

Commission sur  
l'avenir des soins de santé  
au Canada



Commission on the  
Future of Health Care  
in Canada

ÉTUDE N<sup>o</sup> 3

---

# Créer un système de santé plus démocratique: Examen critique des contraintes et une approche nouvelle pour la restructuration du système de santé

par

**Stephen Tomblin, Ph.D.**

Université Memorial, Terre-Neuve



juillet 2002

**Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.**

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

## **Table des matières**

<b>Points saillants</b>	<b>iv</b>
<b>Sommaire</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements</b>	<b>vii</b>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Contexte</b>	<b>2</b>
<b>Changements de régime</b>	<b>7</b>
<b>Attitudes du public</b>	<b>9</b>
<b>Renouveler la régie en matière de santé : motivations et obstacles</b>	<b>13</b>
<b>La recherche d'un rôle accru pour le public : bonne ou mauvaise idée ?</b>	<b>14</b>
<b>Avantages de la participation du public</b>	<b>15</b>
<b>Les projets de réforme et de restructuration ont-ils un impact ?</b>	<b>18</b>
<b>Appréciation de certaines expériences récentes de restructuration axées sur la participation du public</b>	<b>20</b>
<b>Prochaines étapes ?</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>29</b>

## Points saillants

Beaucoup de pressions s'exercent en vue d'une réforme de notre système de santé et d'un renforcement du contrôle exercé par le public sur la prise de décision. Malgré cela, les diverses initiatives de réforme n'ont donné que des résultats marginaux. Par conséquent, une compréhension des obstacles à la réforme et des moyens d'accroître le contrôle exercé par le public sur le système de santé représente un enjeu pertinent qui menace la légitimité et l'avenir du système de soins de santé au Canada.

L'évaluation du contexte politique et administratif plus vaste, ainsi que de la façon dont les structures et les mécanismes de régie ont fait obstacle au changement, au débat public et à l'émergence de nouveaux modèles de soins de santé, amène l'auteur à tirer les conclusions suivantes :

- ◆ Les structures et les processus de régie hérités du passé ont la capacité et l'autonomie requises pour compliquer la tâche des intervenants de l'extérieur qui voudraient transformer le système et institutionnaliser des valeurs de démocratisation.
- ◆ La lutte pour la restructuration des notions, des processus, des lignes de partage, des institutions et des formes de savoir s'est révélée difficile compte tenu du pouvoir que détient le monopole biomédical établi, des divisions idéologiques-territoriales parmi les réformateurs et des problèmes de communication et de formation de coalition entre les divers groupes et sphères de compétence.
- ◆ L'analyse rejoint les principaux obstacles institutionnels à une restructuration du système de santé, y compris l'État, le marché et le régime de collégialité.

L'étude renferme les recommandations suivantes :

- ◆ Une commission nationale permanente devrait être créée pour contester les anciens monopoles et accroître le contrôle exercé par le public sur l'orientation future du système de santé et les principes qui l'encadrent.
- ◆ Cette nouvelle institution faciliterait la création de formes nouvelles de savoir et l'adoption de pratiques exemplaires en s'inspirant d'une approche axée sur les faits plutôt que sur les impératifs idéologiques-territoriaux des élites en place, qui continuent à défendre des processus conçus pour diviser les Canadiens.
- ◆ De nouvelles formes de diffusion devraient être élaborées pour faire en sorte que les décisions économiques tiennent compte des répercussions sur le plan de la santé.
- ◆ Il faudrait revoir la formule de la rémunération à l'acte et les activités de recherche et de publicité des sociétés pharmaceutiques.

## Sommaire

Au 21<sup>e</sup> siècle, de fortes pressions s'exercent en vue d'une réforme de notre système de régie de la santé afin d'accroître la participation directe du public à son orientation et à la définition des principes qui l'encadrent. S'inspirant des hypothèses néo-institutionnalistes, le présent document cherche à mettre en relief les diverses contradictions et contraintes qui, depuis toujours, compliquent la recherche de solutions nouvelles. Selon l'auteur, ces lignes de faille et monopoles hérités du passé ont rendu difficile la remise en question du pouvoir et de la légitimité des idées, des processus et des institutions en place, l'exploration d'autres modèles en matière de santé, ou la participation accrue des citoyens à la prise de décision.

L'analyse tient compte du contexte politique et administratif plus vaste, et de la façon dont les structures et les mécanismes de régie traditionnels ont influé sur le rythme et l'orientation prise par la restructuration du système de soins de santé. En mettant l'accent sur les innovations au niveau des politiques et sur les facteurs réputés exercer une influence sur les changements de régimes, l'auteur scrute les récentes tentatives de réforme des soins de santé et les éléments qui ont entravé les efforts visant à faire participer le public davantage à l'élaboration des politiques de santé. En dépit des pressions accrues exercées du sommet et de la base en vue d'une nouvelle conceptualisation des enjeux liés à la santé et d'une recherche de solutions différentes favorisant des niveaux accrus d'inclusion de participation, on n'a pas accordé suffisamment d'attention aux théories fondamentales sur les changements de régimes de politiques pour éclairer le débat de fonds sur la façon dont les notions, les processus et les institutions axés sur le modèle biomédical ont entravé les tentatives de réformes démocratiques – et à ce qui pourrait et devrait être fait pour corriger cette situation. Les principaux obstacles institutionnels à une restructuration du système de santé sont examinés dans le document, y compris l'État, le marché et le régime de collégialité, dans l'optique de dégager des leçons nouvelles, susceptibles de guider la discussion et d'éclairer les recommandations de la Commission Romanow.

L'analyse débouche sur un certain nombre de recommandations visant à accroître le sentiment d'appartenance et de contrôle du public à l'égard du système de santé. En ce qui a trait à l'innovation en matière de politiques et à la création de connaissances, l'auteur affirme qu'un changement réel nécessitera de nouvelles stratégies ancrées dans les faits, ainsi que l'établissement de règles du jeu plus équitables qui permettraient de contester plus facilement la domination du régime biomédical élitiste, et de recueillir l'appui du public à de nouvelles réformes sans compromettre la tradition de responsabilité collective qui occupe une place importante dans les valeurs et l'identité canadiennes. Le moyen proposé serait d'établir une commission nationale permanente qui faciliterait la mise en place de l'infrastructure d'information et des réseaux de recherche requis pour unir les Canadiens et remettre en question les monopoles en place. L'auteur soutient qu'un tel mécanisme permettrait aux citoyens de partout au pays d'appuyer, de façonner et de comparer les pratiques exemplaires, en faisant intervenir davantage les faits observés que les priorités des groupes d'intérêts dominants qui, dans le passé, ont toujours monopolisé le discours public sur la santé. Il affirme que nous devons réformer le système de santé, mais en s'appuyant sur les faits, en évitant de susciter des différends et en recherchant véritablement l'intérêt national. Pour cela, il faudra trouver des façons nouvelles de remettre en cause et de contester les monopoles liés au régime biomédical dont les politiques sont appliquées du sommet vers la base, centrées sur les provinces et faussées

en faveur du marché, pour ensuite élaborer de nouvelles formes de savoir et de partenariat sur ces bases. L'établissement d'une commission nationale fournirait une occasion de le faire. L'auteur traite aussi des nouvelles formes de diffusion qui garantiraient que les décisions économiques tiennent compte des résultats sur le plan de la santé. Enfin, l'étude recommande aux gouvernements de revoir la formule de la rémunération à l'acte pour les médecins, laquelle contribue à perpétuer l'ancien système, de même que les activités de recherche et de publicité des sociétés pharmaceutiques.

## Remerciements

L'auteur a profité de sa participation à divers programmes de recherche sur la régionalisation au fil des années. Il tient à souligner et à témoigner sa gratitude pour le soutien reçu dans le cadre du projet L'économie fondée sur les connaissances – défis et possibilités pour Terre-Neuve et le Labrador, parrainé par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), du projet Des côtes tourmentées, parrainé par le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) et du prix de renouvellement de carrière de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

L'auteur tient à exprimer sa reconnaissance au grand nombre de personnes qui lui ont fourni des conseils au moment de la rédaction de ce rapport. Elles incluent : Jim Feehan, Doreen Neville, Michael Wallack, Gail Tomblin-Murphy, Chris Page, Peter Boswell, Jeff Jackson, Dwight Nelson, Stephen Bornstein, Renee Lyons, et Lesley Tomblin.

## **Introduction**

Le 21<sup>e</sup> siècle s'ouvre sur un nouveau défi pour le système des soins de santé au Canada. En réponse, les universitaires et les décideurs consacrent beaucoup de temps et d'effort à conceptualiser et à élaborer des théories sur deux questions étroitement liées : les avantages de la participation du public à la planification et à la mise en œuvre des services de santé, et comment en arriver à un système de santé plus ouvert, plus démocratique et plus efficace à l'ère de la mondialisation et de la concentration des entreprises, où les préoccupations relatives à l'efficacité ont une priorité élevée et où l'État-nation lui-même est remis en question simultanément de la base et du sommet. Ces transformations révolutionnaires ont soulevé un certain nombre de dilemmes pour un pays qui, dans le passé, a misé sur sa politique de santé pour renforcer le sentiment d'identité nationale et de citoyenneté.

