissement qui va aboutir à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM). Celui-ci scelle la rencontre entre les priorités publiques de santé régionale et la ligne stratégique de l'établissement.

L'établissement dispose d'indicateurs spécifiques (aire d'influence, flux de patients par discipline, durée moyenne des séjours, capacité en terme de lit...) qui alimentent une analyse géographique comparative de l'organisation des soins. De cette dernière ne sont exclues ni l'emprise du secteur privé (établissements de soins à but commercial) dont la concertation est requise dans le cadre de conférences sanitaires de secteur, ni les conséquences d'un ajustement des politiques sanitaires avec celles du secteur de l'action sociale et médico-sociale.

Pour l'ARH, l'intérêt de l'approche informative, outre de faciliter la prise de décision et le dialogue avec les élus locaux, c'est de rendre confiance aux établissements,

habitués jusqu'à présent à une relation froidement bureaucratique avec leur ministère.

Par ailleurs, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait dès 1993 un document présentant les bassins de desserte des centres hospitaliers. Depuis juin 1998, le MSSS diffuse le bulletin INFO-BASSINS, un sommaire descriptif de l'évolution du bassin de desserte pour soins physiques de courte durée des centres hospitaliers dispensant principalement des soins de ce type. Ces bassins de desserte sont calculés en fonction du nombre d'hospitalisations pour soins physiques de courte durée survenues dans chaque centre hospitalier, la population de chaque territoire de CLSC, sexe et groupe d'âge de cinq ans étant répartie dans les différents centres hospitaliers au prorata des hospitalisations observées en cours d'année. Il s'agit donc d'une méthode basée sur le flux réel des hospitalisations.

Le rôle des écoles administratives

En France, des initiatives, encore trop timides, ont été prises dans les écoles administratives, et plus particulièrement à l'École Nationale de la Santé Publique, pour sensibiliser les futurs cadres hospitaliers à l'apport de la statistique et de l'épidémiologie. Tout d'abord dans le cadre de la formation initiale des directeurs d'hôpitaux et des directeurs des soins infirmiers, il leur est dispensé un enseignement sur les enjeux du management stratégique comprenant un volet méthodologique qui commence à relayer l'approche préconisée par l'ARH. Les sessions de formation en planification stratégique s'inspirent, elles,

plus étroitement, de la nouvelle démarche en croisant, dans leurs études de cas, données épidémiologiques, priorités de santé publique et projet d'établissement.

Enfin, il ne faut pas négliger l'intérêt des médecins responsables des départements d'information médicale, chargés eux-mêmes de produire, codifier et contrôler de l'information, à se doter des outils les plus récents dans leur domaine d'activité et à se perfectionner dans leur utilisation. ■

* Cette synthèse fait référence à l'intervention de monsieur Laurent Tardif, Chargé des systèmes d'information à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Bretagne à l'occasion du Forum sur la régionalisation des systèmes sanitaires en France et au Québec – Rennes, 7 au 10 juin 2002 et à un texte de monsieur Tardif : « Hospitalisation et territoires en Bretagne. » In revue Octant n° 90. Juillet 2002. Les auteurs du dossier conservent toutefois l'entière responsabilité des regroupements d'information et des omissions.

Pour en savoir plus consulter :

Macé, Jean-Marc, « Une méthode pour définir des « bassins d'hospitalisation » en Ile-de-France » (6 p.), in INSEE Ile-de-France, n° 209, 2002 (mars-avril).

Lucas-Gabrielli, Véronique, Tonnellier, François, Vigneron, Emmanuel. « Une typologie des paysages socio-sanitaires en France », CREDES, Paris, 1998, 95 p.

Sur la situation au Québec, consulter :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/statistiques/index.htm> à l'onglet Production et utilisation des services.

La régionalisation du secteur sanitaire : des gestionnaires entrepreneurs

Les gestionnaires, au Québec et en France, syntonisent sur le terrain les oscillations d'une régionalisation sanitaire qui, nous l'avons vu, hésite et rebondit entre les périls de féodalités tenaces et la modernité tentatrice de l'ingénierie administrative.

