

L'hôpital en restructuration



REGARDS CROISÉS
SUR LA FRANCE
ET LE QUÉBEC

Sous la direction de

Damien Contandriopoulos
André-Pierre Contandriopoulos
Jean-Louis Denis
Annick Valette

Extrait de la publication
Les Presses de l'Université de Montréal

L'HÔPITAL EN RESTRUCTURATION

Page laissée blanche

L'hôpital en restructuration

Regards croisés sur la France et le Québec

Sous la direction de

Annick Valette, Damien Contandriopoulos,
Jean-Louis Denis et André-Pierre Contandriopoulos

Les Presses de l'Université de Montréal

Ce projet a reçu le soutien de la MIRE-DREES (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris). La publication de cet ouvrage fait l'objet du soutien financier de trois organismes : le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, le Programme de formation stratégique en analyse et évaluation des interventions en santé (ANÉIS) IRSC/FRSQ et la Chaire FCSSS/IRSC sur la gouverne et la transformation des organisations de santé. Pour plus d'information sur le rôle de ces trois partenaires dans le développement de la recherche en santé au Québec vous pouvez consulter leurs sites WEB.



Page couverture : © Dex Images/Corbis (haut), © Christina Louiso/Corbis (droite),
© ER Productions/Corbis (gauche), © Helen King/Corbis (bas).

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7606-1995-8

1. Hôpitaux - Québec (Province).
2. Hôpitaux - France.
3. Santé, Services de - Québec (Province).
4. Santé, Services de - France.
5. Télémédecine - Québec (Province).
6. Télémédecine - France.

I. Valette, Annick.

RA983.A4Q8 2005 362.11'09714 C2005-941101-5

Dépôt légal : 3^e trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2005

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le ministère du Patrimoine canadien, le Conseil des Arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA EN AOÛT 2005

Introduction

Annick Valette, Jean-Louis Denis

LES RESTRUCTURATIONS : UN FLUX DE PROCESSUS LOCAUX INABOUTIS

Les besoins de la population et les pratiques cliniques évoluent. Rappelons brièvement que dans tous les pays développés le vieillissement de la population, l'innovation des technologies et des médicaments, le développement des pathologies chroniques, les exigences croissantes en matière d'information, de sécurité, de qualité, l'accroissement des disparités de santé entre sous-populations sont considérés comme des variables qui agissent inexorablement sur la demande et l'organisation du système de soins. Elles produisent à long terme des évolutions dans la structure des organisations de soins.

Les autorités politiques ont un devoir de gouvernance du système qui consiste à la fois à dresser des priorités dans les problèmes à résoudre, à adapter les moyens aux problèmes jugés prioritaires, et à s'assurer de la légitimité des moyens et stratégies mis en œuvre. Les restructurations hospitalières sont au cœur des réformes depuis 15 ans en France comme au Québec. Elles font suite dans les deux sociétés à une longue période d'incitation au développement de l'offre puis de contrôle des dépenses avec un *statu quo* structurel. Elles sont vues comme une mesure indispensable pour répondre aux nouveaux besoins et un outil privilégié pour gérer les tensions dans les ressources financières dédiées à la santé. La mise à l'agenda politique est inscrite dans ses exigences à long terme mais a aussi ses propres déterminants :

impératifs économiques, changements de gouvernement, rythme des rapports d'experts, pression de l'opinion publique... Les années 1990, 1993, 1998, 2003 ont été des années charnières dans la politique québécoise; 1991 et 1996 ont donné lieu à des réformes importantes en matière de restructuration hospitalière en France. Au moment d'écrire cet ouvrage, l'état de la politique structurelle hospitalière peut être décrit comme suit : le Québec a connu un fort mouvement de restructuration dans un contexte de baisse des budgets et, après un bref essoufflement des volontés de changement, est de nouveau en plein cœur de réformes structurelles majeures. Parallèlement, le constat est fait de l'insuffisance des stratégies adoptées et naît un doute sur le bien-fondé de certaines décisions (départs hâtifs de personnels soignants, fermetures de lits trop importantes, fusions de CHU difficiles à aboutir). Les recherches conduites au Québec par les chercheurs du GRIS montrent des restructurations significativement avancées pour lesquelles on se demande si la politique n'est pas allée trop loin et trop vite, et si elle a finalement atteint sa cible. La France manifeste une volonté politique de restructurer mais les opinions sont mitigées sur la capacité à la mettre en œuvre. Il ressort de l'enquête que nous avons conduite auprès des directeurs d'ARH (Denis *et al.*, 2001) que les restructurations sont perçues comme l'objectif prioritaire donné aux ARH, qui le jugent légitime et nécessaire mais inabouti, et difficile à mettre en œuvre. Ainsi, les directeurs d'ARH de notre échantillon qui représente 50 % des ARH de la population classent l'action « faire aboutir les restructurations prévues » comme la plus urgente. Par ailleurs, la politique de restructuration engagée se trouve ici aussi percutée par le constat de plus en plus partagé d'une insuffisance des ressources en lits, personnels, budgets pour satisfaire les besoins et sur la nécessité d'accompagner la politique de restructuration d'une adjonction de ressources.