Le caractère dichotomique du débat sur la restructuration des services de santé et les efforts faits pour harmoniser des objectifs concurrents ont compliqué la formulation d'approches nouvelles. Comme il était à prévoir, cela a engendré des problèmes et des défis pour une structure décisionnelle déjà complexe et dont la diversité idéologique et la rivalité territoriale sont bien connues. Plusieurs questions fondamentales doivent être examinées dans le débat sur l'avenir de la santé et des services de santé au Canada. Premièrement, les avantages et les inconvénients de la participation du public. Deuxièmement, les différentes formes de participation publique qui ont vu le jour. Troisièmement, la mesure dans laquelle ces formes d'engagement démocratique et d'obligation redditionnelle ont permis aux citoyens d'influer sur les valeurs et l'orientation du système de soins de santé. Enfin, il faut aussi se demander ce qui pourrait être fait pour soutenir ou encourager des niveaux accrus de participation et d'inclusion.

Le présent document vise à susciter un débat sur les diverses contraintes et contradictions qui ont entravé la participation du public à la formulation des politiques de santé. Notre intention est, d'abord, de contribuer à une meilleure compréhension des raisons qui expliquent pourquoi cela s'est produit et pourquoi cela pose un problème pour ceux qui espèrent réaliser une réforme des soins de santé et atteindre une plus grande démocratisation. L'accent sera mis sur l'examen des raisons pour lesquelles la participation du public à ce système est importante, sur ce qui a été fait jusqu'à maintenant et sur ce qui pourrait être fait afin de favoriser une approche davantage axée sur les citoyens en matière de politique de santé.



## **Contexte**

Au cours de cette période de restructuration des soins de santé, divers critiques remettent en question et contestent les hypothèses, les visions et les organisations traditionnelles sur lesquelles repose notre système de régie de la santé. À la faveur d'une vision plus large des déterminants de la santé, des pressions accrues se sont exercées en vue d'une refonte du système de santé au Canada. Même si les réformateurs s'entendent sur la nécessité d'adopter de nouvelles approches, il existe divers modèles concurrents de partage des pouvoirs et de soutien du public. De nature, les changements de paradigme ne surviennent pas sans heurts. Les changements de régime sont tributaires de divers facteurs, dont la vigueur de l'ancien régime de politiques en place au Canada et l'identité de ceux qui dominant le débat.

Un défi que doivent souvent affronter les réformateurs est la robustesse et l'autonomie du système de régie qui est remis en question. Changer les attentes des citoyens ou le comportement des intervenants sur le plan des politiques n'est jamais facile tant que l'ancien système demeure bien ancré dans les institutions et qu'il rétribue les modèles de comportement traditionnels. Le présent essai se veut introspectif et suppose que nous devons comprendre le rapport de force que nous avons mis en place afin d'être en mesure d'évaluer les possibilités qui s'offrent pour élaborer de nouvelles stratégies en matière de santé. Si nous sommes déterminés à aborder les défis qui se posent dans ce domaine par une formule plus participative, nous devons d'abord analyser le contexte des politiques et les obstacles au changement structurel. Il faut aussi tenir compte de l'importance accordée jusqu'ici dans le système de régie de la santé aux mécanismes du marché et aux groupes de pression du secteur médical qui ont assumé le rôle d'« agents de l'État ».

Les opinions divergent sur l'opportunité de maintenir le statu quo ou sur la nécessité d'en arriver à une conceptualisation différente des systèmes de santé et de prestation des soins de santé, des paramètres de la pratique et des façons de mesurer les résultats qui nous intéressent. Ces débats supposent des jugements de valeur et des jugements politiques, et le système que nous avons érigé non seulement comporte des biais systématiques mais il renferme certains moyens d'autodéfense. Les questions de santé et la nature des réformes requises pour les solutionner soulèvent des critiques et des divergences de vues passablement tranchées.

Depuis des décennies, les partisans de la promotion de la santé font valoir de façon convaincante qu'étant donné que les déterminants sociaux ont plus d'importance pour la santé de la population que les services biomédicaux, il est logique d'envisager des stratégies et des mécanismes nouveaux pour remplacer ceux qui sont désuets (Lalonde, 1974). Ces efforts en vue d'implanter une formule plus communautaire, « axée sur les gens », en matière de santé ont été gênés par les structures institutionnelles héritées du passé et la rivalité entre les élites (Raeburn et Rootman, 1998). Ces auteurs critiquent ouvertement le monopole de la profession médicale et un système de santé qui n'a jamais été conçu pour permettre aux citoyens et aux collectivités de participer directement à la création des nouvelles connaissances et formes de diffusion nécessaires pour faire intervenir la nature sociale de la maladie. Les solutions axées sur la santé publique s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé et visent à planifier les services de santé en fonction des besoins de la population. Une telle approche est de nature plus quantitative.

Ces divers paradigmes, qui supposent qu'une participation directe du public contribuera à améliorer la conception et la prestation des services de santé, ont reçu beaucoup d'attention. Ils ont joué un rôle dans la légitimation et la mobilisation des groupes favorables à une réforme et des responsables politiques qui ont épousé leur cause. Mais la rivalité entre ces diverses formules (en dépit des efforts faits pour les harmoniser) a compliqué la recherche d'un cadre plus participatif au regard des déterminants de la santé (Hayes, 1999; Frohlich, 1999; Beatie, 1995; et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994).

En outre, dans d'autres milieux universitaires et politiques, on voudrait limiter davantage le rôle de l'État, en particulier celui de l'État national. Il est clair que des motifs et des objectifs variés interviennent dans cette lutte fondamentale pour le contrôle de notre avenir.

Les opinions divergent actuellement au Canada sur la façon de définir le problème à résoudre et sur les changements requis. À titre d'exemple, en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario, les gouvernements provinciaux semblent plus préoccupés par les réalités budgétaires et la réduction des coûts que par la nécessité de mieux soutenir un système public qui connaît des ratés. Ces gouvernements définissent donc la crise dans des termes différents et envisagent un modèle de restructuration plus décentralisé et axé sur le marché. Au Québec, il semble y avoir moins d'appui qu'au Canada atlantique pour une formule qui supposerait un renforcement de l'intervention centrale et du pouvoir de dépenser de l'État fédéral. Ces luttes idéologiques-territoriales autour de la redistribution opérée par l'État-providence canadien ne sont pas nouvelles, mais elles fournissent des indications essentielles qui nous permettent de mieux comprendre les différentes réactions à la crise du système de santé.

À l'époque de la Commission Rowell-Sirois et de la seconde Politique nationale, le gouvernement fédéral a réuni un groupe d'experts qui ont invoqué des hypothèses keynésiennes en matière de développement économique et social pour légitimer une initiative visant à changer le régime, laquelle a reçu l'appui des provinces pauvres mais a aussi menacé le pouvoir économique et politique de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et de la Colombie-Britannique (Tomblin, 1995, p. 34). La Commission est parvenue à ses fins parce qu'elle a su créer un puissant mythe national pour ensuite mobiliser une coalition influente à l'appui d'un nouvel ensemble de valeurs et d'institutions canadiennes communes. Cela a constitué une importante étape dans notre histoire en aidant les Canadiens à se définir différemment des Américains. Cette vision a reçu moins d'appui dans certaines provinces et dans certains milieux idéologiques. Mais une fois ce régime en place, l'incitation politique à le modifier et à ouvrir ainsi une véritable boîte de Pandore a été limitée, même lorsque les circonstances ont changé. Parce que cette nouvelle approche est devenue un symbole de prestige national, et non seulement une façon de définir et de résoudre les problèmes de santé, elle a soulevé un sérieux dilemme pour ceux qui souhaitaient une réforme.

La droite reconnaît les hypothèses que font les partisans d'une réforme axée sur la promotion de la santé, à l'effet qu'une décentralisation des pouvoirs et une plus grande participation des collectivités sur les questions de santé comporteraient des avantages. Pourtant, on accorde plus d'attention au besoin de supprimer les coûteuses bureaucraties gouvernementales et de réduire les coûts. Même si la gauche et la droite reconnaissent la valeur de tels changements, les critiques offertes au public ont varié considérablement. En dépit d'un consensus apparent sur les

avantages d'une plus grande participation du public, les divisions historiquement profondes et les divergences entre les modèles de participation publique ont vraisemblablement compliqué la tâche de mobiliser le soutien public nécessaire pour susciter une réforme.

Dans cette lutte au niveau des idées, l'opinion publique peut constituer un important catalyseur du changement. Néanmoins, compte tenu du pouvoir et de l'autonomie du système de régie actuel, dont la réputation d'élitisme, de jeux de coulisses politiques des groupes d'intérêts et de concentration du pouvoir exécutif semble bien méritée, il serait erroné de supposer que l'opinion publique déterminera forcément l'orientation future du système de soins de santé (Savoie, 1999; Pross, 1993). Le plébiscitarisme et la démocratie directe sont des notions populaires parmi ceux qui croient que les besoins de la société canadienne sur les plans de la culture et de la santé ont changé; mais, même si cela était vrai, notre régime institutionnel n'a jamais été conçu sur le modèle d'une république. Dans une perspective institutionnelle, il n'a jamais été prévu que l'opinion publique détermine l'orientation des politiques au Canada. Par conséquent, il faut envisager une approche plus institutionnelle, ou néo-institutionnelle, pour surmonter les défis associés à la restructuration du système de santé.

Cette réforme ne peut être envisagée de façon isolée. Elle devrait plutôt être vue comme s'inscrivant dans un débat idéologique-territorial de portée beaucoup plus vaste. Les gouvernements subissent des pressions provenant à la fois du sommet et de la base, et de nouvelles voix se font entendre pour réclamer une réduction du rôle de l'État-nation et un renforcement du continentalisme et du rôle des gouvernements infra-nationaux (Tomblin, 1995). Dans certaines provinces comme l'Alberta, le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique, des modèles différents, axés sur le marché et une vision continentale, sont actuellement formulés et débattus dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs de politiques.

