

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 26

Les élites politiques et leur influence sur la réforme des soins de santé au Canada

par

John N. Lavis, M.D., Ph.D.

Université McMaster



octobre 2002

N° de catalogue CP32-79/26-2002F-IN

ISBN 0-662-87887-6

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	iv
Résumé	vi
Introduction	1
L'étude des élites politiques	3
Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux	6
Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux	9
Modes d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux	13
Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques	15
Mises en garde	17
Répercussions	18
Conclusion	20
Bibliographie	21

Points saillants

- Le fonctionnement de l'assurance-santé s'appuie sur deux marchés principaux : le marché du « cabinet privé et du paiement public » avec les médecins et le marché « de la propriété privée et du paiement public » avec les hôpitaux. Les représentants des gouvernements provinciaux sont les seuls à posséder le pouvoir de prendre des décisions concernant les services offerts par les médecins et les hôpitaux. Trois groupes ont le plus à gagner ou à perdre par suite des décisions prises par les représentants provinciaux : les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux. Ces groupes peuvent être considérés comme étant les élites politiques.
- L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause les marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps. Leurs prises de position semblent toujours avoir été motivées par les circonstances entourant les propositions présentées à un moment donné, y compris le dynamisme des forces qui appuyaient les changements aux marchés principaux.
- Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant de l'élément « paiement public » des marchés principaux étaient en jeu. Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments du marché principal avec les médecins était en cause. L'influence des associations d'hôpitaux a été beaucoup plus limitée.
- Les élites politiques ont exercé leur influence directement en exprimant leur opposition publiquement et derrière des portes closes. Mais elles ont aussi exercé leur influence indirectement en suscitant une réaction d'anticipation de la part des représentants des gouvernements provinciaux : ces représentants prévoyaient une opposition mais ils n'avaient pas l'impression de posséder les ressources politiques nécessaires pour faire face à cette opposition.
- L'influence possible des associations de médecins sur les propositions ultérieures de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble peu différente après une décennie d'efforts d'intégration des services. L'influence possible des associations d'hôpitaux semble, le cas échéant, s'être atténuée davantage.
- Trois cheminements sont proposés pour l'avenir :
 - Établir un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux afin de mettre un terme au blâme réciproque qui permet aux deux parties d'éviter de rendre des comptes.
 - Établir un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins concernant les éléments d'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins afin de concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle et les fortes préférences exprimées

par de nombreux autres groupes en faveur de nouveaux modèles de prestation des soins primaires.

- Planifier dès maintenant des moyens d'augmenter les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence des élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles.

Résumé

Les représentants des gouvernements provinciaux sont les seuls à posséder le pouvoir de prendre des décisions concernant les services offerts par les médecins et les hôpitaux. Trois groupes ont le plus à gagner ou à perdre par suite de ces décisions : les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux. Les réformes qui mettent en cause ces groupes, que l'on peut appeler les élites politiques, sont perçues comme étant difficiles à réaliser à moins d'avoir obtenu leur appui. Dans cette étude, nous abordons la question générale suivante : « Comment les intérêts et les attitudes des élites politiques influencent-ils l'évolution du système de soins de santé, soit en faisant obstacle au changement ou en le facilitant » ?

L'étude des élites politiques

L'influence des élites politiques sur les changements dans le secteur des soins de santé peut varier considérablement en fonction du domaine considéré. Notre étude met l'accent sur l'influence exercée par des élites politiques dans le cas de changements possibles à deux marchés principaux sur lesquels s'appuie l'assurance-santé par l'intermédiaire de la Loi canadienne sur la santé :

1. L'exercice de la médecine en cabinet privé par les médecins assorti d'un système de paiement (rémunération à l'acte) public (sans franchise, à un seul niveau);
2. Des hôpitaux privés (sans but lucratif) dotés d'un système de paiement public (sans franchise, à un seul niveau).

Ces marchés incarnent plusieurs valeurs fondamentales auxquelles les Canadiens souscrivent, ils écartent la possibilité d'utiliser certaines politiques de rechange à l'étude et ils exercent une influence sur la probabilité que des politiques de rechange apparemment non reliées puissent être adoptées. Dans ce document, nous adoptons une méthode d'enquête pour analyser l'influence des élites politiques sur des changements véritables et proposés aux deux marchés principaux, en tirant des conclusions d'une enquête basée sur des études de cas détaillées de certains processus de prise de décision en matière de politique qui furent réalisées par d'autres analystes.

Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux

L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause des marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps. Les prises de position des élites politiques semblent toujours avoir été motivées par les circonstances qui entouraient ces décisions. Certes, toute décision qui, au bout du compte, aurait eu pour effet de diminuer les ressources électorales ou financières d'un groupe particulier, ou de menacer son autonomie, a généralement suscité l'opposition du groupe en question (et vive-versa). Mais les prises de position des élites politiques sont aussi conditionnées par le dynamisme des forces qui soutiennent les marchés principaux.

Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant des éléments de « paiement public » des marchés principaux entraient en jeu (par exemple, l'interdiction de la surfacturation par les médecins). Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments « d'exercice de la médecine en cabinet privé » et de « rémunération à l'acte » du marché principal avec les médecins était en cause (par exemple, la réforme des soins primaires).

Mode d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les représentants du gouvernement fédéral ont exercé directement leur influence en exprimant leur désaccord publiquement et derrière des portes closes, contribuant ainsi à créer, enchâsser et maintenir le volet « paiement public » des deux marchés principaux. Mais ils ont aussi tiré avantage indirectement de leurs sources d'influence, en suscitant une réaction d'anticipation de la part des représentants des gouvernements provinciaux : ces représentants prévoyaient une opposition et ils n'avaient pas l'impression de posséder les ressources politiques nécessaires pour l'affronter. Les associations de médecins ont aussi exercé directement et indirectement leur influence pour faire insérer le principe de la « pratique en cabinet privé » et de la « rémunération à l'acte » dans leur marché avec les gouvernements provinciaux. Les grèves de médecins ont été rares au Canada et, dans une large mesure, elles se sont soldées par un échec.

Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques

Pendant la dernière décennie, plusieurs efforts d'intégration des services, plus particulièrement la régionalisation, ont eu des répercussions profondes sur l'autonomie des hôpitaux et ils ont probablement contribué à réduire davantage l'influence des associations d'hôpitaux sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Des efforts d'intégration des services comme des projets-pilotes de réforme des soins primaires et la régionalisation ont généralement permis de préserver l'autonomie des médecins, et ces derniers sont demeurés dans une large mesure les composantes fixes d'un système autour desquelles tout le reste a été chambardé. L'influence possible des associations de médecins sur les propositions subséquentes de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble avoir peu changé après une décennie d'efforts d'intégration des services.

Mises en garde

Dans cette étude, nous considérons l'influence des représentants du gouvernement fédéral, des associations de médecins et des associations d'hôpitaux sur des décisions qui mettent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux. Mais les efforts de ces élites politiques dans d'autres domaines peuvent avoir des retombées importantes sur l'essence même de nos

systèmes de soins de santé provinciaux (c'est-à-dire, les services dispensés par les médecins et les hôpitaux). Notre étude contribue à attirer l'attention sur les élites politiques qui représentent un aspect important et souvent négligé dans la dynamique de la réforme des soins de santé. Mais leur rôle peut être surévalué. D'autres facteurs, comme l'opinion publique, les moyens scientifiques et les institutions politiques, exercent aussi une influence profonde sur la réforme des soins de santé.

Répercussions

En se basant sur cette analyse, nous proposons d'aller de l'avant en appliquant une stratégie en trois volets. Premièrement, il faut établir un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux et de tout nouveau marché à l'étude (par exemple, les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile). La préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est la tendance des représentants provinciaux et fédéraux à se blâmer réciproquement, ce qui leur permet d'éviter de rendre des comptes (et, le cas échéant, d'être blâmés). Deuxièmement, il faut établir un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations d'hôpitaux concernant les éléments d'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins. La deuxième préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est l'inaptitude des représentants des gouvernements provinciaux et des associations de médecins à concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle et les fortes préférences exprimées par de nombreux autres groupes en faveur de nouveaux modèles de prestation des soins primaires. Troisièmement, il faut planifier dès maintenant des moyens d'améliorer les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes (par exemple, des associations de soins infirmiers et de soins à domicile) pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence d'élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles.