L'adaptation des structures aux nouveaux besoins et à l'évolution des pratiques ainsi que le cadre incitatif créé par la politique publique participent à la dynamique de transformation des établissements mais ne suffisent pas à les expliquer. Localement, les établissements de soins se transforment selon une dynamique qui leur est propre. Les restructurations résultent de l'interaction de facteurs exogènes et endogènes qui produisent des trajectoires partiellement émergentes et partiellement délibérées. Le processus est

soumis à des opportunités locales, des problèmes spécifiques de ressources, des initiatives individuelles ou collectives, des logiques professionnelles qui déterminent le déclenchement et la trajectoire de restructuration : trajectoire courte ou longue, aboutie ou avortée, rectiligne ou sinueuse, lente ou rapide...

Les mouvements de restructuration observés à l'échelle d'un pays sont donc au cœur de temporalités multiples où se combinent des forces de transformation à long terme, sans frontières, des décisions politiques fortement inscrites dans le contexte national, des dynamiques locales partiellement autonomes. Cette pluralité des forces de mouvements et des temporalités nous pousse à concevoir les restructurations sur un territoire national comme un flux de processus locaux inaboutis, marqué toutefois des « jalons » qui agissent sur le dessin d'ensemble. Il apparaît donc intéressant de traiter dans un même temps plusieurs situations de restructuration et, qui plus est, dans des pays différents. Il nous semble possible de prendre le temps, aujourd'hui que les réflexions accumulées commencent à avoir une taille critique, de confronter les travaux et par delà les pratiques de la France et du Québec. Notre ambition est à la fois de donner à voir les grandes lignes des transformations en cours des structures des hôpitaux, de mieux comprendre les processus de changement, et de faire émerger, par la comparaison, des enjeux pour leur pilotage.

POURQUOI RESTRUCTURE-T-ON ?

La question de la justification des restructurations, c'est-à-dire du « pourquoi » des restructurations est centrale. Dans le secteur de la santé, il est courant d'opposer le « monde de la clinique, des professionnels », et « le monde de la gestion, de l'administration ». Les restructurations sont un objet tangible pour s'intéresser aux interactions entre ces deux mondes. Il nous faut sans aucun doute les considérer de manière plus complexe qu'une solution faussement miraculeuse, répondant à un phénomène de mode, sorti de la poche des gestionnaires, ou qu'une réponse « rationnelle », imposée par les exigences de la pratique clinique. Un rapide tour d'horizon nous montre que cohabitent des restructurations aux liens plus ou moins serrés avec la pratique clinique. Les restructurations « adaptatives » sont des

réponses apportées par les gestionnaires à une évolution des besoins et des pratiques cliniques en cours. L'ouverture de lits de long séjour pour personnes âgées pour tenter de désengorger les lits de courts séjours en est un exemple. Si leur légitimité n'est pas mise en cause, elles n'échappent pas aux jeux politiques des acteurs qui ont plus ou moins intérêt au changement introduit. Les « restructurations normalisantes » tentent de réorganiser les structures pour essayer de contraindre la clinique à adopter ce qui est considéré à un moment donné comme « la bonne pratique ». Elles sont conduites par les gestionnaires sous contrôle des « professionnels experts ». L'atteinte d'une masse critique de malades ou de compétences, le virage ambulatoire au Québec, la hiérarchisation des hôpitaux en différents niveaux de recours en France en font partie. Elles ont ceci de particulier qu'elles sont justifiées par des normes, des savoirs qui ne sont ni forcément partagés ni toujours stabilisés. Elles peuvent faire débat au sein même du monde clinique et bien entendu sont aussi soumises aux jeux des intérêts des différents acteurs. Enfin, certaines restructurations s'apparentent plus à des « restructurations déconnectées des pratiques ». Elles cherchent à résoudre ou à anticiper des problèmes qui ne s'expriment pas directement en termes de pratiques cliniques : un poste de médecin vacant qui n'arrive pas à être pourvu, une meilleure allocation des ressources financières peuvent être des justifications à des rapprochements ou à une fermeture de services. Leur légitimité va alors dépendre des rapports de force en présence et du degré de « perméabilité » des logiques entre le monde de la clinique et le monde de la gestion.