En Alberta, le gouvernement Klein a confié à Donald Mazankowski la mission de faire une analyse et d'esquisser une vision nouvelle de la santé (Alberta, 2002). Une fois mises en place, ces réformes, qui sont le fruit d'une lutte idéologique-territoriale, accorderont un plus grand rôle au secteur privé dans la prestation des services de santé en Alberta, mais elles serviront aussi à faire pression sur les autres provinces pour qu'elles adoptent des pratiques semblables. La probabilité que cela survienne dépend de la capacité d'élaborer de nouveaux modèles ou de contester les idées défendues par la droite. Le pouvoir réel découle du contrôle exercé sur l'information et les formes de diffusion des connaissances au public. Les visions adoptées en matière de santé en Alberta, en Ontario ou, plus récemment, en Colombie-Britannique sont naturellement opposées à la formule plus centralisée et axée sur l'équité que favorisent les provinces de l'Atlantique, la Saskatchewan et le Manitoba. En définitive, la probabilité que des changements surviennent (et l'orientation qu'ils prendront éventuellement) dépendra du sentiment qu'il existe une crise au niveau des politiques, ainsi que des processus de régie et de décision et de la mesure dans laquelle le public en général est bien informé. En bonne partie, cela dépendra aussi des idées mises de l'avant et de la façon dont les débats sont structurés aux fins du public. Ce dernier doit être informé des diverses options qui s'offrent et ne pas être intimidé par les critiques de droite, qui pourraient prétendre qu'il n'y a d'autre choix que le statu quo et un système privé, par exemple.

Dans le passé, en dépit de la théorie de la modernisation et de toutes les prédictions au sujet du caractère inévitable de la centralisation, le Canada a continué à cheminer sur la voie de la décentralisation. À l'ère de la mondialisation, où l'on prédit le caractère non soutenable et le déclin de l'État-nation et des politiques qui l'accompagnent, les Canadiens doivent reconnaître qu'ils peuvent, à nouveau, faire des choix sur la base de valeurs qui leur sont propres, de formes d'innovation publique et de connaissances ancrées dans les faits.

Quant à savoir si la société canadienne embrassera une vision nouvelle de la santé publique, cela dépendra beaucoup des perspectives de débat véritable. En dépit de toute la rhétorique sur la nécessité d'une participation civique, Milner présente une preuve abondante démontrant que le niveau de sensibilisation civique et de connaissance politique n'augmente pas au Canada (Milner, 2001).

Manifestement, les processus démocratiques, les modèles de diffusion et les institutions publiques ont leur importance parce qu'ils jouent un rôle critique dans le choix des participants et la façon dont les enjeux sont articulés. La plupart des citoyens vivent en marge du processus politique et ne s'expriment qu'à l'occasion, lors de sondages ou de scrutins à intervalles de quelques années.

Le Canada n'est pas le seul pays à ressentir des pressions en vue d'un changement. Un peu partout dans le monde, les autorités et les systèmes de santé sont contestés tant de la base que du sommet. La mondialisation, les nouvelles formes de communication-diffusion, le rôle croissant des organisations internationales et d'autres facteurs se sont conjugués pour promouvoir de nouvelles conceptions de la santé et de la collectivité. Cela a pris la forme de théories nouvelles sur la cohésion sociale, de pressions externes centrées sur la prestation de soins de santé primaires, de demandes venant de la base en vue d'un contrôle et d'une participation accrue au niveau de la formulation des priorités du système de santé, ainsi que de connaissances et de données nouvelles révélant que les conditions sociales et économiques contribuent plus à la santé que les soins médicaux (Organisation mondiale de la santé, 1977, 1986). Ces pressions en vue d'une démocratisation ont une dimension nationale et internationale (Fondation du Commonwealth, 1999; Wyman, Shulman et Ham, 1999).

Dans le contexte actuel, certains Canadiens sont mal informés au sujet des enjeux de la santé ou des approches nouvelles qui s'offrent. Ils continuent donc à s'identifier à l'ancien régime. Cela a naturellement engendré des dilemmes et des contradictions pour les partisans d'une réforme de la santé parce que certaines des solutions proposées sont considérées comme inconcevables et non négociables.

Puisqu'un certain nombre de citoyens adhèrent à la notion selon laquelle le système national d'assurance-maladie est ce qui nous définit en tant que Canadiens, on ne doit pas s'étonner que la réforme du système se soit avérée difficile. Ces questions n'ont pas reçu suffisamment d'attention dans le débat sur la restructuration et des appels répétés en faveur d'une participation plus directe du public – un thème cher à ceux qui préconisent une réforme de la santé, mais aussi aux partisans de l'Alliance réformatrice – se font entendre. Cependant, ils aident à expliquer la nature des dilemmes politiques qui ont surgi et les raisons pour lesquelles un changement de régime s'est révélé si problématique. Ces dilemmes nous aident aussi à mieux comprendre

pourquoi le gouvernement national et d'autres qui profitent de l'ancien régime peuvent être incités à perpétuer ces vieux mythes et à refuser de céder le contrôle qu'ils exercent sur le débat, en dépit des problèmes structurels dont souffre le système.

## Changements de régime

Comme l'a illustré Peter Hall, le contexte institutionnel-politique et les règles et pratiques de l'appareil politique actuel occupent une place importante dans l'explication des profils de l'opinion publique, des réseaux institutionnalisés d'innovation et d'apprentissage au niveau des politiques et dans la détermination de la viabilité administrative et politique des visions ou des théories nouvelles. Pour répondre aux questions de cette nature, il faut mieux connaître les structures, les méthodes démocratiques et les processus de diffusion employés pour définir et résoudre les problèmes, et savoir comment, en retour, ceux-ci ont façonné les résultats politiques et les processus de réforme (Hall, 1989). Par conséquent, l'évaluation de la probabilité d'une participation publique accrue à la planification et/ou à la prestation des programmes dans l'avenir immédiat (telle que préconisée par divers réformateurs) dépendra, en définitive, de la robustesse des structures de régie et des modes de décision.

Comme l'a montré Bradford, les institutions fédérales canadiennes fondées sur la dualité entre le cabinet et le parlement et les systèmes de partis et de groupes d'intérêts n'ont pas constitué des catalyseurs efficaces sur le plan de l'innovation. Ils n'ont pas été non plus des outils efficaces pour susciter de nouveaux débats ou mobiliser le genre de coalitions requises pour institutionnaliser les réformes. En conséquence, nous avons tendance depuis longtemps à faire appel à des spécialistes dans le cadre de commissions royales pour combler ce vide institutionnel (Bradford, 1998). Quant à savoir si une vision de la santé plus centrée sur les gens ressortira au Canada, cela dépendra en grande partie de l'identité de ceux qui contrôleront le débat et de la résilience de l'ancien régime de politiques. Même si l'opinion publique est importante dans toute discussion de la réforme de la santé, il faut aussi tenir compte des processus politiques établis et des traditions, et de la mesure dans laquelle les nouveaux modèles de participation civique peuvent les menacer ou, au contraire, s'harmoniser avec eux.

Un problème fondamental posé par le débat sur la revitalisation du système de santé est que ce système est dominé par divers mythes d'origine politique. À titre d'exemple, la notion d'un système intégré, financé à même les deniers publics, dans le cadre duquel tous les Canadiens ont un accès égal aux mêmes services essentiels, à un coût égal, est essentiellement un mythe, mais un mythe fort utile. Tandis que divers services ont été privatisés ou retirés de la liste des soins assurés, d'autres comme les soins à domicile, les soins dentaires ou les soins pharmaceutiques n'ont jamais été pleinement couverts par l'assurance-maladie ou réglementés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Par ailleurs, selon l'endroit où l'on habite au pays, les services disponibles varient. Un autre puissant mythe est la notion voulant que les services biomédicaux soient ceux qui contribuent le plus à notre état de santé. Les contradictions entre « mythes » et « réalité » engendrent de la confusion parmi le public et donnent ainsi aux partisans d'une réforme l'occasion et l'incitation de faire pression en vue d'un changement. Néanmoins, ces divers mythes sont acceptés par la plupart des Canadiens et reflètent les anciens pouvoirs de monopole et les institutions auxquels nous avons fait appel pour la recherche et la prestation des programmes. Dans ces circonstances, il a été difficile de susciter des changements de structure, nonobstant l'abondante preuve démontrant qu'une formule plus démocratique, tournée vers les déterminants sociaux, apporterait des avantages substantiels sur le plan de la santé.

Les gouvernements ont eu tendance à réagir à une situation difficile en « blâmant le voisin » et en défendant les vieux monopoles et les intérêts dont ils avaient hérité ou qui leur ont servi à

prendre le pouvoir. Comme par le passé, nos institutions politiques ont été incapables de préconiser ou de défendre de nouvelles idées sur le plan des politiques. Ce jeu politique dangereux entre Ottawa et les provinces est lui-même devenu un problème politique et (comme dans le passé) la solution a consisté à nommer une commission royale fédérale (Tomblin, 1995, chap. 2; Bradford, 1998, chap. 1). Il était donc prévisible que les provinces réagissent en embauchant elles-mêmes des spécialistes qui ont produit des études commanditées.

Devant ces événements, certains Canadiens sont devenus de plus en plus cyniques et frustrés par un système qui ne leur accorde qu'une possibilité restreinte de prendre en main une question qui leur tient à cœur. La seule chose qu'ils peuvent faire est d'attendre la prochaine étude gouvernementale, d'observer la réaction des médias, d'intervenir en périphérie et, s'ils en ont l'occasion, de voter pour ou contre le parti au pouvoir.