Introduction

Les appels en faveur d'une réforme fondamentale des soins de santé au Canada se font nombreux et soutenus. Des commissions et des groupes de travail ont recommandé de multiples changements, dont l'intégration des services, l'imposition de frais modérateurs, une réforme des soins primaires et des pratiques fondées sur les résultats cliniques (voir, par exemple, Alberta – Premier's Advisory Council on Health, 2001; Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001; Saskatchewan – Commission on Medicare, 2001). La population canadienne a commencé à réclamer des changements importants dans le système de soins de santé au début des années 90 – ce qui représente un changement d'attitude notable après avoir exprimé pendant de nombreuses années une satisfaction générale à l'égard du système, s'écartant ainsi de l'attitude de citoyens dans plusieurs autres pays (Donelan, Blendon, Schoen et coll., 1999). Mais une réforme s'est avérée difficile à réaliser (Lewis, Donaldson, Mitton et Currie, 2001). Dans d'autres pays, les universitaires et les médias ont souvent pointé du doigt les institutions politiques, notamment les multiples possibilités de veto dont les opposants peuvent se prévaloir pour faire échouer des efforts de réforme, de concert avec de puissants opposants aux réformes, comme un facteur explicatif de l'inertie (Immergut, 1992; Marmor, 2000; Morone, 1992). Au Canada, compte tenu de l'absence relative de possibilités de veto, les universitaires et les médias sont plus susceptibles d'identifier les élites politiques comme raison explicative de l'absence de réforme des soins de santé.

De quelles élites politiques s'agit-il et comment peuvent-elles influencer les perspectives de changement et les possibilités d'amélioration de la coopération pour réaliser ces changements ? Les élites peuvent comprendre des représentants gouvernementaux tant au niveau fédéral que provincial qui ne cessent de se blâmer réciproquement concernant les problèmes du système de santé : les représentants du gouvernement fédéral répètent continuellement à leur homologues provinciaux de mieux gérer le système, tandis que les représentants des gouvernements provinciaux rétorquent qu'ils ont besoin de ressources financières supplémentaires pour gérer correctement le système. Il est difficile de concevoir qu'on puisse parvenir à réaliser une réforme significative dans le contexte d'une telle dynamique, que certains ont qualifiée de « politique de faux-fuyants pour éviter le blâme » (Weaver, 1986; Pierson, 1995). Les élites peuvent aussi comprendre des représentants des associations dominantes de fournisseurs de soins de santé, notamment les associations de médecins et d'hôpitaux (et, plus récemment, les associations des régies régionales de la santé), ainsi que des représentants des industries biomédicales et des groupes de lutte contre des maladies précises. Une réforme significative qui met en cause ces groupes est considérée comme étant difficile à réaliser sans leur appui.

Dans cette étude, nous abordons la question générale suivante : « Comment les intérêts et les attitudes des élites politiques influencent-ils l'évolution du système de soins de santé, soit en faisant obstacle au changement ou en le facilitant » ? Plus précisément, nous examinons les quatre questions suivantes dans l'étude :

1. Quels sont les efforts majeurs de réforme (de nature tant structurelle que fondamentale) que les élites politiques ont généralement appuyés, quels sont ceux auxquels elles se sont opposées et quels sont les facteurs qui expliquent ces modes d'appui ou d'opposition ?

2. Quels sont les efforts majeurs de réforme (qu'il s'agisse de changements qui se sont produits et de la nature de ces changements) qui ont en général été les plus influencés par les élites politiques, quels sont ceux qui ont été les moins influencés par ces élites et quels sont les facteurs qui expliquent ces modes d'influence ou leur manque d'influence ?
3. Comment les élites politiques influencent-elles les efforts majeurs de réforme ?
4. Enfin, dans quelle mesure la régionalisation et d'autres stratégies d'intégration des services ont-elles contribué à modifier la façon et la mesure selon lesquelles les élites politiques influencent les efforts majeurs de réforme ?

Nous ne tentons toutefois pas d'évaluer dans cette étude l'importance relative que prennent les élites politiques par rapport à d'autres facteurs (comme l'opinion publique, les moyens scientifiques ou les institutions politiques) dans leur influence sur la réforme des soins de santé; l'objectif visé consiste à faire la lumière sur le rôle des élites politiques en tant que facteur important et souvent négligé dans la dynamique de la réforme des soins de santé.

L'étude des élites politiques

L'influence des élites politiques sur les changements dans le secteur des soins de santé peut varier considérablement en fonction du domaine considéré. Ainsi, les associations de médecins peuvent être particulièrement influentes lorsque les gouvernements provinciaux au pays considèrent d'apporter des modifications aux mécanismes de rémunération des médecins. Les compagnies pharmaceutiques peuvent exercer une influence considérable lorsqu'il est question de modifier la législation du gouvernement fédéral sur les brevets applicables aux médicaments d'ordonnance au Canada. Ces élites politiques ne se manifestent pas de façon spontanée car elles sont en grande partie le résultat d'un processus de création. Les réformes du passé ont contribué à favoriser certains groupes par rapport à d'autres et, au cours de longues périodes de temps, des groupes ont acquis des connaissances, des compétences et des ressources politiques pour occuper la place créée pour eux (Pierson, 1993; Pierson, 2000). Une association de médecins dans un système de soins de santé davantage axé sur les forces du marché, comme c'est le cas aux États-Unis, n'exerce qu'une influence minimale lorsque des organisations de soins de santé intégrés envisagent de modifier le mode de rémunération des médecins. Par ailleurs, des compagnies pharmaceutiques ne possèdent que peu d'influence dans un pays qui ne dispose pas d'une industrie pharmaceutique importante avec des installations de recherche.

Notre étude met l'accent sur l'influence exercée par des élites politiques dans le cas de changements possibles à deux marchés principaux sur lesquels s'appuie l'assurance-santé par l'intermédiaire de la *Loi canadienne sur la santé* :

1. l'exercice de la médecine en cabinet privé par les médecins assorti d'un système de paiement (rémunération à l'acte) public (sans franchise, à un seul niveau) – ce que Taylor (1986) a appelé le marché « du cabinet privé et du paiement public »;
2. des hôpitaux privés (sans but lucratif) dotés d'un système de paiement public (sans franchise, à un seul niveau) – le marché « de la propriété privée et du paiement public ».

Les caractéristiques du système de paiement des deux marchés principaux sont les mêmes tant pour les soins dispensés par les médecins que pour ceux offerts par les hôpitaux : le partage des frais est interdit pour les services assurés (ce qui donne lieu à une couverture au premier dollar), comme l'est l'assurance privée pour couvrir ces services assurés (ce qui caractérise un système à un seul niveau). La plupart des médecins canadiens travaillent en cabinet privé et ils reçoivent une rémunération à l'acte. Parmi les exceptions, on compte les médecins qui travaillent pour des organisations comme les centres locaux de services sociaux au Québec ou les organisations de services de santé en Ontario. Presque tous les hôpitaux canadiens fonctionnent sous forme d'organismes à but non lucratif qui appartiennent à des collectivités locales ou à des organismes religieux de bienfaisance. Parmi les exceptions, mentionnons des établissements d'État comme les hôpitaux psychiatriques publics en voie d'élimination en Ontario et les établissements de chirurgie esthétique à but lucratif.

L'étude de l'influence des élites politiques sur les changements véritables et proposés à ces deux marchés principaux peut jeter un éclairage particulièrement révélateur sur l'aspect politique de la réforme des soins de santé au Canada. Ces marchés incarnent plusieurs valeurs

fondamentales auxquelles les Canadiens souscrivent : une aversion à l'égard des gens qui tirent avantage de la maladie des autres et une adhésion au principe de la répartition des soins de santé en fonction des besoins et non de la capacité et de la volonté de payer (Mendelsohn, 2002). Ces marchés écartent aussi la possibilité d'utiliser certaines politiques de rechange à l'étude comme l'imposition de droits d'utilisation et un système à deux vitesses pour des soins assurés dispensés par des médecins et par des hôpitaux; il faudrait donc rouvrir ces marchés avant de pouvoir mettre en application ces politiques de rechange. De plus, ces marchés exercent une influence sur la probabilité que des politiques de rechange apparemment non reliées puissent être adoptées : il est improbable, par exemple, qu'une intégration de services et des investissements technologiques majeurs dans les soins primaires puisse se réaliser si un grand nombre de médecins continuent à travailler en solo dans des cabinets privés.