Une définition de la structure

La question de la définition de la structure organisationnelle est infinie et de nombreux auteurs se sont essayés à en faire une recension. Signalons par exemple les travaux anciens et très complets de Colasse *et al.* (1975) ou ceux de Desreumaux (1992). Nous retenons quant à nous de manière pragmatique deux conceptions des structures organisationnelles qui nous apparaissent sous-jacentes aux différents travaux sur les restructurations hospitalières. L'une inspirée de la conception d'Etzioni (1971) ou de Galbraith (1993) mobilise une approche par les frontières organisationnelles ; l'autre prolongeant

les travaux de Crozier et Friedberg (1977), Ranson *et al.* (1980), Pfeffer (1981) mobilise une approche par l'interaction et les positions relatives.

1. Le premier type de structure (que nous appelons structure formelle) est ce qui crée les frontières formelles de l'organisation, ce qui dessine les lignes formelles de partage des activités et des responsabilités : allocation de ressources, d'autorité, organisation de l'espace physique, etc. Selon la manière dont les frontières sont tracées, les compromis entre différenciation et intégration et entre autonomie et contrôle sont établis différemment. Ces frontières ont pour vocation de stabiliser les activités de l'organisation. Selon cette approche, restructurer c'est déplacer ces frontières (Denis *et al.*, 1999) en agissant sur l'étendue et la configuration de l'autorité formelle, sur le réaménagement du partage des facteurs de production (ressources communes ou ressources propres) et le réaménagement de l'espace physique. Les restructurations peuvent prendre forme au sein des unités de production, de l'établissement ou d'une population d'établissements. De manière concrète, la gestion par programme, la fermeture de services, les fusions d'hôpitaux, les mouvements d'internalisation et d'externalisation d'activité, l'intégration de plusieurs établissements sous une même autorité, la construction de nouveaux bâtiments sont des opérations de restructuration. Il s'agit là de la conception la plus usuelle. Les retombées des restructurations portent sur le foyer et la responsabilité de l'activité ainsi que les ressources mobilisées dans la pratique.

2. Le deuxième type de structure (que nous appelons structure des échanges) est la résultante d'un ensemble d'interactions entre acteurs qui définissent la densité des échanges (pas de, peu de ou fortes relations), la nature de ce qui circule (patients, ressources, influence, expertise, information, risque) et le mode d'interaction (conflictuel, dominant, collégial...). Ces interactions, lorsqu'elles ont une certaine régularité, font structure. Ces relations sont la résultante de la distribution relative d'un ensemble de ressources symboliques et matérielles. Selon cette approche, une restructuration est une modification des relations entre acteurs individuels ou collectifs, par exemple un élargissement d'une communauté de pratiques, des ententes de collaboration entre établissements, une rupture de coopération, un fonctionnement en réseau sur un territoire donné de

type maillage informel par redistribution des ressources. Les retombées des restructurations portent sur la forme de l'action collective.