Ironiquement, au moment où nous assistons à l'échec des politiques dans ce domaine et qu'il est clairement nécessaire d'envisager des solutions nouvelles et de lancer un débat plus approfondi, les défenseurs de l'ancien paradigme national semblent avoir peu d'incitation politique à articuler ces enjeux différemment. Il n'est pas toujours facile de susciter une réforme des structures (lorsque les circonstances changent) parce que les traditions sociétales et étatiques héritées du passé en couches successives rendent très difficile un changement de cap. Selon la logique de la pensée néo-institutionnelle, notre système fédéral complexe et divisé permet aux identités, aux visions et aux lignes de démarcation passées de survivre, et il limite ce qui peut être accompli, même lorsque le contexte évolue. Ce modèle offre de précieux enseignements pour comprendre la signification des régimes de politiques dont nous avons hérité et la façon dont ces régimes viennent compliquer toute initiative de changement structurel. Selon Cairns, nous devons apprendre à interpréter le problème comme étant celui d'une société politisée prise dans un réseau de rapports interdépendants avec l'État, et voir ce dernier comme une entité emprisonnée par les multiples liens qui le rattachent à la société, lesquels restreignent sa marge de manœuvre (Cairns, 1995, p. 33).

## Attitudes du public

Les Canadiens ont souvent été dépeints comme plus élitistes, plus conservateurs et moins animés par un esprit d'entreprise que les Américains (Lipset, 1990). Une telle description a tendance à réduire le rôle des différentes sous-cultures et des différents dialectes régionaux qui composent la mosaïque nationale, l'impact récent de la Charte des droits et les autres grandes tendances de la culture canadienne (Cairns, 1992). Même s'il y a toujours eu des différences régionales, dans une perspective historique, la plupart des Canadiens en sont venus à s'identifier à la notion d'un système de médecine socialisé et financé par les deniers publics.

Avec la démocratisation des divers services de santé (qui s'est amorcée en Saskatchewan dans les années 40), le public a appuyé l'idée d'un système public et universel, en dépit du fait que ce système n'a jamais été tout à fait public. Les cinq principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* dans les années 80 ont aussi trouvé un écho auprès des électeurs; ils traduisaient les sentiments de la plupart des Canadiens sur les questions de santé. Le premier ministre Trudeau s'est servi de cette Loi pour défendre sa vision pan-canadienne contre le continentalisme, la tendance au renforcement des provinces et le nationalisme québécois.

Dans le passé, malgré les divergences politiques significatives exprimées par certaines provinces dans la vive lutte déclenchée par la seconde Politique nationale (1940-1970), qui a opposé l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta au gouvernement central et aux provinces moins nanties, les choses se sont graduellement tassées une fois le conflit apaisé et le nouveau régime de politiques institutionnalisées (Tomblin, 1995, ch. 2). Naturellement, il y avait alors peu d'incitation à relancer le débat.

Avec la montée du libre-échange à la fin des années 80 (et l'abandon de la notion même de politiques nationales durant le mandat de la Commission Macdonald, qui a contribué à lancer une nouvelle ère de continentalisme) et l'essor des institutions de recherche épousant des idées de droite, l'Ontario, l'Alberta, le Québec et la Colombie-Britannique ont à nouveau eu l'occasion de défendre une vision plus décentralisée, néo-libérale et d'envergure nord-américaine. La stratégie consistant à relancer avec vigueur le dossier de la santé dans le débat public au Canada n'a vraiment pris corps qu'à la fin des années 90, une période marquée par une crise nationale, l'endettement public, le néo-libéralisme et l'expansion du commerce à l'échelle continentale et mondiale.

Les soins de santé sont devenus l'enjeu politique dominant de l'élection fédérale de 1997 (O'Reilly, 2001, p. 18). Comme l'a démontré cet auteur, tant le gouvernement fédéral que les provinces et les territoires ont fait des déclarations visionnaires ambitieuses dans la seconde moitié des années 90 (O'Reilly, 2001, p. 21). Le Forum national sur la santé, parrainé par le gouvernement fédéral, a fourni une autre tribune pour démontrer que les principes et les valeurs associés à l'assurance-maladie avaient toujours leur importance.

Par ailleurs, Ottawa se devait de réagir au phénomène de la mondialisation et de se plier aux impératifs budgétaires. Il fallait donc engager un nouveau débat public. Dans la poursuite de leurs objectifs, les gouvernements sont souvent forcés de tenir compte d'objectifs concurrents et il s'est avéré utile, sur le plan politique, de maintenir les débats dans des compartiments



distincts. Cela explique en partie l'ambiguïté et la volatilité de l'opinion publique, la vigueur des échanges fédéraux-provinciaux (où l'on se jette mutuellement le blâme) et les politiques incohérentes, parfois contradictoires, adoptées par les gouvernements. Le gouvernement fédéral a réagi à ce dilemme en défendant les principes de l'assurance-maladie, en procédant à des coupures, puis en blâmant les provinces pour la mauvaise gestion du système. Les provinces et l'opposition politique étant divisées sur ces questions, une telle stratégie politique a été profitable pour le gouvernement libéral, même si elle a peu fait pour améliorer globalement le système de santé. Elle a aussi sérieusement compromis les relations fédérales-provinciales. Cette rivalité idéologique-territoriale intense, insulaire et dominée par les élites a compliqué énormément la tâche de regrouper les Canadiens dans le cadre d'un processus de discussion et de reconstruction d'une vision nationale de la santé.

Les provinces ont elles-mêmes répliqué en blâmant Ottawa pour les coupures imposées. Ironiquement, la pertinence du dossier des soins de santé pourrait avoir compliqué, plutôt que facilité, la participation du public et la réforme du système. Avec l'intensification de cette lutte politique symbolique, aux enjeux élevés, la santé est devenue un dossier intergouvernemental clé. Les gouvernements ont réagi de façon prévisible, en prenant le contrôle de la question. En conséquence, le public et les autres groupes d'intérêts ont probablement eu moins de chance d'exercer un contrôle sur le débat ou sur le programme d'action en matière de santé.

Tout indique que lorsque la santé est devenue l'enjeu intergouvernemental de l'heure, il n'a plus été possible de solutionner ces questions dans le cadre des processus politiques habituels. Comme il ressort de la rencontre des premiers ministres provinciaux à Vancouver plus tôt en 2002 pour discuter de la crise de la politique de santé, à laquelle s'ajoute la vague soudaine de rapports émanant des provinces, les deux niveaux de gouvernement ont déployé tous les efforts pour tenter de prendre le contrôle de l'ordre du jour, des valeurs et des intérêts sociaux les plus pertinents à ce débat, et des initiatives envisagées pour réformer le système.

Comme par le passé, les citoyens canadiens ont joué un rôle de spectateurs. Néanmoins, l'opinion publique ne peut et ne devrait pas être considérée comme étant sans importance dans la dynamique changeante qui entoure les politiques de santé au Canada. Bien au contraire, lorsque l'opinion publique est mobilisée efficacement, elle peut devenir une arme politique très redoutable. L'opinion publique est une puissante ressource politique que les gouvernements et d'autres groupes d'intérêts manipulent aux fins de promouvoir une nouvelle approche ou de défendre le statu quo. Puisqu'ils s'adressent à des auditoires différents et qu'ils ont des intérêts divergents, les gouvernements et les autres groupes d'intérêts qui rivalisent pour s'arroger le pouvoir ont tout naturellement intérêt à façonner et à mobiliser l'opinion publique au service de leurs différents objectifs idéologiques- territoriaux. Cela contribue à expliquer pourquoi l'opinion publique est, de nature, une notion volatile et difficile à cerner.

En effet, l'opinion publique est devenue hautement volatile, truffée de contradictions et difficile à prédire (Milner, 2001; O'Reilly, 2001). Puisque la survie politique ou la défense d'idées nouvelles sur la place publique dépend de la capacité de mobiliser et d'influencer l'opinion publique, il est logique qu'en cette période de crise et d'enjeux politiques élevés les différents gouvernements, les organismes médicaux et les instituts de recherche en politiques soient incités à façonner l'opinion publique, mais en fonction d'impératifs et d'objectifs

territoriaux-idéologiques concurrents (Rachlis et coll., 2001; Fraser Institute, 2001; Centre canadien de politiques alternatives, 2000; *Canadian Perspectives*, 2000; British Columbia Medical Association, 2000; et Conférence Board du Canada, 2001). Un problème fondamental commun à plusieurs de ces études est qu'elles sont plus normatives que préoccupées par la recherche d'une meilleure compréhension publique des nouveaux enjeux qui se posent en matière de santé.

Pour l'essentiel, même s'il y a eu beaucoup de discussion et un intérêt manifeste à l'égard de la réforme du système, ainsi que de meilleures occasions de participation civique, on a noté un manque d'évaluation comparative valable des différentes réformes mises à l'essai dans les provinces et des « pratiques exemplaires » associées à ces réformes. À l'exception de quelques bonnes études (Tuohy, 1999; Adams, 2001; et Bickerton, 1999), peu d'analyses ont éclairé les parties intéressées par ce débat.