Dans ce document, nous adoptons une méthode d'enquête fondée sur des études de cas pour analyser l'influence des élites politiques sur des changements véritables et proposés aux deux marchés principaux, en tirant des conclusions d'une enquête basée sur des études de cas détaillées de certains processus de prise de décision en matière de politique réalisées par d'autres analystes (Gray, 1991; Hacker, 1998; Maioni, 1995; Maioni, 1998; Naylor, 1986; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Un échantillonnage à partir des analyses politiques disponibles fut effectué en deux étapes : 1) des décisions mettant en cause un marché principal furent identifiées (pour un total de six décisions); et 2) des élites politiques pour lesquelles chacune des décisions représentait des avantages ou des coûts importants (généralement des associations de médecins et d'hôpitaux) furent identifiées. Des données sur l'appui ou l'opposition des élites politiques à l'égard de chacune des six décisions, et leur influence sur chacune d'entre elles, furent ensuite tirées d'analyses politiques. Mais, ce faisant, l'étude s'efforce de reconnaître le caractère dynamique de ces processus de prise de décision.

Cette approche soulève deux questions de définition. Premièrement, en quoi consiste une élite politique lorsque l'analyse porte sur des décisions qui mettent en cause les deux marchés principaux ? Un groupe peut comprendre une élite politique lorsque sa voix est privilégiée dans un débat concernant une modification à l'un des marchés principaux. Des associations de médecins comme l'Association médicale canadienne et les associations provinciales entrent sans aucun doute dans cette catégorie (tandis que les collèges de médecins provinciaux n'en font pas partie parce qu'ils sont des organismes de réglementation de la profession). Les associations d'hôpitaux entrent aussi dans cette catégorie. Mais un groupe n'a pas besoin d'être un intervenant pour être considéré comme une élite politique. Le gouvernement fédéral assume des responsabilités en tant que surveillant et source partielle de financement : sa voix est sans aucun doute privilégiée dans un débat portant sur un changement à apporter à l'un des marchés principaux, de sorte qu'on peut aussi le considérer comme une élite politique. Pour les besoins de notre étude, les gouvernements provinciaux ne sont toutefois pas considérés comme étant une élite politique, parce qu'ils représentent l'autorité ultime sur les services offerts par les médecins et les hôpitaux (comme le prévoit l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*). Les représentants des gouvernements provinciaux sont les décideurs que les élites politiques tentent d'influencer. Il est important de reconnaître que les groupes ne sont pas monolithiques tant dans le cas des élites politiques que dans celui des représentants des gouvernements provinciaux qu'ils essaient d'influencer : les associations de médecins et d'hôpitaux et les représentants gouvernementaux,

par exemple, sont constitués de sous-groupes qui peuvent avoir des opinions très différentes de celles de la faction dominante.

Deuxièmement, en quoi consiste une réforme des soins de santé lorsque l'analyse est axée sur des décisions mettant en cause les deux marchés principaux ? Pour simplifier, nous utilisons dans l'étude l'expression « réforme des soins de santé » pour désigner des changements apportés aux deux marchés principaux sur lesquels l'assurance-santé repose (c'est-à-dire, les marchés principaux conclus avec médecins et les hôpitaux). La question de savoir si ces changements représentent une réforme « majeure » ou « significative », s'il s'agit d'une bonne ou d'une mauvaise affaire, ou encore d'une possibilité probable ou éloignée, est laissée à la discrétion du lecteur. Mes collègues et moi-même avons soutenu dans une autre étude, en s'appuyant sur une analyse historique à caractère politique, que des changements incrémentiels offrent probablement un potentiel plus élevé à long terme pour une réforme des soins primaires, compte tenu du fait qu'une telle réforme est susceptible de nécessiter une reconsidération du marché principal conclu avec les médecins (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001), une possibilité que nous avons jugée comme improbable à l'époque. Toutefois l'étude actuelle s'emploie à déterminer une vision des choses en s'appuyant sur une analyse fondée sur un horizon de temps plus étendu – un horizon de temps qui comprend des décisions de créer et de reconnaître les deux marchés principaux – et donc à identifier une optique qui pourra être utilisée pour établir s'il est possible de concevoir un nouveau marché politique et comment il sera possible de le faire.

Appui et opposition des élites politiques aux réformes mettant en cause les marchés principaux

Cinq décisions majeures concernant les systèmes provinciaux de santé au Canada ont mis en cause un marché principal (tableau 1). Dans le cas des trois décisions qui s'appliquaient à tous les systèmes de santé provinciaux, les représentants du gouvernement fédéral ont encaissé une série d'avantages (par exemple, le maintien au pouvoir avec un gouvernement minoritaire en 1966) et de coûts (par exemple, une forte augmentation des obligations financières en 1945). Dans le contexte des trois décisions qui mettaient en cause le marché principal avec les médecins, les membres des associations de médecins ont récolté une série d'avantages (par exemple, le paiement garanti des services offerts par les médecins en 1961 et dans le reste du pays en 1966) et une série de coûts (par exemple, une perte de revenu provenant de la surfacturation pour les services médicaux en 1984). Par ailleurs, dans le cas des deux décisions qui mettaient en cause le marché principal avec les hôpitaux, les membres des associations d'hôpitaux ont encaissé une série d'avantages (par exemple, le paiement garanti des services offerts par les hôpitaux en Saskatchewan en 1946 et dans le reste du pays en 1957) et une série de coûts (par exemple, la perte de revenu provenant des patients qui pouvaient se payer un niveau « plus élevé » de soins en 1957).

La proposition majeure qui n'a pas eu de suite aurait donné naissance à d'autres marchés mettant en cause les médicaments d'ordonnance, les soins à domicile et les soins dentaires. Les membres des associations d'entreprises pharmaceutiques, de soins infirmiers et de soins dentaires auraient encaissé une série d'avantages et/ou de coûts si l'on avait donné suite à cette recommandation. Mais comme ces élites politiques n'ont pas récolté une série d'avantages et de coûts dans le contexte de décisions subséquentes, le reste de notre analyse sera consacré aux représentants du gouvernement fédéral, des associations de médecins et des regroupements d'hôpitaux.

L'appui et l'opposition des élites politiques aux réformes qui mettent en cause des marchés principaux ne sont pas demeurés constants au fil du temps (tableau 1). Par exemple, les représentants du gouvernement fédéral se sont opposés faiblement *au départ* à l'établissement d'un marché de paiement public avec les hôpitaux, en bonne partie à cause de préoccupations concernant ses implications budgétaires. Mais ces représentants ont fini par appuyer faiblement le marché, lorsque la forte déclaration d'appui de l'Ontario a mis en relief des avantages électoraux qui dépassaient toutes leurs préoccupations financières. Les associations de médecins ont soutenu avec réticence ou du moins manifesté une opposition voilée à la proposition d'établir l'assurance-santé en 1945 et ils se sont opposés par la suite à toute réforme mettant en cause les marchés principaux.

Qu'est-ce qui explique les tendances des élites politiques à appuyer ou à dénoncer les réformes qui mettent en cause les marchés principaux ? Les prises de position des élites politiques semblent toujours avoir été motivées par les circonstances qui entouraient ces décisions. Certes, toute décision qui, au bout du compte, aurait eu pour effet de diminuer les ressources électorales ou financières d'un groupe particulier, ou de menacer son autonomie, a généralement suscité l'opposition du groupe en question. Il en est de même de l'inverse : toute

décision qui aurait eu pour effet d'augmenter les ressources électorales ou financières d'un groupe ou son autonomie a généralement reçu son appui. Mais plusieurs analystes politiques ont conclu que les prises de position des élites politiques sont aussi conditionnées par d'autres facteurs contextuels, notamment par le dynamisme des forces qui soutiennent les marchés principaux (Hacker, 1998; Maioni, 1998; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Ainsi, les associations de médecins ont offert un appui mitigé ou à tout le moins une opposition voilée à une proposition qui jouissait d'un vaste appui politique et populaire – la proposition concernant l'assurance-santé de 1945. Compte tenu des possibilités limitées de veto dans un système parlementaire comportant un régime de gouvernement de parti comme celui que nous avons au Canada, lorsqu'une décision précise parvient à obtenir un appui solide, il peut devenir à peu près impossible de s'y opposer ouvertement (Hacker, 1998; Maioni, 1998).