Ces deux conceptions nous permettent de délimiter le champ de nos observations; nous allons donc nous intéresser non seulement aux expériences de déplacement des frontières formelles de l'organisation mais aussi à des expériences de recomposition des relations d'échange. Ces deux manières d'analyser les restructurations ne sont bien entendu pas exclusives l'une de l'autre. Il existe des mouvements de « réification »; la structure formelle vient alors compenser, créer des irréversibilités, consolider des relations d'échange. La coopération entre deux services peut dans certains cas n'être effective que lorsque ont été fusionnées les chefferies de service, les équipes soignantes, abattues des cloisons, fusionnés les budgets. Parfois ce sont les relations d'échange qui viennent les compléter, donner du sens à des structures formelles. Au sein de deux services formellement fusionnés, la pratique coopérative peut n'être effective que lorsque de nouveaux praticiens hospitaliers viennent mettre fin aux relations conflictuelles entre d'anciens médecins. La réflexion collective organisée sur les processus de restructuration a certainement été amorcée en France comme au Québec par les analyses d'expérience de réseaux, entendus ici comme la formalisation de relations entre plusieurs intervenants de l'offre de soins qui gardent une certaine autonomie. À l'occasion de ces travaux ont été soulignés à la fois l'intérêt de ces réseaux qui créent des standards de pratiques, facilitent la définition d'objectifs et l'évaluation, organisent le financement (Bourguet *et al.*, 2001) et produisent de l'irréversibilité mais aussi les risques de stérilisation de la coopération, de destruction de la compétence, de déplacement des conflits engendrés par la formalisation de pratiques coopératives existantes (Image, 1998). C'est parfois même ces pratiques coopératives qui, ne parvenant pas à se couler dans le moule des nouvelles formes organisationnelles, font échouer la formalisation du réseau et s'avèrent donc fortement structurantes. Au Québec, les premières analyses menées sur les fusions, en particulier des établissements du CHU de l'Université de Montréal, montrent que lorsqu'on a tout fusionné, les conseils d'administration, les statuts, voire les bâtiments, reste l'essentiel: la fusion des pratiques. Ainsi, au-delà des grandes variables accessibles à la gouverne comme le niveau de ressources, la définition des champs d'activité, les bâtiments, les systèmes d'information, il

existe une structuration « professionnelle » qui se construit dans l'action. On peut la considérer en particulier comme fondée « sur la création, légitimation, dissémination des connaissances par des acteurs en compétition et interaction pour valoriser différentes formes d'expertises » (Alvesson, 2001). Cette structuration professionnelle est parfois compatible avec des restructurations formelles, parfois pas.

Les recherches comme les discours des parties prenantes font des va-et-vient entre ces conceptions. Nous les distinguons ici parce que cette création de deux formes types de restructuration nous apparaît propice à la réflexion. Ces structures ne peuvent être dénommées comme telles que si on suppose qu'elles conditionnent les pratiques, c'est-à-dire les comportements observables. On attend *in fine* d'une restructuration qu'elle change les pratiques de soins ou de gestion. Là encore, adopter une telle hypothèse est forcément simplificateur. L'étude de la dynamique de structuration nous montre que les pratiques peuvent renforcer ou faire évoluer ces structures. Les structures organisent la pratique de manière récursive. On peut aussi faire l'hypothèse que les évolutions des pratiques se font à l'abri des évolutions des structures. Néanmoins, nous considérons qu'adopter un point de vue normatif sur les restructurations suppose en première analyse de juger de leur influence sur les pratiques des agents. Les agents sont ici les professionnels médecins et non-médecins, les gestionnaires, les usagers. En seconde analyse, on peut se demander si l'évolution de ces pratiques va dans le sens souhaité par un acteur ou un groupe d'acteurs spécifiques (gestionnaire, leader d'opinion, chercheur, usagers, etc.).

QUE FAIRE DE L'ÉTUDE CROISÉE ?

Le désir de travailler sur les deux sociétés est né à la fois d'une opportunité, une expérience de collaboration de recherche en France et au Québec et d'une intuition; « chemin faisant », ces incursions dans une autre société ont enrichi pour chacun de nous la compréhension de ce qui passait dans notre propre pays. Il nous a alors semblé qu'il pouvait être fécond de formaliser ce regard distancié apporté par la connaissance de ce qui se passe ailleurs. Nous proposons trois mobilisations de ces analyses croisées.