En raison des cloisons érigées par les gouvernements et les autres intervenants qui ont eu tendance à dominer les échanges et le déroulement de ce débat symbolique et hautement visible, il a été très difficile pour les Canadiens de faire cause commune, de centrer leur attention sur les mêmes questions ou d'acquérir la capacité nécessaire pour assurer une participation et un débat publics informés. Les citoyens de l'Alberta ont eu tendance à mettre l'accent sur le rapport Mazankowski (Alberta, 2002), tandis qu'au Nouveau-Brunswick, depuis le début du nouveau millénaire, l'attention s'est portée principalement sur la vision élaborée par le gouvernement de la province (Nouveau-Brunswick, 2001). On peut dire la même chose des autres provinces. Dans une large mesure, ce débat idéologique-territorial aux allures de rivalité a été organisé en vue de diviser, plutôt que d'unir, le pays sur les questions de santé.

Dans un tel contexte, il a été difficile de dégager un portrait précis de l'opinion publique. Au début des années 90, les Canadiens appuyaient leur système de soins de santé et semblaient en être satisfaits. Ils estimaient que leur système était supérieur à celui des Américains ou des Britanniques sur le plan de la régie des services de santé (Blendon, 1989; Tuohy, 1999, p. 102; et Gallop Canada, 1991).

Plus récemment, il semble y avoir eu une érosion de la confiance du public (Angus Reid, 2000). Même s'il subsiste de farouches partisans des principes d'un système universel financé par les deniers publics, les Canadiens sont devenus plus préoccupés par la durabilité du système à compter du milieu des années 90 (Tuohy, 1999, p. 103). Les valeurs et les attitudes des Canadiens semblent avoir changées, tout comme leur sentiment de frustration devant l'incapacité de contrôler l'orientation que prend le système de santé. Selon certains, le sentiment accru de crise a provoqué une plus grande ouverture du côté de la privatisation et d'autres changements semblables touchant à la prestation des services (Conférence Board du Canada, 2001). D'autres sondages font ressortir une tendance opposée. Un récent sondage national a révélé que les deux tiers des Canadiens étaient opposés aux genres de coupures envisagées par les gouvernements de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. En outre, ce sondage laissait penser que les Canadiens demeuraient confiants et appuyaient le statu quo. La plupart des citoyens sont d'avis que la solution consisterait à améliorer plutôt qu'à transformer le régime d'assurance-maladie (*The Globe and Mail*, 26 janvier 2001, p. 1).

Comme l'a indiqué Hall (1989), puisqu'un changement de régime exige d'abord de convaincre les autres parties de l'échec du régime actuel, pour ensuite mobiliser une coalition favorable à une nouvelle approche, il ne faut pas s'étonner que les critiques aient agi de cette façon. Par ailleurs, comme il ressort de l'Accord du lac Meech, de l'Accord de Charlottetown et de divers autres exemples, les critiques favorables à une réforme du régime sont naturellement incités à convaincre les autres que le statu quo ne constitue pas une option, même lorsque cela pourrait être le cas. Ces éléments doivent aussi entrer en ligne de compte.

## **Renouveler la régie en matière de santé : motivations et obstacles**

Nous vivons à une époque où l'on semble accorder beaucoup d'intérêt à la recherche de valeurs et de pratiques démocratiques nouvelles qui traduiraient mieux les nouvelles réalités et la pensée contemporaine dans le domaine de la santé. Quant à savoir si une transformation radicale surviendra ou non, cela dépend en grande partie de la capacité de l'ancien régime de s'ajuster, ainsi que des pouvoirs et des ressources dont disposent les partisans du statu quo. Le mouvement vers la santé publique qui s'est amorcé au Canada il y a un siècle offrait une conception différente de la santé et il a démontré que les mesures de santé publique étaient importantes et faisaient davantage pour améliorer l'état de santé que les services médicaux. En dépit de cela, il n'a pas été facile d'obtenir le soutien de l'État au niveau du budget et de la réglementation, et ceux qui défendaient des idées et des intérêts concurrents ont manifesté une vive opposition.

Le modèle biomédical qui a gagné en popularité à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et qui a connu un essor fulgurant au 20<sup>e</sup> siècle, pour diverses raisons, offrait une approche différente à l'analyse et au traitement des problèmes de santé. Selon ce modèle, un environnement salubre ne suffit pas pour améliorer l'état de santé, et de nouvelles formes de diagnostic et de soins médicaux sont requises. De nouveaux modes de prestation des services de santé sont alors apparus et ont été débattus au Canada. Au lendemain de la Dépression et de la Guerre, la notion d'un système universel de couverture des soins de santé a bénéficié d'un large appui, notamment pour les services hospitaliers et les services dispensés par des médecins. Mais cette approche n'a jamais fait l'unanimité. Des divergences idéologiques-territoriales et le renforcement de certains mythes puissants sur le Canada ont rendu difficile une redéfinition des questions de santé, la contestation du pouvoir de la profession médicale ou une remise en question d'autres idées, processus ou institutions bien établis.

Au début des années 70, des mouvements en faveur de la promotion de la santé et de la santé de la population sont apparus et ont contesté les idées, les processus et les institutions associés au modèle biomédical, plus hiérarchique et dominé par des spécialistes. Dans leurs critiques, les partisans d'une réforme soulignaient le manque de preuves établissant que les services médicaux amélioraient la santé de la population, et ils affirmaient qu'il était donc de plus en plus nécessaire de chercher à mieux comprendre et à corriger les inégalités sur le plan de la santé, en particulier du côté des déterminants sociaux. Des pressions accrues se sont exercées et un intérêt nouveau s'est manifesté pour faire participer plus directement le public à la définition des problèmes et des priorités en matière de santé. Ces initiatives ont heurté les modèles traditionnels.

## **La recherche d'un rôle accru pour le public : bonne ou mauvaise idée ?**

Depuis la publication du rapport Lalonde (1974), diverses études menées en milieu universitaire ou gouvernemental ont mis en lumière l'évolution des problèmes de santé et la nature des techniques et des solutions nouvelles qui sont requises pour les régler. La participation du public et l'engagement de la collectivité au niveau de la planification et de la mise en œuvre est un volet important de plusieurs des nouvelles approches, axées sur les déterminants sociaux, qui sont apparues. On affirme qu'il est nécessaire de donner à la santé une nouvelle définition qui reconnaîtrait mieux l'importance d'un environnement sain, de la cohésion sociale, du revenu, des habitudes de vie et d'autres déterminants importants de la santé, plutôt que de concentrer toutes les énergies sur les services médicaux.

Les partisans d'une plus grande participation du public ont fait appel à diverses méthodologies et formes d'analyse qui visent des objectifs très différents. À titre d'exemple, les stratégies de promotion de la santé ont certains points en commun avec la thèse défendue par les partisans de la nouvelle gestion publique et celle des promoteurs des formes globales de régie (Barrows et Macdonald, 2000). Ces diverses critiques contestent l'approche hiérarchique adoptée par l'État, qui va du sommet vers la base, et voudraient la remplacer par une formule permettant de déléguer l'autorité et d'améliorer l'efficacité tout en renforçant le rôle de la société civile. Mais du même coup, les divergences idéologiques fondamentales entre la vision de la promotion de la santé axée sur l'équité et le modèle de la nouvelle gestion publique, davantage tourné vers le marché, ont engendré de la confusion parmi le public au sujet des objectifs réels d'une formule privilégiant davantage la collectivité – que les partisans de l'ancien régime pouvaient, et ont su, exploiter pour défendre le statu quo.

Les réformateurs ont généralement supposé que, puisque le statu quo ne constituait pas une option, nous n'avions d'autre choix que d'adopter des solutions nouvelles pour régler des problèmes nouveaux. En conséquence, on n'a accordé que peu d'attention à l'évaluation de l'approche axée sur les déterminants sociaux par rapport au paradigme établi ou même à d'autres solutions nouvelles. Par ailleurs, on n'a pas accordé une attention suffisante à une meilleure compréhension des traditions politico-culturelles-institutionnelles qui ont persisté au Canada jusqu'à nos jours, ou à tenter de voir s'il serait opportun d'accroître la participation du public dans un tel contexte sans travail préparatoire supplémentaire. En outre, il y aurait lieu de faire une analyse plus poussée des changements fondamentaux survenus dans l'optique d'un plus grand engagement de la société civile dans la régie du système de santé, et de ses effets sur les priorités et les rapports de pouvoir dans l'avenir. Le reste de cette étude traite des processus et des pratiques démocratiques au sein du système de santé public au Canada, dans l'optique d'en arriver à une meilleure compréhension des obstacles à la réforme avant d'élaborer de nouvelles stratégies. Par conséquent, comme l'a affirmé Tuohy, l'organisation et le financement de la prestation des soins de santé au Canada n'avaient pas tellement changé dans les années 90 par rapport aux années 70 (Tuohy, 1999, p. 90). Par contre, il y a eu de nombreuses tentatives en vue de réformer le système.

## **Avantages de la participation du public**

Puisque la santé va bien au-delà des services médicaux, il est impératif que l'on améliore les possibilités de participation du public et d'implication de la collectivité dans la définition des priorités et des mandats. Cela est nécessaire si nous voulons élaborer de nouveaux cadres et de nouvelles approches à la lumière des données récentes qui indiquent que les besoins de la population en matière de santé sont tributaires de divers facteurs socio-économiques. Nous devons reconnaître la valeur de structures et de systèmes intégrés, centrés sur la collectivité et ancrés davantage dans les faits, qui adoptent une vision plus interdisciplinaire et qui sont mieux à même de renforcer la volonté collective requise pour que le public prenne en charge les questions de santé, tout en évitant les luttes intestines entre élites rivales représentant les diverses disciplines et collectivités qui ont marqué ces débats dans le passé. Puisque la démocratie peut prendre diverses formes, il existe différents modèles permettant d'encourager ou d'accroître la participation du public à la régie du système de santé. Afin de savoir quelles formes de participation publique seraient préférables au Canada, nous devons tenir compte des traditions culturelles et institutionnelles et de la nature des réformes proposées.