Mais, une mise en garde s'impose : il peut être difficile pour des analystes politiques de tirer des conclusions concernant l'appui et l'opposition des élites politiques à l'égard de réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Le dossier historique peut parfois révéler un message très différent lorsque des groupes comme des représentants du gouvernement fédéral et des associations de médecins et d'hôpitaux détiennent des atouts privilégiés dans le processus de prise de décision, comme c'est le cas des décisions qui mettent en cause les marchés principaux. Ainsi, les représentants du gouvernement fédéral peuvent faire valoir leurs vues par l'intermédiaire de forums intergouvernementaux. Par ailleurs, les associations de médecins et d'hôpitaux ont souvent la possibilité de participer au processus de prise de décision par l'intermédiaire de « comités de gestion mixtes » en échange des renseignements et des connaissances spécialisées qu'elles peuvent apporter dans le processus et de l'appui de leurs membres après que la décision aura été prise. On a désigné cette forme de collaboration des élites par l'expression « réseau de pluralisme de la clientèle » (Coleman et Skogstad, 1990).

Tableau 1 Réactions des élites politiques aux grandes décisions ou recommandations touchant les marchés passés avec les médecins et les hôpitaux				
Décisions ¹	Éléments principaux	Réaction face à la décision ou à la recommandation ²		
		Représentants du gouvernement fédéral	Associations de médecins	Associations d'hôpitaux
Proposition d'assurance-santé (1945)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentative infructueuse de mettre en place une couverture pour les soins dispensés par les généralistes, les soins infirmiers à domicile et les soins hospitaliers, et (ultérieurement) les soins offerts par les médecins spécialistes, les autres soins dispensés par les infirmières, les médicaments, les services de laboratoire et les services dentaires 	Faible appui (par rapport à celui manifesté dans certaines provinces comme la Saskatchewan)	Faible appui	Faible appui
Saskatchewan Hospital Services Plan (1946)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissement d'un régime de paiement public (au premier dollar, à un seul niveau) pour les soins hospitaliers ▪ Enchâssement du marché de la propriété privée et du paiement public pour les hôpitaux 	Neutre	Faible opposition	Faible opposition
Régime d'assurance-hospitalisation (1957)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension du régime public de soins de santé au reste du Canada 	Faible opposition, suivie d'un faible appui (par rapport à celui manifesté dans certaines provinces comme l'Ontario)	Faible opposition	Faible opposition
Saskatchewan Medical Insurance Act (1961)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissement d'un régime de paiement public (au premier dollar, à un seul niveau) pour les services dispensés par les médecins (rémunération à l'acte) ▪ Enchâssement du marché de l'exercice de la médecine en cabinet privé et du paiement public pour les médecins 	Neutre	Fort opposition (dont une grève des médecins en 1962)	Non évalué
Loi sur les soins médicaux (1966)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extension du régime public de soins de santé au reste du Canada 	Faible appui (par rapport à celui de partenaires de la coalition et de certaines provinces comme la Saskatchewan)	Faible opposition dans certaines provinces et forte opposition au Québec (dont une grève des médecins en 1971)	Non évalué
Loi canadienne sur la santé (1984)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdiction de la surfacturation par les médecins (donc, réaffirmation du principe de la couverture au premier dollar pour les soins dispensés par les médecins) ▪ Enchâssement du marché de la pratique en cabinet privé et du paiement public pour les médecins 	Solide appui	Faible opposition dans certaines provinces et forte opposition en Ontario (y compris une grève des médecins en 1986)	Non évalué

¹ Sources : Taylor (1987), Tuohy (1999).

² Sources : Gray (1991), Hacker (1998), Maioni (1995), Maioni (1998), Naylor (1986), Taylor (1987), Tuohy (1999).

Influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

En dépit de l'opposition à la mise en place de marchés principaux (et de leur insertion dans la *Loi canadienne sur la santé*) et de l'appui dans certains milieux en faveur de la révocation de ces marchés, le marché avec les médecins (exercice de la médecine en cabinet privé assorti d'un système de paiement public) ainsi que celui avec les hôpitaux (établissements privés avec accès à un système de paiement public) sont demeurés intacts. La majorité des médecins continuent de travailler dans des cabinets privés et la vaste majorité des médecins choisissent de le faire. Presque tous les hôpitaux sont des établissements privés à but non lucratif. Les services assurés dispensés par les médecins et les hôpitaux continuent d'être payés par des régimes provinciaux d'assurance de soins de santé. Les médecins et (dans une certaine mesure) les hôpitaux demeurent les composantes fixes d'un système autour desquelles gravitent les autres éléments. Ce faisant, nous ne voulons pas laisser entendre que les ressources financières des médecins ainsi que l'autonomie et les ressources financières des hôpitaux n'ont pas connu de revers pendant les dernières décennies, mais nous soulignons plutôt que les marchés principaux se sont révélés particulièrement souples et ce, en bonne partie à cause de l'influence des élites politiques.

Deux groupes d'élites politiques semblent avoir influencé le plus profondément la mesure dans laquelle les réformes mettant en cause des marchés principaux se sont réalisées ainsi que la nature de ces changements (Gray, 1991; Hacker, 1998; Maioni, 1998; Taylor, 1987; Tuohy, 1999). Les représentants du gouvernement fédéral se sont prononcés en faveur de l'insertion des marchés principaux dans la Loi canadienne sur la santé de 1984 (notamment, le maintien du mode public de paiement pour les services médicaux et hospitaliers) et se sont opposés à la disparition d'un des éléments des marchés principaux (notamment, l'instauration de droits d'utilisation qui aurait mené à l'abandon de la couverture au premier dollar de ces services assurés). L'influence des associations de médecins s'est aussi fait sentir lorsqu'elles ont appuyé l'insertion d'éléments des marchés principaux (notamment, le maintien de l'exercice de la médecine en cabinet privé et la rémunération à l'acte dans la *Loi sur les soins médicaux* de 1966) et qu'elles se sont opposées à l'abrogation proposée d'un élément des marchés principaux (notamment la réforme des soins primaires qui mettait en cause un changement dans le mode de rémunération des médecins pour passer de la rémunération à l'acte à des honoraires fixes par tête). L'influence des associations d'hôpitaux a été beaucoup moins prononcée, notamment ces derniers temps. Leur influence n'a même pas été considérée explicitement dans les analyses politiques de la *Saskatchewan Medical Insurance Act* (1961), de la *Loi sur les soins médicaux* (1966) ou de la *Loi canadienne sur la santé* (1984).

Qu'est-ce qui explique le mode d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux ? Considérons, par exemple, les changements recommandés par des commissions et des groupes de travail récents (tableau 2). Le regroupement des changements en fonction de la catégorie de politiques (imitant en cela Lavis, Hurley, Ross et coll., 2002) ne jette pas un éclairage tellement révélateur sur la situation : des changements de politiques majeurs comme la régionalisation avaient autant de chance d'être mis en application que des changements à plus petite échelle, comme une révision aux portées des pratiques. Mais la détermination des changements mettant en cause l'un des deux marchés principaux qui ont été maintenus religieusement pendant plus de 30 ans donne des résultats concluants.

Tableau 2 Changements recommandés récemment par des commissions et des groupes de travail¹			
Catégorie de politiques	Changements proposés aux politiques	Marché politique mis en cause ?	Si le marché politique est mis en cause, qui peut perdre (gagner) quoi ?
Gouvernance	Régionalisation ²	Non, à moins que les conseils des hôpitaux ne soient remplacés par des conseils régionaux	S/O
	Intégration des services ³	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux pourraient perdre de l'autonomie
	Restructuration des hôpitaux ⁴	Oui	Les hôpitaux pourraient perdre des ressources financières et de l'autonomie
	Modification à la combinaison publique/privée	Oui, s'il y a participation des hôpitaux	Les hôpitaux pourraient perdre des ressources financières
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation accrue de la prestation à but lucratif (une forme de privatisation)⁵ ▪ Hausse de la part du financement absorbée par les individus sous la forme de paiements en espèces ou de primes d'assurance privée (une autre forme de privatisation)⁶ ▪ Diminution de la part du financement absorbée par les individus sous forme de paiements en espèces ou de primes d'assurance privée (par exemple, produits pharmaceutiques et soins à domicile)⁷ 	<p>Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux</p> <p>Non</p>	<p>Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales</p> <p>S/O</p>

¹ Pour une analyse des changements recommandés par des commissions et des groupes de travail dans un passé plus éloigné, voir Angus (1991) et Mhatre et Deber (1992).