Comparer pour identifier l'influence du contexte

Des variations dans le contexte institutionnel influencent les processus de restructuration. Nous partons de l'idée suivante : en situation d'incertitude sur comment opérer les réformes dans le système de santé, les décideurs/gestionnaires cherchent à se construire des références propres en s'appuyant sur une analyse des expériences d'autrui. La France et le Québec se sont servis de références. On peut d'ailleurs noter un renversement de tendance. Le Québec a été longtemps étudié par les Français comme la société qui coordonnait politique de santé publique et politique de gestion de l'offre, et était innovant en matière de participation des citoyens. Actuellement, le Québec porte un intérêt à la France vue comme un dispositif qui combine des logiques administratives, professionnelles et marchandes, qui fait coexister en particulier l'offre publique et l'offre privée, l'assurance publique et privée. Selon nous, une telle démarche ne devrait pas donner lieu à des comportements d'imitation et d'importation mais bien à une appropriation nuancée de ce qui semble pouvoir être appris des autres expériences. L'appropriation suppose entre autres que l'on puisse démêler et relativiser les éléments de contexte qui conditionnent les processus de restructuration. Le contexte institutionnel renvoie à un ensemble de paramètres propres à l'organisation du système de soins : statut des établissements, des dirigeants, du personnel, modalités de financement et modes de rémunération, système de protection sociale, système de règles et normes qui régissent les conduites des acteurs et des organisations. Certaines dimensions auront tout vraisemblablement plus d'importance que d'autres. L'analyse empirique des expériences devrait permettre de faire émerger les dimensions qui pèsent le plus sur les restructurations ou au contraire celles qui paraissent marginales. L'observation de régularités malgré des contextes différents devrait ainsi être un produit de l'étude.

Accumuler pour avoir une masse critique d'observations

Les récits d'expériences de restructuration sont limités. Malgré un appel fréquent pour une appréciation systématique de la valeur ajoutée des restructurations, les études empiriques ont porté surtout sur les bénéfiques

ou les limites des restructurations et très peu sur les processus. Ceci est particulièrement vrai en France, nous l'avons déjà souligné, mais le nombre d'études faites au Québec, bien qu'en augmentation reste peu élevé. Traiter simultanément des deux sociétés permet d'enrichir la base de données des observations utiles pour l'analyse. On fait ici l'hypothèse que sur certains aspects, pour certaines questions, le contexte peut être neutralisé et il est équivalent de mobiliser des expériences françaises ou québécoises.

Nous partons de l'idée que l'analyse d'expériences singulières peut permettre de faire apparaître de nouvelles hypothèses sur les processus de restructuration. En fait, les différentes situations qui sont analysées peuvent être considérées comme des cas révélateurs nous permettant d'enrichir notre compréhension de processus complexes. C'est l'effet de surprise qui est ici attendu. Regrouper les travaux français et québécois augmente les chances de « tomber » sur cette singularité. Elle vient d'une spécificité du système comme les cliniques privées en France, les CLSC au Québec ou d'un regard particulier porté par les chercheurs sur un objet.

En résumé, l'analyse comparée des restructurations procède selon trois logiques : rendre compte de l'impact du contexte dans les différentes expériences à l'étude, accumuler des expériences pour enrichir le champ des observations et mettre en valeur la singularité pour se donner la chance de faire émerger de nouvelles hypothèses. Notre démarche est empirique, inductive et nous ne prétendons pas avoir sélectionné les contributions pour satisfaire les exigences de ces différentes modalités d'analyse croisée. En revanche, nous pouvons pour chaque thème, identifier une, deux ou trois modalités de mobilisation.

Méthode de travail

La préparation de cet ouvrage s'est faite dans le cadre d'un projet de recherche du programme « Restructurations hospitalières » de la MIRE. Un séminaire collectif a été organisé en mai 2001 autour de diverses présentations de chercheurs participants ou pas au programme de la MIRE pour prendre connaissance des réflexions en cours non publiées et engager une réflexion collective, faire émerger des angles d'attaque du sujet. Des auteurs français et québécois ont été sollicités ensuite par paire autour du traitement

d'un même thème. Un second séminaire a été organisé avec des auteurs pour mettre les approches en cohérence.

Plan de l'ouvrage

Cinq thèmes sont plus spécifiquement travaillés. Ils n'épuisent pas la compréhension des restructurations mais sont cinq fenêtres ouvertes sur cet objet. Les auteurs ont été libres de désigner ce qu'ils appelaient restructurations dans le traitement de ces thèmes et nous verrons que les situations sont variées.