Selon Tuohy, trois institutions sont à la base de notre système décisionnel en matière de santé, mais aucune n'a été spécifiquement conçue pour faciliter une participation directe du public. Ces institutions sont le marché, l'État et le système de collégialité.

Ainsi, dans le dernier cas, les membres de la profession médicale ont historiquement assumé l'important rôle d'« agents du gouvernement ». Les organisations créées pour prendre en charge ces diverses fonctions n'ont jamais été très ouvertes ou très démocratiques. Comme l'a démontré Pross, les groupes de pression institutionnalisés au Canada comprennent bien le fonctionnement du système de gouvernement basé sur un cabinet et un parlement, et ils ont préféré travailler en coulisses, en évitant d'attirer l'attention du public (Pross, 1975, p. 10). Ce faisant, ils ont joué un rôle important au niveau tant de la conception que de la mise en œuvre de diverses politiques publiques et ont joui d'une grande autonomie. En décrivant ce type d'arrangement, Tuohy affirme que, dans les grands paramètres budgétaires établis par les gouvernements provinciaux, les médecins ont joué un rôle central dans les systèmes décisionnels à divers niveaux, allant de comités de « gestion » conjoints profession-gouvernement au niveau provincial, à celui du personnel médical hospitalier constitué de façon autonome et jusqu'au niveau de la pratique individuelle (Tuohy, 1999, p. 30).

Même si cette combinaison de traditions au niveau des institutions et des politiques nous a bien servis dans le passé, elle a aussi rendu difficile l'application de réformes, notamment la notion de l'habilitation des collectivités pour leur permettre d'exercer un plus grand contrôle sur les questions de santé. En pratique, diverses composantes de notre système de santé n'ont jamais été conçues pour être contrôlées par des institutions publiques. À titre d'exemple, les revenus de la profession médicale proviennent pour l'essentiel d'une formule de rémunération à l'acte. D'autres professions telles que les physiothérapeutes, les dentistes, les pharmaciens, les chiropraticiens, les fournisseurs de soins à domicile, les massothérapeutes et les optométristes ne bénéficient pas du même niveau de reconnaissance publique, ou de soutien financier. Tout indique que certaines de ces professions auraient préféré opérer dans le cadre d'un marché public plutôt que du marché privé, mais elles n'ont jamais eu la chance de le faire, en partie à cause de

l'opposition manifestée par la profession médicale (O'Reilly, 2001, p. 28-29). La profession médicale a acquis un statut spécial dans la société canadienne, lequel est renforcé par la domination qu'elle a historiquement exercée sur la recherche et l'enseignement de la médecine. Il fait peu de doute que le statut dominant et la légitimité de la profession bio-scientifique médicale ont été largement renforcés par le contrôle qu'elle exerce sur le contenu de l'enseignement et les questions et les thèmes qui font l'objet de recherches dans les écoles de médecine.

Plus de 30 pour cent des dépenses de santé sont de nature privée et sortent du cadre des programmes publics provinciaux, tandis que les divers services ne sont pas tous assurés par les différentes provinces (O'Reilly, 2001, p. 40). Comme toute autre institution, le mécanisme du marché comporte à la fois des atouts et des faiblesses. Cependant, il n'a jamais été conçu aux fins de promouvoir l'habilitation directe de la collectivité ou l'engagement de la société civile. Ainsi, même si l'industrie pharmaceutique au Canada se préoccupe de ses relations publiques, elle a été peu encline à mettre en place le genre de mécanisme qui aurait été nécessaire pour permettre aux citoyens d'exercer un contrôle plus tangible sur les décisions prises par ces sociétés. Si nous songeons au pouvoir économique des sociétés pharmaceutiques et à l'intérêt qu'elles ont à promouvoir et à défendre le modèle biomédical traditionnel – venant s'ajouter à leurs liens étroits avec le gouvernement, la profession médicale et les établissements de recherche médicaux – cela présente un autre défi à ceux qui veulent promouvoir une approche plus axée sur les déterminants sociaux et la collectivité en matière de santé de la population (Lexchin, 2002).

Le troisième mécanisme qui est intervenu dans l'établissement des principes généraux et le contrôle de l'orientation de la politique de santé est l'État. La nature de nos institutions politiques et leur structure jouent un rôle clé dans la compréhension du cheminement passé et du cours que prendront vraisemblablement les événements dans l'avenir. Il est aussi important d'aborder la question du sentiment, ou de l'absence de sentiment, d'appartenance et de contrôle des Canadiens à l'égard du système de santé.

Comme nous l'avons vu, malgré l'important débat national que suscite l'orientation future du système de soins de santé au Canada, celui-ci existe essentiellement au niveau des provinces. Le fédéralisme a trait à la diversité, et ce que nous avons en réalité est un ensemble de systèmes de soins de santé provinciaux qui ont simultanément des rapports de coopération et de concurrence. Récemment, il est devenu clair que la rivalité fédérale-provinciale a rendu difficile pour les Canadiens de collaborer sur les questions de santé et de sentir qu'ils œuvrent à un projet commun.

Avec son pouvoir de dépenser, ses commissions royales, ses établissements de recherche, et ses négociations et sa législation intergouvernementales, le gouvernement fédéral a tenté d'exercer une influence et d'articuler un discours politique national en s'appuyant sur quelques processus et institutions nationaux. Il est aussi intervenu pour promouvoir et créer des coalitions politiques, façonner des valeurs communes et transformer à son avantage les questions en litige. Tout cela a compliqué la réforme du système de santé parce que le public en est venu à s'identifier à la notion de système de santé national, mais il n'a eu que des possibilités limitées de participation réelle, au niveau national, sauf lorsque Ottawa a voulu mobiliser une coalition.

Comme l'a indiqué Banting, le gouvernement fédéral exploite depuis longtemps la notion d'État-providence et son pouvoir de dépenser principalement aux fins de légitimer le pouvoir de l'État central (Banting, 1987, p. 176). Dans le passé, les gouvernements provinciaux ont réagi en faisant valoir et en défendant leurs champs de compétence et leurs intérêts territoriaux contre les attaques venant de l'extérieur.



## Les projets de réforme et de restructuration ont-ils un impact ?

Récemment, on a assisté à diverses tentatives de restructuration et de réforme du système intergouvernemental et du système de santé. Cela ressort manifestement de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 et de diverses ententes intergouvernementales, dont l'Entente sur l'union sociale (Adams, 2001). En bonne partie, ces initiatives ont constitué une réaction au cynisme et à la frustration croissants du public. Dans l'esprit de certains critiques, toutefois, les réformes de ce genre ont peu contribué à solutionner les problèmes structurels sous-jacents, en encourageant une participation significative du public ou en orientant le système dans une direction qui aurait permis de résoudre les contraintes de données et autres, ou reflété les diverses pratiques et les nouveaux modèles qui s'offrent pour régler les problèmes dans le secteur de la santé. À titre d'exemple, certains se sont dit préoccupés du fait que même si la *Loi canadienne sur la santé* traite des aspects déjà bien établis de la politique de santé (par exemple les services dispensés par les hôpitaux et les médecins), elle n'offre qu'un soutien ou un encadrement limité pour ce qui est d'autres services essentiels comme le régime d'assurance-médicaments, la promotion de la santé ou les soins à domicile. Adams affirme que, pour l'essentiel, la *Loi canadienne sur la santé* ne traite pas des préoccupations contemporaines touchant à la qualité de la santé, à la pertinence, à la souplesse et à l'acceptabilité des services pour le public, à l'efficacité, à l'efficacité ou au caractère abordable de ces services, à la responsabilité publique pour les services offerts et leurs résultats, ou encore à la façon dont ces services sont dispensés et acceptés par le public (Adams, 2001, p. 65). Cette loi n'a pas non plus été conçue pour contribuer beaucoup à encourager l'élaboration de modèles et d'outils nouveaux requis pour intégrer de façon adéquate les déterminants non médicaux de la santé.

En dépit de ces limites, nous devons signaler qu'il semble y avoir une reconnaissance de plus en plus grande des possibilités accrues qui s'offrent pour contester les anciennes approches d'une façon qui, grâce à un soutien continu, pourrait permettre de renforcer la participation du public et d'améliorer notre capacité de régler les nouveaux problèmes de santé sur la base des faits, tout en produisant de meilleurs résultats. Nous passons maintenant à un examen de certaines de ces idées et initiatives de réforme, en tenant compte des deux côtés du débat et en accordant une certaine attention aux contraintes présentes, en vue de mieux éclairer les délibérations et les recommandations finales de la Commission.

Évaluer l'expérience de la participation du public à la régie du système de santé au Canada soulève certains défis. Une partie du problème réside dans le fait que des critères et des objectifs différents peuvent être évalués, en fonction des valeurs, des intérêts, des processus ou des hypothèses qui sous-tendent l'analyse. Pour la plupart des économistes et certains groupes d'intérêts, la nécessité de réduire les coûts au minimum semble prioritaire. Pour d'autres, les résultats sur le plan de la santé, de la cohésion sociale ou de la réduction des inégalités en matière de santé sont perçus comme des objectifs plus importants que l'efficacité économique. Il n'y a pas d'approche universelle à l'évaluation des diverses expériences de participation des collectivités et des groupes intéressés, ou de la façon dont ils sont parvenus à composer avec les défis reliés à la santé.