² Voir, par exemple, Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) concernant la régionalisation au Québec, et Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) concernant la régionalisation en Saskatchewan.

³ Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant l'intégration des services par l'intermédiaire de réseaux de soins primaires en Saskatchewan.

⁴ Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990), et Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant la restructuration des hôpitaux en Saskatchewan, et Ontario – Commission de restructuration des services de santé (2000) concernant la restructuration des hôpitaux en Ontario.

⁵ Voir, par exemple, Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001).

⁶ Voir, par exemple, Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant la hausse de la part du financement absorbée par les individus pour les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux par l'intermédiaire d'une radiation de services et de l'imposition de primes variables.

⁷ Voir, par exemple, Canada – Forum national sur la santé (1997) concernant une baisse de la part du financement absorbée par les individus pour les médicaments et les soins à domicile par l'intermédiaire de programmes nationaux, et Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) concernant la diminution de la part du financement absorbée par les individus pour les soins à long terme par l'intermédiaire d'un nouveau programme d'assurance pour les soins à long terme.

	Droits d'utilisation ^{7,8}	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales
	Deux vitesses ^{9,10}	Oui, s'il y a participation des médecins ou des hôpitaux	Les médecins et les hôpitaux qui traitent des patients pauvres (riches) pourraient perdre (gagner) des ressources et les représentants du gouvernement fédéral pourraient perdre des ressources électorales
Modalités de prestation	Réforme des soins primaires avec ou sans paiement fixé par tête pour les médecins ¹¹	Oui	Les médecins pourraient perdre des ressources financières et de l'autonomie
	Révision aux portées de la pratique ¹²	Non	S/O
Contenu des programmes	Pratique fondée sur des résultats cliniques ¹³	Non	S/O
	Promotion plus poussée de la santé	Non	S/O

⁸ Par définition, les droits d'utilisation représentent des frais pour le patient qui varient directement avec la quantité de services utilisés (le montant est d'autant plus élevé que la quantité de services utilisés augmente). On peut citer comme exemples un droit uniforme par service, la coassurance, des franchises, la désassurance, la surfacturation, des prestations imposables et des comptes d'épargne médicaux.

⁹ Voir, par exemple, Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001) sur les options à deux vitesses au Canada.

¹⁰ Par définition, un système à deux vitesses est un régime qui permet aux patients de payer un supplément pour obtenir des soins dispensés par des médecins ou des hôpitaux plus rapidement, de meilleure qualité ou plus complets (c'est-à-dire, plus qu'un meilleur confort).

¹¹ Voir, par exemple, Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des mécanismes de paiement de rechange au Québec, Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990) et Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des équipes interdisciplinaires en Saskatchewan, Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des groupes de médecine familiale au Québec, et Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant une réforme des soins primaires qui met en cause des mécanismes de paiement de rechange en Alberta.

¹² Voir, par exemple, Ontario – Comité de révision des lois régissant les professions de la santé (1989) concernant une révision des portées de la pratique et une définition des portées de la pratique pour de nouvelles professions de la santé en Ontario.

¹³ Voir, par exemple, Saskatchewan – Commission on Medicare (2001) concernant la nécessité d'établir un conseil de la qualité pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des résultats cliniques en Saskatchewan, et Alberta – Premier's Advisory Council on Health (2001) concernant l'établissement d'objectifs pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des résultats cliniques en Alberta.

Les représentants du gouvernement fédéral semblent avoir été les plus influents lorsque les ressources électorales découlant des éléments de « paiement public » des marchés principaux entraient en jeu. Ils ont constamment repoussé les initiatives visant à hausser la part du financement absorbée par les individus par l'intermédiaire de paiements directs (c'est-à-dire, de droits d'utilisation) ou de primes d'assurance privée et/ou à créer un système à deux vitesses pour les soins médicaux et hospitaliers. Les sondages d'opinion indiquent clairement que ces initiatives seraient impopulaires auprès des électeurs (Mendelsohn, 2002). Comme il fallait s'y attendre, ces représentants ont été moins influents lorsque les avantages électoraux n'étaient pas tout aussi clairement définis, comme dans le cas de la réforme des soins primaires qui mettaient en cause un changement aux modes de rémunération des médecins. Les représentants du gouvernement fédéral ont créé une caisse de transition pour promouvoir l'innovation dans la prestation des soins primaires, mais les représentants des gouvernements provinciaux ont pris les décisions concernant les types de modèles qui seraient mis en application et évalués.

Les associations de médecins semblent avoir été les plus influentes lorsque l'autonomie professionnelle qui découle des éléments « d'exercice de la médecine en cabinet privé » et de « rémunération à l'acte » du marché principal avec les médecins était en cause. Par exemple, elles se sont opposées avec succès à tout effort de réforme qui aurait eu pour effet de modifier les modes de rémunération des médecins pour les faire passer de la rémunération à l'acte à des honoraires fixés par tête (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Dans les faits, l'autonomie professionnelle des médecins a souffert beaucoup plus sous l'influence des acteurs privés aux États-Unis que sous celle des intervenants publics au Canada (Grumbach et Bodenheimer, 1990; Schlesinger, 2002). Les représentants des gouvernements provinciaux se sont constamment abstenus de prendre des décisions concernant des réformes qui pourraient compromettre le marché principal qui régit leurs relations avec les médecins. Ceci dit, ces représentants ont certes été enclins à contenir les coûts par le recours à un certain nombre de mécanismes qui visaient les médecins, ce qui constitue probablement le domaine dans lequel les associations de médecins ont eu le moins d'influence.

Modes d'influence des élites politiques sur les réformes mettant en cause les marchés principaux

Les élites politiques peuvent faire appel à leurs ressources politiques et financières pour influencer les réformes. Par exemple, les représentants du gouvernement fédéral peuvent s'adresser directement aux Canadiens pour parler des marchés principaux (un sujet dont plusieurs Canadiens veulent entendre parler), ils peuvent contrôler l'ordre du jour des conférences fédérales-provinciales-territoriales des ministres et des sous-ministres au cours desquelles les marchés principaux font l'objet de discussions et ils peuvent aussi tirer avantages des divisions parmi leurs homologues provinciaux sur des enjeux reliés aux marchés principaux. De plus, ils peuvent utiliser les importantes ressources financières dont ils disposent pour orienter les réformes mettant en cause les marchés principaux dans la direction qui leur convient. Les associations de médecins peuvent aussi compter sur plusieurs sources d'influence. Leurs membres, qui sont toujours considérés par de nombreux citoyens comme des intervenants écoutés qui agissent dans leur meilleur intérêt, parlent en tête-à-tête avec environ 78 pour cent des Canadiens chaque année (Institut canadien d'information sur la santé, 2002). De plus, les associations fédérales et provinciales de médecins possèdent d'importants budgets annuels qui peuvent être utilisés pour commander des sondages d'opinion et mener des campagnes de publicité. Les associations d'hôpitaux sont dans une situation relativement plus précaire : leurs membres n'ont ni l'autonomie professionnelle ni les contacts directs avec les patients dont jouissent les médecins, tandis que leurs budgets ne représentent qu'une faible fraction de ceux des associations de médecins.

Les élites politiques peuvent employer leurs ressources politiques et financières pour influencer les réformes selon l'une des trois façons suivantes. Premièrement, elles peuvent exercer très discrètement leur influence d'une façon indirecte en suscitant une réaction d'anticipation (Lindblom, 1982) de la part des représentants des gouvernements provinciaux (voir, par exemple, Maioni, 1998, p. 157). Les élites politiques peuvent être influentes même lorsqu'elles ne s'opposent pas ouvertement à une proposition de réforme, et il peut s'agir d'un type important et souvent ignoré de pouvoir politique (que Gaventa, 1980, qualifie de « deuxième dimension du pouvoir »). Il se peut que des propositions de réforme ne franchissent jamais l'étape de l'étude parce que les représentants des gouvernements provinciaux anticipent une opposition de la part des élites politiques (ce que Alford, 1974, qualifie « d'intérêts structurels dominants ») et qu'ils ont l'impression de ne pas posséder les ressources politiques nécessaires pour faire face à cette opposition. Deuxièmement, les élites politiques peuvent exercer un peu plus ouvertement leur influence de façon directe en exprimant leur opposition soit publiquement ou derrière des portes closes. Troisièmement, les élites politiques, bien que très rarement, exercent leur influence en ayant recours à des mesures plus extrêmes : en faisant la grève. Les deux dernières façons d'exercer une influence ont généralement été celles qui furent étudiées dans les analyses politiques, en bonne partie parce qu'elles se prêtent plus facilement à l'analyse.