Les processus de restructuration s'inscrivent dans un dispositif institutionnel et une politique hospitalière existante. Une présentation de ce paysage institutionnel qui fait ressortir à la fois les similitudes et les spécificités des deux sociétés est un préalable au traitement du sujet. Dans les deux sociétés, les hôpitaux, bien qu'ayant une autonomie de gestion, sont soumis à une régulation publique forte. La régulation s'opère principalement sur deux plans : en France, au national et au régional, au Québec, au provincial et au régional. Le fait marquant dans les processus de restructuration des dernières années est le renforcement de l'action du régional par la création d'une nouvelle autorité de régulation (Thème 1). Changer l'organisation relève classiquement d'une mission managériale. Dans les organisations publiques, les dirigeants sont aussi les mandataires des tutelles. Dans les organisations professionnelles, ils sont en situation de pouvoir partagé. Les dirigeants (Thème 2) évoluent dans des organisations pluralistes qui amènent à s'intéresser à leur marge de manœuvre effective sur le plan de la gestion. On peut supposer que le statut des dirigeants et le mode de gestion des carrières qui diffèrent dans les deux sociétés vont influencer leur positionnement dans les expériences de restructuration. Bien évidemment, par leur statut et leur rôle, les professionnels sont appelés à participer et à influencer les expériences de restructuration. Dans ce rapport, nous avons privilégié l'analyse du rôle des médecins (Thème 3). Les pratiques professionnelles s'appuient sur une base technologique forte et en constante évolution. Les technologies (Thème 4), comme le montre l'évolution de l'offre de soins à l'hôpital, sont un facteur important de restructuration. La technologie est une fenêtre privilégiée pour voir le rôle des professionnels dans

le changement. L'évolution des pathologies et des comportements des usagers est aussi incontestablement une force de transformation des hôpitaux mais elle n'est pas étudiée en tant que telle ici. Il est enfin raisonnable de penser que ces changements poussent à plus de coordination et d'intégration des pratiques, justifiant notre intérêt porté aux réseaux (Thème 5).

Page laissée blanche

1

Les contextes français et québécois

Alain Letourmy, Annick Valette

UNE DIFFÉRENCE DE TAILLE : UN RAPPORT DE 1 À 10

Les systèmes de santé français et québécois sont évidemment de taille différente puisqu'ils correspondent à des populations de 60 millions de personnes en France et 7,5 millions au Québec. En France, on comptait, en 1999, 4200 établissements de santé (1015 publics en 2002), dont 29 CHU, 684 centres hospitaliers (CH, CHU ou CHS). Il y avait au Québec en 2001, 471 établissements sanitaires et sociaux dont 4 CHU et 53 hôpitaux généraux ou spécialisés (source : ministère de la Santé).

Dans ces conditions, conduire une politique de restructuration sur le territoire n'exige pas la même organisation. Le nombre d'établissements à réguler, la superposition de différents niveaux de découpage du territoire, communes, départements, régions, couplés à la dualité du secteur public et privé et au partage parfois flou des attributions entre État et assurance-maladie, font des différentes institutions françaises un système plus complexe que celui du Québec. La prise de décision y est plus longue, plus orientée vers la recherche de compromis entre une multiplicité d'acteurs aux responsabilités mal circonscrites. On peut l'imaginer plus technocratique ou reposant sur des outils de gestion plus élaborés. Les prises de décision au Québec sont plus faciles, le nombre d'acteurs concernés moins important, les différents domaines d'intervention plus intégrés, la connaissance des

situations locales par les décideurs est plus précise. On peut toutefois penser que la taille du parc hospitalier français offre une souplesse et un gisement de gains de réorganisation plus importants qu'au Québec.

DES PRINCIPES FONDATEURS PROCHES

Dans les deux sociétés, les pouvoirs publics ont un rôle et une responsabilité essentiels en matière de santé. Leurs institutions reposent sur des principes semblables.

Le Québec a une responsabilité entière en matière de santé. Le gouvernement fédéral intervient peu dans l'organisation concrète des systèmes de soins des différentes provinces. Il est cependant le garant du respect des cinq grands principes définis par la « Loi canadienne sur la santé » : *universalité* (toute la population est couverte dans les mêmes conditions), *accessibilité* (l'accès aux services assurés ne doit pas être restreint directement ou indirectement par des frais modérateurs, une surfacturation, ou d'autres moyens), *intégralité* (l'assurance-maladie doit couvrir tous les services de santé assurés), *transférabilité* (les résidents d'une province qui sont temporairement dans une autre province sont couverts sans condition de délai), *gestion publique* (le régime de santé doit être géré par une autorité publique sans but lucratif). Le non-respect de ces principes par les provinces est assorti de sanctions financières.