Pour les Français, Québec est une référence. Aucune étude, mémoire ou thèse en management sanitaire n'est recevable si son auteur ne fait référence, au moins en bibliographie, à des ouvrages de chercheurs canadiens et, de préférence, francophones. Mis en présence de managers québécois à l'occasion du Forum de Rennes, des gestionnaires français, en quête de repères originaux et dynamisants sur les applications pratiques des politiques sanitaires régionalisées, avaient tendance à idéaliser l'expertise de leurs collègues. Le mérite du dialogue entre les deux groupes fut de démasquer le gestionnaire de demain.

L'hôpital décloisonné

À quelques mois d'intervalle, les uns et les autres ont été confrontés par le législateur à l'obligation de réorienter leurs visées stratégiques et organisationnelles.

Pour les Québécois, plus particulièrement à partir de 1997, la rationalisation de l'activité et des moyens de l'appareil hospitalier s'est fortement focalisée sur « l'ambulateur » et sur une restructuration des rapports entre les institutions. Une réallocation de ressources vers les Centres locaux de services communautaires (CLSC) a accompagné la démarche.

En France, la réforme de 1996 visait en premier la rationalisation des dépenses hospitalières. Rappelons que, pour y parvenir, on a créé les

Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et re conceptualisé le contrat d'objectifs et de moyens (C.O.M.) à conclure entre elles et les établissements (cf. Les outils de la planification ainsi que La contractualisation dans le secteur sanitaire en France).

► Vers une organisation sanitaire transversale

L'émergence des ARH est sujette à une compréhension duale. D'une part, le Droit leur confère le statut de groupement d'intérêt public (GIP); à ce titre, elles relèveraient donc d'un mouvement de décentralisation. Mais, d'autre part, leurs directeurs, agissant au nom de l'État, détiennent des pouvoirs soutenus plutôt par une logique de déconcentration. Juridiquement, la question reste d'actualité : le contrat d'objectifs et de moyens signé par les directeurs des agences est-il par essence une convention entre collectivités indépendantes ou bien un acte administratif négocié par le directeur de l'agence après avis du conseil d'administration du GIP ? Le débat ne ressort pas seulement d'une casuistique subtile. Selon les interprétations, le rapport de forces entre les partenaires sera de nature réciproque ou autoritaire. Aucun jugement n'est venu jusqu'à présent trancher la cause. Dans les faits, le principe de l'égalité investit le champ des propositions et de la négociation formelle. Mais au final, c'est la signature du directeur de l'agence qui oriente le parcours des établissements et le jalonne de balises à l'aide d'indicateurs en partie discutés.

L'approche québécoise est ici très différente et s'explique pour une grande part par les règles de management des gestionnaires. Les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) sont impliquées en

effet dans le processus de désignation des directeurs d'établissement alors qu'en France les directeurs sont nommés par le ministre en dehors de toute consultation de l'ARH. Aussi doivent-ils, dès leur prise de fonction, découvrir puis composer avec les sensibilités préexistantes avant de rédiger leur propre lettre de mission. Dans l'avenir, on s'achemine semble-t-il vers l'instauration d'une contractualisation complète entre le directeur et son ARH en addenda du contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'agence et l'hôpital.

Sous l'angle de la gestion, la sphère d'autonomie du représentant régional de la puissance publique est une autre caractéristique distinctive des systèmes français et québécois. Les ARH françaises ont une marge de manœuvre financière déterminée annuellement en application d'une loi budgétaire spécifique, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) votée par la représentation nationale et répartie en sous-enveloppes. L'ONDAM pourvoit au financement du secteur hospitalier, des soins de ville et des activités médico-sociales. Les ARH maîtrisent en totalité l'enveloppe relative à l'hospitalisation publique et aux établissements privés participant au service public. Son intervention est en revanche des plus réduite à l'égard des établissements privés du secteur marchand et devient carrément anecdotique (en volume) dans l'espace médico-social où elle ne concerne que les personnes âgées dépendantes en unités de soins de longue durée et quelques services à valence sanitaire élevée liés au handicap. Par comparaison avec cette configuration, les Régies Régionales disposent de compétences élargies.