Comme l'a noté Howlett, il y a beaucoup de documentation au Canada sur le rôle joué par les clientèles du secteur privé et du secteur public en vue de faciliter la formation des groupes requis

pour légitimer les anciennes approches et structures de pouvoir et sur les outils servant à les créer et à les manipuler (Howlett, 2000, p. 419). La mise en œuvre de transformations internes et le remplacement d'institutions sociétales et étatiques bien établies (et les intérêts et valeurs connexes) sont plus faciles à annoncer qu'à réaliser, même en période de crise. Le fait que le changement n'est jamais neutre et qu'il y a toujours des gagnants et des perdants complique la tâche de recueillir des appuis pour tout nouveau modèle, en particulier lorsque l'ancien régime demeure robuste, que les conditions structurelles sous-jacentes ne changent pas et qu'il y a peu de possibilités de contester les monopoles établis, les anciennes sources de connaissances et d'innovation ou les mythes populaires créés et institutionnalisés au niveau politique.

La diversité des expériences, des études commanditées et des processus de planification élaborés et mis en œuvre par des intervenants et des groupes aux intérêts idéologiques-territoriaux concurrents est l'indice que notre système démocratique diversifié tente de composer avec une crise au niveau des politiques et avec de nouvelles sources de concurrence. Nous devrions en être fiers, mais en veillant à ce que cette concurrence soit équitable et équilibrée, c'est-à-dire qu'elle se déroule dans l'« intérêt public ». Comme nous l'avons affirmé précédemment, le public a toujours été partie prenante au système de santé, mais en raison de nos structures institutionnelles et de nos traditions culturelles, nous avons eu tendance à considérer la société comme une ressource pouvant être manipulée et organisée par des élites rivales.

Naturellement, à moins que les conditions ne changent et que l'on n'ait à la fois l'incitation et la possibilité d'évaluer de façon appropriée le pour et le contre de la participation du public à la régie du système de santé (que nous ayons affaire à des modèles de régionalisation différents, à de nouvelles formes de démocratie directe, à des formules de rémunération à l'acte, à de nouveaux modèles de prévision basés sur les besoins en santé humaine, à la privatisation ou à d'autres notions de restructuration), il est peu probable que nous puissions aller très loin dans l'évaluation de ces expériences, de leurs effets sur le plan de la réduction des coûts ou de l'amélioration de l'état de santé de la population si certains facteurs demeurent présents.

## **Appréciation de certaines expériences récentes de restructuration axées sur la participation du public**

La réforme des soins de santé et la nécessité d'améliorer la santé, de réduire les coûts et de solutionner toute une série de crises sur le plan des politiques sont devenues une préoccupation nationale de premier plan au Canada, comme dans d'autres pays. Une bonne partie de l'effort de restructuration s'est articulée autour des objectifs suivants :

- la fermeture d'hôpitaux, l'élimination des doublons et d'autres infrastructures coûteuses (notamment dans les collectivités rurales);
- la suppression de postes d'infirmières à temps plein et de fonctions administratives;
- l'institutionnalisation là où cela était possible, et des campagnes de promotion publique d'un modèle privilégiant les déterminants de la santé, moins institutionnalisés et plus axés sur la collectivité;
- la régionalisation des services de santé dans les provinces (une restructuration vers le niveau sous-provincial a eu lieu partout, sauf en Ontario);
- l'élaboration de façons nouvelles de tirer des leçons des politiques et de coordonner les services entre provinces (régionalisme interprovincial).

À la faveur de la mondialisation, de l'augmentation des coûts, de l'évolution du fédéralisme fiscal, de la dépopulation des campagnes au profit des villes et de la montée de nouveaux mouvements sociaux, des pressions croissantes se sont manifestées en vue de la réforme ou du remplacement du système de santé actuel et des instruments de politique qui lui sont associés. Pourtant, il ne faudrait pas sous-estimer certains facteurs clés qui agissent à contresens, tout comme il ne faudrait pas prendre pour acquis que certaines réformes et certains mécanismes nouveaux sont nécessairement dans l'intérêt public ou visent à donner au système une orientation nouvelle. En définitive, la possibilité que de nouveaux modèles de santé et de nouvelles formes de participation publique remplacent les anciennes approches dépend largement de la mesure dans laquelle les processus, les formes de connaissances et les structures actuelles jouissent d'une certaine crédibilité auprès des intervenants et du fait que le public accorde une confiance ou une légitimité suffisante à l'ancien système. Dans le cas contraire, nous n'aurons guère d'autre choix que d'envisager des approches et des instruments de politique nouveaux qui seraient mieux en mesure de mobiliser une coalition à l'appui d'un nouveau régime. Autrement, ce sont nos adversaires politiques qui assumeront ce rôle.

La régionalisation au niveau sous-provincial est une stratégie très populaire de restructuration des services de santé qui, en théorie du moins, vise à abaisser les coûts, à éviter les doublons tout en offrant des possibilités accrues aux citoyens et aux collectivités de participer plus directement aux décisions touchant à la santé. La régionalisation en tant que modèle de restructuration a beaucoup à offrir, mais un épineux problème posé par l'évaluation de cette notion est qu'elle a des significations diverses dans différents contextes et qu'elle peut servir à défendre des objectifs très différents, parfois même opposés, et peut ainsi être

politiquement controversée. Ainsi, dans le domaine du développement économique, la régionalisation est généralement associée davantage à des considérations d'efficacité qu'à des préoccupations d'équité. Cette notion a servi à justifier les réductions de services ou à transférer le blâme à d'autres. Le régionalisme transfrontière (par exemple les efforts récents des premiers ministres des provinces de l'Atlantique pour coordonner et intégrer leurs politiques de santé) et le régionalisme sous-provincial sont en opposition car plus on délègue de pouvoirs à la collectivité, plus il y a de diversité au niveau des politiques et plus il est difficile de les intégrer ou de les coordonner au niveau décisionnel entre provinces (Tomblin, 2002; Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, 2001). Naturellement, cela pourrait compliquer toute campagne future reposant sur l'idée de nation qui viserait à coordonner l'intégration des politiques de santé et la collaboration entre les diverses sphères de compétence au pays. Par conséquent, il pourrait être nécessaire de coordonner ces différentes expériences régionales ou, à tout le moins, de tenir compte de leurs effets sur les autres expériences de planification.

Il serait prématuré de se prononcer catégoriquement sur la nature de cette formule de restructuration ou son impact sur les profils de participation publique à la régie du système de santé, jusqu'à ce que d'autres recherches comparatives soient disponibles. Au niveau interprovincial, comme les discussions se déroulent à huis clos au niveau des autorités, les possibilités de promouvoir une participation directe du public ont été peu nombreuses.

La régionalisation au niveau sous-provincial suppose à la fois une délégation et une centralisation des pouvoirs. En pratique, la régionalisation peut entraîner la suppression des structures collectives locales et les hôpitaux auxquels les gens s'identifiaient, qu'ils peuvent avoir influencés et sur lesquels ils comptaient. Quant à savoir si les conseils d'administration récemment nommés et intégrés sont plus démocratiques et responsables, la question demeure ouverte mais la majorité des provinces ont jusqu'à maintenant évité de mettre en place des conseils élus, même partiellement. De même, la délégation des pouvoirs dépend de la présence de ressources et d'une capacité suffisantes pour prendre des décisions autonomes au niveau de la collectivité. Puisque les gouvernements provinciaux conservent le contrôle sur les expériences de ce genre (comme il ressort des réformes en profondeur récemment imposées à partir du sommet en Colombie-Britannique), on peut se demander si les formes de régionalisation sous-provinciale centrées sur la collectivité s'accompagnent de l'autonomie et de la capacité requises pour qu'il y ait contrôle effectif des principes et de l'orientation future du système de santé. En outre, puisque ces nouvelles structures régionales n'ont jamais eu une incidence directe sur la rémunération des médecins ou sur les pratiques commerciales des sociétés pharmaceutiques (Lomas, 2001), il reste à voir si la régionalisation, dans sa structure actuelle, peut d'elle-même engendrer le genre de connaissances ou mobiliser le genre d'enthousiasme et de soutien public qui serait nécessaire pour solutionner certains des problèmes ou pour réorienter le système de santé. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, les efforts déployés par le gouvernement provincial en 1996 pour créer des structures de régie collective au niveau régional semblent avoir reçu l'adhésion du public, mais ont été contrecarrés par la décision des nouveaux hôpitaux régionaux de demeurer hors de la structure régionale. Au bout du compte, ce genre de lutte de pouvoir et de stratégie défensive a miné l'effort de restructuration entrepris par la province et privé les conseils de santé régionaux et communautaires d'un soutien institutionnel (Redden, 1999, p. 1373). À moins ou jusqu'à ce que ces divergences et ces lacunes institutionnelles ne soient résolues, la régionalisation demeurera une option limitée.