Les représentants du gouvernement fédéral sont parvenus avec succès à puiser dans leurs ressources politiques et financières pour contribuer à créer, insérer et maintenir le volet « paiement public » des deux marchés principaux. Ils ont exercé directement leur influence en exprimant leur désaccord publiquement et derrière des portes closes au moment de la tenue,

par exemple, de conférences fédérales-provinciales-territoriales. Cependant, ils ont aussi tiré avantage indirectement de ces sources d'influence : les provinces sont généralement réticentes à proposer des réformes qui mettent en cause le volet paiement public des marchés principaux parce qu'elles savent que la réaction du gouvernement fédéral sera hostile. Mais on observe des exceptions à cette tendance générale : ainsi, il est arrivé parfois que l'Ontario et l'Alberta aient déterminé leur stratégie en se basant sur l'impression que l'avantage électoral de s'opposer à la position fédérale surpassait les risques de susciter une réaction hostile.

Les associations de médecins ont aussi fait appel à leurs ressources politiques et financières, mais ce fut surtout dans leur cas pour défendre le principe de la pratique de la médecine en cabinet privé et de la rémunération à l'acte dans leur marché avec les gouvernements provinciaux. Elles ont de plus exercé directement leur influence en exprimant leur opposition publiquement et derrière des portes closes dans des forums comme les comités de gestion mixtes que plusieurs gouvernements provinciaux ont établis de concert avec les associations de médecins dans le contexte de leur stratégie d'accommodement avec les élites. Et elles ont aussi tiré avantage indirectement de leurs ressources politiques et financières : les provinces se sont montrées hésitantes à proposer une réforme qui comportait l'abandon du principe de la pratique en cabinet privé et de la rémunération à l'acte. Les grèves de médecins ont toutefois été rares au Canada puisqu'on ne compte qu'une seule grève dans chaque cas en Saskatchewan, au Québec et en Ontario. Ces protestations ouvertes ne sont jamais parvenues à renverser une décision d'un gouvernement provincial et elles ont parfois compromis le respect que les Canadiens témoignent aux médecins, ce qui soulève le risque que les médecins perdent une importante source d'influence.

Les efforts d'intégration des services et leurs effets sur les élites politiques

Pendant la dernière décennie, certaines initiatives en matière de politiques, dont plusieurs furent motivées en bonne partie par une volonté d'intégrer les services, ont eu des répercussions profondes sur les hôpitaux. Plus précisément, la régionalisation s'est accompagnée dans plusieurs provinces du remplacement des conseils d'administration des hôpitaux par des conseils d'administration de régies régionales de la santé. Ce changement au chapitre de la gouvernance a contribué à modifier un élément essentiel du marché principal avec les hôpitaux : leur autonomie à titre d'établissements privés. Dans ces provinces, les hôpitaux ont continué d'être des établissements à but non lucratif financés par des fonds publics, mais les cadres et les gestionnaires des hôpitaux étaient désormais redevables de leurs actes à un conseil d'administration responsable de la santé de la population sur un territoire donné, et non au conseil d'administration d'un seul établissement responsable de la santé de la population desservie (généralement définie de façon ambiguë). Aucune analyse exhaustive n'a encore été réalisée pour déterminer si ce changement au chapitre de la gouvernance avait mené à des décisions différentes concernant les services hospitaliers.

Mais, même dans les provinces où la régionalisation ne s'est pas accompagnée du remplacement des conseils d'administration d'hôpitaux par des conseils de régies régionales de la santé et dans la seule province (Ontario) où la régionalisation ne fut pas instaurée, l'autonomie des hôpitaux fut compromise. En Ontario, par exemple, une Commission de restructuration des services de santé nommée par le gouvernement a fait fi de l'autonomie de plusieurs hôpitaux en imposant des fermetures, des conversions et des fusions forcées. De plus, le gouvernement de l'Ontario a nommé des administrateurs pour prendre en charge la gestion de plusieurs hôpitaux et il a eu recours récemment à cette mesure plus souvent que dans les décennies antérieures.

Malheureusement, il n'existe aucune analyse politique exhaustive de ces décisions en matière de gestion des hôpitaux pour déterminer si les associations d'hôpitaux se sont ralliées ou se sont opposées à ces décisions. Les associations d'hôpitaux semblent avoir eu peu d'effets tangibles sur la régionalisation et sur les formes qu'elle a prises dans différentes provinces, mais il faudrait confirmer cette impression à l'aide d'analyses de documents pertinents et d'entrevues avec les élites intéressées. Certains cadres d'hôpitaux ont fort bien pu appuyer une proposition de régionalisation si elle leur permettait d'obtenir ce qu'ils voulaient : une rémunération plus élevée (en supposant qu'ils furent nommés à des postes de direction comparables au sein de la nouvelle régie régionale de la santé). Les hôpitaux de l'Ontario ont peut-être joué un rôle dans la décision du gouvernement provincial de ne pas s'engager sur la voie de la régionalisation, mais leur autonomie était loin d'avoir été préservée lorsque le mandat de la Commission de restructuration des services de santé s'est terminé.

Par ailleurs, il n'existe aucune analyse politique de l'influence exercée par les associations d'hôpitaux (ou les régies régionales de la santé) sur les propositions de réforme subséquentes qui mettent en cause les marchés principaux. Certes, ces domaines ne sont pas de leur ressort. Par exemple, les associations d'hôpitaux et de régies régionales de la santé ne peuvent pas envisager de nouvelles modalités de financement (par exemple, des droits d'utilisation pour des

services offerts par les médecins et les hôpitaux) ou de nouveaux modes de rémunération et de prestation de services pour les médecins. Et les décisions en matière de gouvernance des hôpitaux prises pendant la dernière décennie ont eu pour effet, le cas échéant, de réduire davantage l'influence possible des associations d'hôpitaux sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux. Il semble que les représentants des régies régionales de la santé sont parvenus à former une élite politique possédant une certaine influence au Québec où elles ont eu plusieurs décennies pour acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour influencer certains aspects du processus de prise de décision, et le même phénomène se reproduit dans des provinces qui ont instauré une formule de régionalisation plus récemment, mais il faudrait aussi que l'influence des associations de régies régionales de la santé puisse être confirmée par des analyses de documents pertinents et des entrevues avec les élites intéressées.

Pendant la dernière décennie, une myriade de projets pilotes axés sur la réforme des soins primaires, dont plusieurs furent motivés en bonne partie par une volonté d'intégrer des services, furent lancés avec peu d'effets apparents sur le marché principal en vigueur avec les médecins (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Ces projets ont généralement permis de préserver l'autonomie des médecins en leur laissant l'option de choisir s'ils voulaient participer à un projet et de quelle façon ils entendaient le faire, et en incluant fréquemment un volet de rémunération à l'acte dans une formule de rémunération intégrée. La régionalisation a aussi eu peu d'effet apparent sur le marché principal avec les médecins: les services des médecins furent exclus des enveloppes régionales de financement dans chacune des provinces canadiennes. Encore une fois, il n'existe aucune analyse politique de ces décisions en matière de régionalisation pour déterminer si les associations de médecins les ont soutenues ou combattues, mais les décisions furent certainement compatibles avec les aspirations des médecins en matière d'autonomie. Les médecins, mais pas toujours les hôpitaux, sont demeurés les composantes fixes d'un système autour desquelles tout le reste a été chambardé.

L'influence possible des associations de médecins sur les propositions subséquentes de réforme qui mettent en cause les marchés principaux semble avoir très peu changé après une décennie d'efforts d'intégration de service. Les projets-pilotes axés sur la réforme des soins primaires et les décisions en matière de régionalisation de la dernière décennie ont contribué à confirmer, s'il y a lieu, l'influence des associations de médecins sur les décisions qui mettent en cause le marché principal avec les médecins. Le seul changement qui pourrait diminuer cette influence au fil du temps est la question des préférences professionnelles des médecins, notamment parmi les femmes médecins qui représentent une proportion croissante de l'effectif des médecins (Woodward, Ferrier, Cohen et Brown, 2001).