Si la résolution des problématiques de rationalisation des dépenses et de

recomposition du parc hospitalier singularisent la France et le Québec, on enregistre, au plan conceptuel, une ambition partagée de décloisonnement au sein même des institutions et d'abaissement, voire de suppression, des frontières extérieures, par des politiques actives de partenariat. Dans ce sens, les mutations de l'organisation s'identifient dans les deux pays : un accent comparable est mis sur le recours aux réseaux et coopérations de toutes formes, et sur leurs corollaires, le management horizontal et celui des compétences et des connaissances. Ces exhortations volent au secours de secteurs sanitaires mis à mal par une triple pression : l'augmentation substantielle des dépenses de santé, l'insistance des malades pour des services de proximité; la sécurité des soins et l'application d'un *corpus juris* touchant aux droits des malades (loi du 4 mars 2002 en France) contraignant pour les établissements; et enfin le développement de nouvelles technologies qui envahissent les champs de la pratique soignante et de la communication et facilitent l'échange des données en intra et extra hospitalier.

Tous ces mouvements convergent indéniablement vers un fait irréfutable, observé par les chercheurs et confirmé par les professionnels de terrain : l'organisation, longtemps tenue pour seconde derrière la stratégie, redevient un facteur de développement et de performance.

► La fin de l'hôpital autonome

L'option, aujourd'hui, n'est plus discutable : davantage que les besoins de l'établissement, ce sont ceux de la clientèle qui « forcent » l'intégration des activités.

On peut encore une fois relever une différence d'approche entre les systèmes québécois et français dont témoigne par exemple l'espace « géo-démographique » d'attraction de la ville de Laval (nord de Montréal). La politique de soins ambulatoires y a frappé les trois coups de la réorganisation. C'est à partir de ce programme que s'est progressi-

vement développée une coordination étendue à tous les intervenants du système de santé. On n'a pas moins compté une cinquantaine de diagnostics émis, évalués par les équipes médicales qui ont ensuite élaboré une offre de soins incluant le post-hospitalier et plaçant en mode coopération tous les établissements, y compris les centres locaux de soins communautaires. Pragmatique, simple (en apparence), la démarche préfigure les travaux menés dans la région Bretagne par Laurent Tardif (cf. Les systèmes d'information, instruments de la décision). L'idée de programme de santé, à la base du raisonnement, intègre tous les aspects de la prise en charge en accordant à chaque secteur la place qui lui est due.

L'atteinte de cet objectif participatif creuse nettement un fossé avec le modèle de l'hôpital ou de l'institution autonome, libre de ses choix et de ses orientations. Dans une communication datant de 2000, Joël Clément et M. Bremond nous avaient déjà avertis de ce retour à l'Organisation. Il faut en effet être conscient que le succès de la démarche passe par le réexamen de valeurs et de notions fortement ancrées dans le vécu hospitalier : le territoire comme lieu d'exercice des compétences et des pouvoirs des groupes professionnels est à repenser; la légitimité « à priori » des rôles se renégociera dans le sens d'une reconnaissance de légitimité et de compétences collectives. On le voit, les principaux décloisonnements donnent l'occasion de reconstruire une vision des enjeux attachés à la coopération et de promouvoir des processus de coordination (standardisation des tâches, normes de comportement, protocoles d'ajustement...).

Des organisations partenaires sous surveillance

Quel que soit le type de modèle de gestion privilégié en France ou au Québec, son application soulève deux interrogations ayant trait la pre-

mière au respect de la dotation de financement attribuée et la deuxième à l'évaluation des actions entreprises.

► Le respect des dotations de financement

Les législateurs des deux pays ayant édicté le principe « spirituel » de l'interdiction des déficits budgétaires d'exploitation, l'application « littérale » de cette règle paraît soulever les mêmes résistances. Première remise en cause : la définition de l'allocation de ressources financières, contestée en termes quasiment identiques par les gestionnaires. Ils jugent que si l'objectif de confrontation des historiques budgétaires peut conduire à une répartition équitable des financements, la difficulté demeure dans la diversité et la complexité des affectations entre les crédits « banalisés » et les crédits « tagués » ou d'affectation ciblée. La multiplication des opérations « fléchées » brouille la cohérence des politiques en ajoutant de nouveaux objectifs avec crédits dédiés qui motivent des suivis et des évaluations supplémentaires. Générique à plusieurs établissements, ces opérations impliquent une identité des méthodes. Or, durant le temps de l'indispensable concertation préalable, on observe habituellement une « valse des méthodologies » et l'accord obtenu *in fine* n'est souvent que provisoire. Ainsi, la succession rapide des méthodes de suivi budgétaire constitue en soi un handicap pour le suivi des projets lui-même.