En France, l'assurance-maladie obligatoire fait partie du dispositif de sécurité sociale. Il a été complété en 1999 par la Couverture médicale universelle qui permet d'assurer l'affiliation et la couverture complémentaire à l'ensemble de la population.

Les deux sociétés ont ainsi développé une couverture maladie de type assurantielle, en principe accessible à chacun pour la vie entière. La part publique des dépenses de santé se situe dans les deux sociétés autour des trois quarts de la dépense totale de santé.

L'organisation plus fine des régimes de couvertures sociales montre toutefois des différences dont on peut penser qu'elles influent sur la politique de régulation.

L'assurance-maladie française a été instaurée sur une base professionnelle. Elle est alors une branche des régimes de sécurité sociale couvrant un

ensemble de risques (famille, vieillesse, accident du travail) gérés de manière paritaire. Son financement se fait par cotisations sociales fondées sur la rémunération du travail. Il a évolué récemment vers une fiscalisation croissante au fur et à mesure des besoins de financement. Les régimes d'assurance-maladie couvrent l'ensemble des biens et services médicaux. Le principe d'un co-paiement par l'usager, modulable selon les soins, a été imposé d'emblée et le remboursement des frais engagés par le bénéficiaire a été le principe fondateur, même si le tiers payant hospitalier, puis des médicaments et de la médecine de ville se généralise.

Le Québec a privilégié la construction de la couverture à partir des biens et services nécessaires en cas de maladie. Des régimes d'assurance universels ont été organisés successivement pour couvrir les services hospitaliers, puis les services des médecins et, plus récemment, les médicaments. Le principe est le tiers payant. Le financement a vite été organisé dans le cadre du budget public en combinant la fiscalité du Québec et la subvention fédérale qui est elle-même fiscalisée.

Ces modalités différentes de financement ont une incidence sur les pratiques de régulation. Le Québec n'a pas été incité à utiliser les dispositifs de régulation de la demande consistant à augmenter la participation des malades alors que la France a eu largement recours aux mesures de ce type. Le Québec a en revanche privilégié des mesures de planification fondées sur des considérations de santé publique et exercé un encadrement financier des pratiques professionnelles (mise en place d'un plafonnement des honoraires des médecins généralistes dès 1976 et d'un dispositif de plafonnement de la masse des honoraires des médecins spécialistes en liant les augmentations de tarifs des actes au non-dépassement d'objectifs négociés de revenus). En France, on contingente depuis 30 ans les moyens médicaux, mais l'encadrement financier est plus récent. Enfin, au Québec, les dépenses publiques de santé sont directement touchées par les mécanismes d'arbitrages budgétaires et de réduction de la dette publique alors qu'en France, la gestion budgétaire de la Sécurité sociale fait l'objet d'un traitement à part. Ceci a ainsi joué un rôle majeur au Québec. À partir de 1993, la part estimée de l'endettement et des services de la dette par rapport au PIB s'est accrue. L'endettement public provincial représentait en 1997 43 % du PIB (mais 110 % avec l'endettement fédéral), les charges d'intérêt 20 % des recettes fiscales.

9	TIC, restructurations et gestion de projet : le cas de deux réseaux de télé-médecine en périnatalité	185
	<i>Albert David, Fabienne Midy, Jean-Claude Moisdon</i>	

PARTIE 5

LA RESTRUCTURATION COMME COOPÉRATION : LE RÉSEAU DANS TOUS SES ÉTATS	207
---	------------

Annick Valette

10	Réseaux et restructuration hospitalière	211
	<i>Sandrine Cueille</i>	

11	L'hôpital sans frontières ? Technologies des soins à domicile, confiance et compétences	237
	<i>Pascale Lehoux, Raynald Pineault</i>	

Conclusion	261
<i>Annick Valette, Jean-Louis Denis</i>	

Les auteurs	279
--------------------	------------

Liste des sigles et des acronymes et description des institutions	281
--	------------

Bibliographie	289
----------------------	------------

Achévé d'imprimer à Boucherville, sur les presses
de Marc Veilleux imprimeur,
en juillet deux mille cinq.