Mises en garde

Dans cette étude, nous considérons l'influence des élites politiques qui ont récolté une série d'avantages et de coûts (c'est-à-dire, les représentants du gouvernement fédéral, les associations de médecins et les associations d'hôpitaux) dans le contexte de décisions qui mettent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux. De par son contenu, l'étude met l'accent sur un monde relativement « fermé » (Berry, 1989), bien qu'il s'agisse d'un milieu que les représentants des industries biomédicales et des groupes de lutte contre des maladies précises peuvent influencer à l'occasion. Certains groupes, comme ceux qui s'intéressent aux maladies cardiovasculaires et au cancer, tenteront peut-être d'avoir accès à ce monde fermé en mettant de l'argent dans des partenariats publics et privés. D'autres groupes, comme ceux qui s'intéressent au VIH ou au cancer du sein, tenteront peut-être de l'ouvrir sur l'extérieur afin de pouvoir eux aussi y participer (ce que Schattschneider, 1970, qualifie de « socialisation » du conflit). La plupart du temps, ces groupes continuent à s'intéresser à d'autres domaines, plus particulièrement aux soins primaires (par exemple, Hutchison, Abelson et Lavis, 2001), aux soins aux malades chroniques (par exemple, Baranek, Deber et Williams, 1999), aux services de réadaptation (par exemple, Gildiner, 2001) et aux médicaments d'ordonnance (notamment, Wiktorowicz et Deber, 1997).

Mais les efforts de ces élites politiques dans d'autres domaines peuvent avoir des retombées importantes sur l'essence même de nos systèmes de soins de santé provinciaux. Ainsi, des recherches récentes portant sur le secteur de la réadaptation, un segment du système de soins de santé qui a fait l'objet d'une privatisation massive (et, en grande partie, passive) dans des provinces comme l'Ontario au cours des 15 dernières années, ont mis en relief la façon dont une série de décisions prises par un groupe d'élites politiques ? les assureurs qui vendent de l'assurance-automobile, les employeurs qui versent des primes pour l'indemnisation des accidentés du travail, les entreprises de réadaptation à but lucratif qui offrent des soins de réadaptation et les gouvernements provinciaux ainsi que les organismes qui les réglementent ? ont contribué à la création d'un deuxième niveau de soins de réadaptation (Gildiner, 2001). Ce deuxième niveau est une option de dernier recours pour les personnes qui n'ont pas été victimes d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail et qui n'ont pas les moyens de se payer les coûts complets des soins (c'est-à-dire, de nombreuses personnes qui ont été soignées pour des blessures graves par un médecin ou dans un hôpital).

Notre étude contribue à attirer l'attention sur les élites politiques qui représentent un aspect important et souvent négligé de la dynamique de la réforme des soins de santé. Mais leur rôle peut être exagéré. D'autres facteurs, comme l'opinion publique, les résultats de la recherche et les institutions politiques, exercent aussi une influence profonde sur la réforme des soins de santé. Ceci dit, nous possédons un arsenal croissant de connaissances scientifiques sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas, et nous avons des institutions politiques qui offrent au moins le potentiel de minimiser la capacité de groupes d'intérêts restreints d'exercer un veto sur des changements proposés. La question de savoir comment on peut au mieux se sortir des modes actuels d'engagement à l'égard des élites politiques mérite d'être considérée, même si ces élites ne représentent pas la seule influence qui agit sur la réforme des soins de santé.

Répercussions

En se fondant sur cette analyse, nous proposons d'aller de l'avant en appliquant une stratégie en trois volets. Premièrement, il y aurait lieu de conclure un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant l'élément « paiement public » des deux marchés principaux. La préoccupation la plus urgente concernant les soins de santé au Canada est la tendance des représentants fédéraux et provinciaux à se blâmer réciproquement, ce qui leur permet d'éviter de part et d'autre de rendre des comptes (et, dans certains cas, de jeter le blâme sur l'autre partie). Ces manœuvres existent depuis longtemps, mais il s'est produit une escalade ces dernières années, alors que les représentants de l'Ontario et de l'Alberta ont commencé à créer des problèmes, après avoir été des artisans de la résolution des problèmes au sein de la fédération. En conséquence, le jeu de la politique qui se déroulait au niveau sectoriel (où toute l'attention des artisans des politiques était axée sur les soins de santé) s'est transporté sur la scène nationale (où les relations fédérales-provinciales deviennent le point de mire, tandis que les soins de santé sont utilisés comme un ballon de football politique). Lorsqu'on consacre tellement d'énergie à se blâmer mutuellement, tout type de réforme significative devient alors difficile à réaliser.

Un engagement crédible entre le gouvernement fédéral et les provinces devrait comporter des précisions concernant les volets « paiement public » des deux marchés principaux et de tout nouveau marché à l'étude. Par exemple, l'engagement devrait apporter des précisions dans les domaines suivants. Le régime de paiement public (couverture au premier dollar, un seul niveau) pour les services offerts par les médecins et les hôpitaux sera-t-il maintenu sous la forme précisée dans les deux marchés principaux ? Le régime de paiement public pour les médicaments d'ordonnance et les soins à domicile (deux exemples possibles) sera-t-il inclus à titre de nouveaux marchés ? Enfin, il faudra clarifier le niveau ou la proportion du financement que le gouvernement fédéral accordera aux provinces et la nature de la responsabilité assumée par les gouvernements provinciaux pour la performance des systèmes provinciaux de santé que les représentants du gouvernement fédéral et la population sont raisonnablement en droit de s'attendre. Des esprits créateurs dans les ministères fédéraux et provinciaux des affaires intergouvernementales peuvent certainement concocter un engagement qui fera en sorte que les avantages politiques pour les deux parties de prendre un engagement seront supérieurs aux coûts politiques pour l'une ou l'autre des parties de se retirer de l'engagement ou de ne pas y souscrire. L'époque des faux-fuyants pour éviter le blâme est révolue.

Le deuxième pas en avant comporte aussi la conclusion d'un engagement crédible, dans ce cas-ci entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins, concernant les aspects de l'autonomie professionnelle du marché principal avec les médecins. Après le jeu des dénonciations réciproques entre les représentants du gouvernement fédéral et des provinces, l'autre préoccupation la plus pressante concernant les soins de santé au Canada est l'incapacité des représentants des gouvernements provinciaux et des associations de médecins de concilier les fortes aspirations des médecins en matière d'autonomie professionnelle (qui répond à un objectif social important) et les fortes préférences exprimées par de nombreux groupes (y compris certains médecins) en faveur, disons, de modèles organisationnels qui facilitent l'accès à un éventail complet de soins de santé, à des mécanismes de financement qui comportent des incitations à l'établissement de modèles de prestation de services par équipe et de soins fondés

sur des résultats cliniques et des innovations technologiques qui permettront d'améliorer la qualité des pratiques de prescription de médicaments. Une réforme significative des soins primaires est difficile à réaliser lorsqu'on n'accorde pas d'attention à la question de l'autonomie professionnelle.

Un engagement crédible entre les gouvernements provinciaux et les associations de médecins devrait préciser les éléments proposés d'un nouveau marché principal avec les médecins. Par exemple, l'engagement devrait préciser le modèle organisationnel à l'intérieur duquel les médecins fonctionneront, les mécanismes de financement qui serviront à payer leur rémunération, la technologie à laquelle ils auront accès, les conditions de travail auxquelles ils peuvent s'attendre, les frais de transition uniques qui seront couverts et la nature de la responsabilité qu'ils assumeront pour la performance du système de soins primaires que les représentants des gouvernements provinciaux et la population sont raisonnablement en droit de s'attendre. Des esprits créateurs dans les ministères provinciaux de la santé et les associations de médecins peuvent certainement concocter un engagement qui fera en sorte que les avantages politiques pour les gouvernements provinciaux seront du même ordre que les avantages professionnels et financiers obtenus par les médecins.