Deuxième pomme de discorde : certaines fonctions paradoxales du Directeur général. Dans le système québécois, la loi impose le contrôle des gestions budgétaires par les régies régionales et cherche à responsabiliser à la fois les institutions et leurs gestionnaires. Une situation embarrassante dès lors qu'on dit : le « D.G. a deux boss »; il doit satisfaire en même temps les attentes ou les exigences de son conseil d'administration et de sa régie régionale. La reconduction des gestionnaires dans leurs tâches étant à la discrétion du Président directeur général de la régie régionale, l'équilibre financier,

atteint, maintenu ou enfreint, sera-t-il le seul critère de choix au détriment des autres actions conduites ? Moins sujets à caution, les mécanismes français laissent entrevoir au niveau des directions générales des mouvements somme toutes modestes.

► **L'impact des démarches de qualité**

Le phénomène est à rapprocher de la mise en œuvre des procédures de réseaux. Le réseau est une logique d'organisation en rupture avec les logiques dominantes de l'organisation. Il tire son énergie d'une combinaison d'altruisme, de confiance réciproque et d'intérêts escomptés. Le principe interdit les interventions non opportunistes au bénéfice d'un cercle vertueux d'anticipations. C'est un jeu « managérial » de type gagnant/gagnant à l'échelle de l'ensemble des participants. C'est également un apprentissage du partage de la créativité et des résultats et de la convergence des comportements. Cet ajustement du management

limite sans aucun doute la liberté de prendre des initiatives stratégiques et de développer un nouveau cadre conceptuel. Si l'on admet que le réseau va primer dans un futur immédiat et que ses moteurs sont le décloisonnement et la généralisation des programmes de la qualité, force est de reconnaître que le management des institutions va s'en trouver radicalement métamorphosé.

Au terme des entretiens menés sous l'égide de l'École nationale d'administration publique du Québec (ENAP) et de l'École nationale de la santé publique de Rennes (ENSP) une idée s'est imposée comme une évidence à tous les participants, chercheurs et gestionnaires : on assiste au glissement progressif d'un management pour la qualité des services vers une conduite de gestion des affaires par la qualité. Cette nouvelle dynamique, prenant appui sur une normalisation des méthodes et sur des pratiques de réseaux, est le point de départ d'une mutation de

l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé. Paradoxalement, alors que ces bouleversements inquiètent les gestionnaires, on peut se demander s'ils ne contribuent pas à la réapparition d'une fonction perdue de vue, celle de l'entrepreneur, se substituant au stratège. ■

Note

¹ Denis Carbonneau, Directeur général du Centre hospitalier affilié (CHA) de Québec

Jacques Cotton, Directeur général de la Cité de la Santé de Laval (Québec)

Marc Tanguay, Président-directeur général de la RRSSS-Chaudière-Appalaches

Julien Tremblay, Directeur général du CLSC Richelieu et du Centre Rouville

Benoît Péricard, Directeur général de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) des Pays de Loire à Nantes

Gérard Sacco, Directeur général du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes Pontchaillou

Joël Clément, ancien Directeur général de CHU

Vers le point d'équilibre

Au terme de ce dossier, force est de constater que la régionalisation du secteur sanitaire a connu, en France et au Québec, un parcours chaotique même s'il n'eut pas de cesse. Intrinsèquement, elle n'appartient pas au récit politique. Celui-ci s'ombrage en effet dès lors que pointe le soupçon d'une redistribution, donc pour certains d'une perte, de pouvoirs. Mais l'imperium de l'économie dicte, parfois cruellement, son agenda. À mi-chemin entre ces deux pôles, et surtout aspirée à tour de rôle vers l'un ou vers l'autre, la régionalisation du secteur sanitaire tarde à trouver son rythme de croisière.

Participant dès ses débuts, de par la volonté des gouvernements français et québécois, des politiques d'aménagement du territoire, la régionalisation dans les secteurs sanitaire et social est étroitement associée aux efforts de planification et à la poursuite d'objectifs d'efficacité et d'efficience. Un sceau instrumental qui laisse peu de champ au développement et à l'injection de nouveaux budgets.

Quels noms qu'on leur donne, contrats d'objectifs et de moyens en France et éventuels contrats de gestion au Québec, et pour prometteurs qu'ils soient, les exercices de contractualisation illustrent, aujourd'hui, encore ce penchant naturel des organismes centraux. Débordant la simple préoccupation de rationalisation de l'offre de services, ils élèvent la complémentarité entre établissements, allant même jusqu'à sous-entendre la fusion, au rang de figures imposées vertueuses auxquelles seraient conditionnés l'octroi d'indéterminés budgets de développement.

Les prises de position du Premier ministre en France et le Sommet des régions au Québec laissent entendre que le balancier penche en ce moment pour une décentralisation plus importante vers la région. Magnanimité décentralisatrice soudaine ou calcul pragmatique conjoncturel, il est un fait que la régionalisation prend de l'ampleur dans tous les domaines et pas seulement dans celui de la santé. Alors, plus de prérogatives dans le bas de laine des régions, fort bien, mais jusqu'à quand? Pour quels résultats? Qu'en sera-t-il du fonctionnement des hôpitaux?

À ces interrogations, l'entrée en scène d'un nouveau joueur, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), fournit en France un début de réponse et, pour certains, un espoir. Car rompant avec une tradition bien établie de secret et d'intrigues locales, l'ARH prétend se faire l'avocate du consensus et de la responsabilisation et la championne de la transparence et du partenariat. Au Québec, les récents changements à la gouvernance ont confirmé le fait que les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) se situent dans la mouvance d'une déconcentration instrumentale et technocratique avant d'être politique et démocratique. Avec l'ARH et la RRSSS se profile une nouvelle vision de la régionalisation sanitaire, l'aplomb entre une déconcentration bien comprise et la médiation émergente de « l'État global sanitaire ». ■

Actualités

Monsieur Jean-François MATTEI, le nouveau (depuis mai 2002) secrétaire d'État français à la Santé vient de faire connaître les grandes lignes de sa politique avec cette formule : « Redonner ambition et espoir à l'hôpital à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée. » Les moyens envisagés sont :

- d'assurer des mécanismes de financement incitatifs. C'est le projet de rénovation du mode de financement par une tarification à l'activité et non plus à la pathologie à partir de 2004;
- d'assouplir les règles de planification et supprimer les cartes sanitaires et indices lits, population et d'équipements;
- de promouvoir de nouvelles formes de planification en fonction des besoins sur les bassins de vie;
- d'accompagner l'évolution par des mesures de soutien à l'investissement hospitalier.

L'Observatoire de l'administration publique a été créé en 1993 par l'ENAP, un établissement membre de l'Université du Québec. L'Observatoire recueille, analyse et évalue l'information disponible à travers le monde en matière d'administration publique et de gouvernance. *Télescope* est une revue d'analyse comparative portant sur des problématiques spécifiques. ■ La reproduction totale ou partielle de *Télescope* est autorisée, à condition d'en indiquer la source. ■ Le choix des thèmes et les textes de *Télescope* font l'objet d'une réflexion collégiale de la part de l'équipe de L'Observatoire; les auteurs demeurent toutefois responsables des informations et des analyses présentées. ■ Cette publication est rendue possible grâce au soutien financier du gouvernement du Québec. ■ Pour plus d'information ou si vous avez des renseignements à nous transmettre, contactez : Danyelle Landry, secrétariat de L'Observatoire, (418) 641-3000, poste 6574, courriel : danyelle_landry@enap.ca. Les publications de L'Observatoire peuvent être consultées sur le site Internet : <http://www.enap.quebec.ca/enap-fra/observatoire/obs-mission.html>

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE
TÉLESCOPE
DÉPÔT LÉGAL
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISSN 1203-3294