Le troisième pas en avant comporte une planification dès maintenant des moyens d'améliorer les possibilités et de réduire les contraintes pour la prochaine série de réforme des soins de santé en investissant dans la formation de nouveaux groupes (par exemple, des associations de soins infirmiers et de soins à domicile) pour leur permettre d'acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour faire contrepoids à l'influence d'élites politiques privilégiées par les réformes passées et actuelles. Comme les associations de médecins l'ont si bien démontré au cours des 30 dernières années, des groupes peuvent acquérir les connaissances, les compétences et les ressources politiques nécessaires pour occuper la place créée pour eux. Mais, compte tenu de l'absence traditionnelle de possibilités pour les autres groupes de contribuer aux débats sur les réformes qui mettent en cause les marchés principaux avec les médecins et les hôpitaux, il faudra procéder à des investissements proactifs dans la formation pour permettre à ces groupes de se rattraper (Rachlis et Kushner, 1994). Des investissements dans des fonds de recherche en sciences infirmières et en transfert du savoir, comme celui qui existe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, représentent un pas dans la bonne direction.

Conclusion

Deux marchés politiques, en place dans les deux cas depuis plus de 30 ans, ont eu une influence profonde sur l'orientation du système de soins de santé au Canada. Des changements qui auraient modifié significativement le marché politique avec les médecins n'ont pas vu le jour. Et des changements qui auraient eu pour effet de modifier considérablement le marché politique avec les hôpitaux ont aussi échoué en bonne partie, même si les associations d'hôpitaux ont perdu une partie de leur capacité, déjà limitée, d'influencer les représentants des gouvernements provinciaux au cours de cette période. Compte tenu des appels nombreux et soutenus en faveur d'une réforme significative des soins de santé au Canada de la part de commissions, de groupes de travail et de la population canadienne, le temps est peut-être venu d'agir en s'inspirant de ce que nous avons appris des efforts de réforme passés. Pour ce faire, il faudrait obtenir des engagements crédibles de la part des élites politiques qui ont beaucoup à perdre (et peut-être à gagner) d'une réouverture des marchés principaux. L'absence de tels engagements crédibles laissera les gouvernements provinciaux dans la situation où ils se trouvent depuis 30 ans : apporter des réformes à la « périphérie » du système, tout en laissant le « noyau » (soins dispensés par les médecins et les hôpitaux) essentiellement inchangé.

Bibliographie

- Alberta – Premier’s Advisory Council on Health (2001), *A Framework for Reform: Report of the Premier’s Advisory Council on Health*, gouvernement de l’Alberta, Edmonton.
- Alford, Robert R. (1975), *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, University of Chicago Press, Chicago.
- Angus, Douglas E. (1991), *Review of Significant Health Care Commissions and Task Forces in Canada Since 1983-84*, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ottawa.
- Baranek, Patricia M., Raisa Deber et Paul A. Williams (1999), « Policy trade-offs in ‘home care’: the Ontario example », *Administration publique du Canada*, vol. 42, n° 1, p. 69-92.
- Berry, Jeffrey M. (1989), « Subgovernments, issue networks, and political conflict », dans l’ouvrage publié sous la direction de Richard A. Harris et Sidney M. Milkis, *Remaking American Politics*, Westview Press, Boulder, p. 239-260.
- Canada – Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier – Rapport final du Forum national sur la santé*, gouvernement du Canada, Ottawa.
- Canada – Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (2001), *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, rapport intérimaire, volume quatre – Questions et options*, gouvernement du Canada, Ottawa.
- Coleman, William G. et Grace Skogstad (1990), *Policy Communities and Public Policy in Canada: A Structural Approach*, Copp Clark Pitman Ltd, Mississauga.
- Donelan, Karen, Robert J. Blendon, Cathy Schoen et coll. (1999), « The cost of health system change: Public discontent in five nations », *Health Affairs*, vol. 18, n° 3, p. 206-216.
- Gaventa, John (1980), « Power and participation », dans l’ouvrage, *Power and Powerlessness: Quiescence and Rebellion in an Appalachian Valley*, University of Illinois Press, Chicago, p. 3-32.
- Gildiner, Alina (2001), *What’s Past is Prologue: A Historical-Institutionalist Analysis of Public-Private Change in Ontario’s Rehabilitation Health Sector, 1985-1999*, Graduate Department of Health Administration, Université de Toronto, Toronto.
- Gray, Gwendolyn (1991), *Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia*, University of Toronto Press, Toronto.
- Grumbach, Kevin et Thomas Bodenheimer (1990), « Reins or fences: A physician’s view of cost containment », *Health Affairs*, hiver, p. 120-126.
- Hacker, Jacob S. (1998), « The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy », *Studies in American Political Development*, vol. 12, p. 57-130.

- Hutchison, Brian, Julia Abelson et John N. Lavis (2001), « Primary care in Canada: So much innovation, so little change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, p. 116-131.
- Immergut, Ellen M. (1992), « The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden », dans l'ouvrage publié sous la direction de Sven Steinmo, Kathleen Thelen et Frank Longstreth, *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 57-89.
- Institut canadien d'information sur la santé (2002), *Les soins de santé au Canada 2002*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- Lavis, John N., Suzanne E. Ross, Jeremiah E. Hurley et coll. (2002), « Examining the role of health services research in public policymaking », *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n° 1, p. 125-154.
- Lewis, Steven, Cam Donaldson, Craig Mitton et Gillian Currie (2001), « The future of health care in Canada », *BMJ*, vol. 323, p. 926-929.
- Lindblom, Charles E. (1982), « The market as prison », *Journal of Politics*, vol. 44, p. 324-336.
- Maioni, Antonia (1995), « Nothing succeeds like the right kind of failure: Postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 20, n° 1, p. 5-30.
- Maioni, Antonia (1998), *Parting at the Cross Roads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton University Press, Princeton.
- Marmor, Theodore R. (2000), *The Politics of Medicare*, deuxième édition, Aldine De Gruyter, New York.
- Mendelsohn, Matthew (2002), *Réflexion sur le système de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Regina.
- Mhatre, Sharmila L. et Raisa B. Deber (1992), « From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports », *International Journal of Health Services*, vol. 22, n° 4, p. 645-668.
- Morone, James A. (1992), « The bias of American politics: Rationing health care in a weak state », *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 140, n° 5, p. 1923-1938.
- Naylor, C. David (1986), *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966*, McGill-Queen's University Press, Kingston.
- Ontario – Comité de révision des lois régissant les professions de la santé (1989), *Striking a New Balance: A Blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions*, gouvernement de l'Ontario, Toronto.
- Ontario – Commission de restructuration des services de santé (2000), *Regard sur le passé, regard vers l'avenir : Commission de restructuration des services de santé (1996-2000) – Rapport de travail*, Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, Toronto.

- Pierson, Paul (1993), « When effect becomes cause: Policy feedback and political change », *World Politics*, vol. 45, p. 595-628.
- Pierson, Paul (1995), « Fragmented welfare states: Federal institutions and the development of social policy », *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, vol. 8, n° 4, p. 449-478
- Pierson, Paul (2000), « Increasing returns, path dependence, and the study of politics », *American Political Science Review*, vol. 94, n° 2, p. 251-267.
- Québec – Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988), *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, gouvernement du Québec, Québec.
- Québec – Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), *Les solutions émergentes*, gouvernement du Québec, Québec.
- Rachlis, Michael et Carol Kushner (1994), « Getting from here to there: Strategies for success », *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*, Harper Perennial, Toronto.
- Saskatchewan – Commission on Directions in Health Care (1990), *Future Directions for Health Care in Saskatchewan*, gouvernement de la Saskatchewan, Regina.
- Saskatchewan – Commission on Medicare (2001), *Care for Medicare: Sustaining a Quality System*, gouvernement de la Saskatchewan, Regina.
- Schattschneider, E. E. (1960), *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America*, The Dryden Press, Hinsdale.
- Schlesinger, Mark (2002), « A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession », *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n° 2, p. 185-235.
- Taylor, Malcolm G. (1987), *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, McGill-Queen's University Press, Kingston.
- Tuohy, Carolyn J. (1999), *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, Oxford University Press, New York.
- Weaver, R. Kent (1986), « The politics of blame avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, n° 4, p. 371-398.
- Wiktorowicz, Mary et Raisa Deber (1997), « Regulating biotechnology: A rational-political model of policy development », *Health Policy*, vol. 40, n° 2, p. 115-138.
- Woodward Christel A., Barbara Ferrier, May Cohen et Judy Brown (2001), « Professional activity: How is family physicians' work time changing? », *Médecin de famille canadien*, vol. 47, p. 1414-1421.