La question de savoir quelles formes de participation publique sont les plus utiles pour assurer un fonctionnement efficace au système de santé a reçu beaucoup d'attention dans les travaux publiés, tout comme celle de la mesure dans laquelle différentes formes de participation des citoyens conditionnent la définition des problèmes et des solutions envisagées sur le plan des politiques. Mais, ici également, des recherches supplémentaires s'imposent. Les résultats d'une étude fondée sur une enquête menée auprès des membres des conseils de santé de la Saskatchewan indiquent que la régionalisation a permis d'améliorer le système, qu'elle a abouti à de meilleures décisions et qu'elle a renforcé le contrôle local (Lewis et coll., 2001). Cependant, il existait une certaine confusion parmi les membres des conseils sur la nature des pouvoirs dont ils disposaient, et de nombreuses critiques ont été exprimées au sujet des restrictions imposées par les gouvernements provinciaux et du manque d'autonomie des conseils. Cette enquête a aussi révélé qu'il y avait peu de différences dans les préférences des répondants à l'égard de la nomination ou de l'élection des membres du conseil, ou encore de la présence de professionnels de la santé ou d'autres personnes sans antécédents dans ce domaine. Les recherches n'ont pas démontré que les membres percevaient les problèmes de santé différemment selon qu'ils étaient nommés ou élus, ce qui vient réfuter les affirmations de certains critiques à l'effet que les institutions de ce genre sont condamnées à subir la domination de groupes d'intérêts spéciaux et sont donc incapables de défendre ou de promouvoir l'intérêt public. Cependant, il importe de noter l'absence de mesures objectives ou de questions visant à vérifier si les autorités régionales en matière de santé avaient mis en place des mécanismes adaptés à la réalité locale en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience (Lomas, 2001, p. 344). Même si les membres des conseils ont reconnu clairement la nécessité de réformer le système en s'inspirant d'un modèle de mieux-être plutôt que du modèle biomédical, la majorité avaient aussi l'impression que le genre de vision ou de plan requis pour obtenir l'appui du public et mettre en œuvre ce nouveau paradigme ne s'était jamais concrétisé.

Cette étude a aussi fait ressortir d'autres problèmes. L'un des plus importants était le manque d'intérêt du public à l'égard de l'élection des membres du conseil. Puisque seulement 10 pour cent des citoyens ont pris la peine de voter, cela augure mal pour ceux qui cherchent des appuis en vue d'instaurer un système de santé plus démocratique et légitime. Si une telle absence de soutien public découle d'une méfiance, il pourrait être nécessaire de chercher à mieux comprendre, et résoudre, ces problèmes de légitimation. Un autre problème révélé par l'étude est celui des déficits, en particulier à Regina. Incidemment, la décision a été prise en 2000 de supprimer les conseils partiellement élus, en nommant un commissaire chargé de faire enquête sur ce problème et cette expérience. Pour le moment du moins, il ne semble pas que cet essai de démocratisation ait été efficace ou ait atteint un stade où il pourrait être institutionnalisé plus largement. En fait, il a été temporairement abandonné. Les expériences de régionalisation dans d'autres parties du pays semblent aussi se dérouler dans un contexte de restructuration incessante, ce qui montre leur manque de légitimité, d'autonomie ou de capacité de relever les nouveaux défis qui se posent dans le domaine de la santé, en particulier ceux liés aux coûts. Par ailleurs, on peut penser que ces autorités n'ont jamais été bien placées pour mobiliser le genre de coalition nécessaire pour se défendre contre des rivaux de l'extérieur et les notions, processus et attentes connexes.

Les points de vue diffèrent sur les formes de participation publique qui conviendraient le mieux à un fonctionnement efficient de notre système de soins de santé. En grande partie, cela dépend des valeurs ou des priorités que l'on cherche à promouvoir ou à défendre. Du côté de la droite, la notion de décentralisation, d'engagement civique et de sensibilisation accrue des collectivités aux coûts et aux responsabilités associés à la prestation des services occupe une place importante dans ce schéma d'analyse. On pourrait dire la même chose des divers adeptes des partenariats privés-publics, même s'il reste à établir que les services de médecine privés sont plus efficaces que les services publics (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002; Wilson, 2001).

Aux États-Unis, ces critiques sont manifestement le reflet des coutumes institutionnelles, culturelles et politiques du pays, et il est probable qu'elles ont contribué à renforcer la tradition de ne pas compter sur l'État pour régler les problèmes de disparité, notamment dans le domaine de la santé. Divers critiques ont affirmé qu'une localisation et une démocratisation trop poussées pourraient engendrer une situation où la volonté ou la possibilité de redistribuer les ressources vers ceux qui en ont besoin ou qui sont incapables de se défendre seraient affaiblies. Cela ressort manifestement des conflits qui ont opposé les provinces riches et les provinces moins nanties, mais aussi des rivalités entre les collectivités urbaines et rurales dans les provinces canadiennes. Par le passé, les traditions culturelles, institutionnelles et politiques du Canada ont témoigné d'une orientation plus *collectiviste*, avec pour conséquence que l'on a accordé plus d'importance aux questions d'équité et aux besoins à combler.

Il y a toujours le risque qu'une décentralisation, une démocratisation ou une privatisation trop poussée engendre une dynamique politique très différente et rende beaucoup plus difficile la solution des problèmes de disparité ou la formation d'une coalition favorable à un système de santé axé sur les besoins, qui a toujours caractérisé la tradition collectiviste canadienne par opposition à l'individualisme américain. Ainsi, en Oregon, les expériences faites avec des modèles de régie axés sur une participation plus directe semblent avoir désavantagé certains groupes, notamment ceux qui ont un statut socio-économique peu élevé (Redden, 1999). Par conséquent, on peut se demander si un modèle plus participatif favoriserait un meilleur système de santé pour tous. De fait, il se pourrait bien qu'un tel modèle accentue les disparités sur les plans de la santé et du revenu, ce qui aide à expliquer pourquoi une telle approche est plus populaire du côté de la droite.

Une charte des patients est un autre instrument pouvant servir à réformer le système de santé et à y associer le public. Une telle approche a reçu passablement d'attention dans divers débats sur la restructuration. Ainsi, au Royaume-Uni, cette idée est d'abord apparue en 1991 sous le gouvernement Thatcher (Tuohy, 1999). Elle a ensuite été révisée en 1995, pour éventuellement être abandonnée. Cette notion a suscité, depuis, beaucoup de controverses et de débats. Voici certains des problèmes soulevés par la notion d'une charte des patients : en raison du fait que cet instrument est élaboré au sommet, les gens et les parties intéressées ne s'identifient pas à la charte et se sentent menacés par celle-ci; la charte vise à promouvoir une culture ou une approche axée sur le consumérisme plutôt que sur les besoins; elle privilégie la concurrence plutôt que le partage des pratiques exemplaires entre les entités du système de santé; l'accent est mis davantage sur les processus que sur les résultats; son orientation est plus nationale que communautaire; la charte incite les gens à tricher; elle renforce une « culture de blâme »; enfin,

elle mêle les notions de droit et d'aspiration en accordant des droits aux patients mais sans leur donner de recours réel lorsque ces droits ne sont pas respectés (Dyke, 1998). Un autre problème soulevé par la notion d'une charte des patients est qu'elle donne lieu à un discours centré sur les droits, ce qui vient compliquer la tâche des responsables politiques lorsqu'ils doivent apporter des changements nécessitant des modifications à certains droits. Enfin, aux États-Unis, la notion d'une charte des patients a été justifiée comme moyen de garantir un certain niveau de service. Un problème fondamental posé par cette approche est qu'elle complique davantage les processus de prestation des soins de santé et les mécanismes requis pour protéger les droits des patients, ce qui risque de hausser les coûts d'un système déjà très onéreux. Un tel système inciterait davantage les professionnels à commander des examens médicaux, ce qui, en pratique, accroîtrait encore plus les coûts des services médicaux. Étant donné les divers problèmes engendrés par la mise en œuvre d'un tel modèle dans d'autres sphères de compétence, la logique semble nous dicter d'adopter une approche prudente et plus progressive. Ainsi, en Grande-Bretagne, le soutien ou les moyens requis au niveau politique pour appliquer ces mesures nouvelles faisaient défaut, ce qui a eu diverses conséquences négatives sur le plan politique et celui des politiques (Tuohy, 1999, p. 182-183).

## **Prochaines étapes ?**

En explorant les mythes symboliques et les réalités institutionnelles du système de santé au Canada, nous avons mis en relief dans ce document les divers obstacles qui gênent l'exercice d'un contrôle public sur les principes et l'orientation du système de soins de santé. Notre intention était d'interpeller et de confronter certains de ces mythes, mais d'une façon qui nous permette de mieux comprendre les processus et les mécanismes qui les engendrent et qui les soutiennent. En présentant plus de détails sur le régime des politiques de santé, nous espérons stimuler un débat public et favoriser une meilleure compréhension d'un domaine complexe.

Nous devons nous interroger sur le genre de démocratie que nous avons, ou sur le genre de démocratie que nous aimerions avoir. En bonne partie, l'objet de cette étude est de présenter une réflexion sur la difficulté d'accroître le contrôle et l'adhésion du public à l'égard des rouages du marché, des relations intergouvernementales dominées par le pouvoir exécutif, ou des mécanismes de collégialité. Ce sont les structures et les processus sur lesquels nous sommes appuyés, mais ils n'ont jamais été conçus pour offrir de grandes possibilités d'accroître la participation directe du public au système de santé. La tradition culturelle plus collectiviste du Canada trouve son écho dans les institutions publiques que nous avons créées, et nous devons envisager à la fois leurs avantages et leurs inconvénients. Cependant, en dépit de toute la rhétorique venant de la droite, il est clair que la démocratie va bien au-delà des chiffres. En fait, comme il ressort de l'étude de cas sur l'Oregon examinée précédemment, les formes directes de démocratie soulèvent des problèmes pour les personnes ou les collectivités qui n'ont peut-être pas les ressources ou les compétences requises pour défendre de façon satisfaisante leurs intérêts dans un système plus concurrentiel et pluraliste.

Les formes représentatives de démocratie au Canada ont toujours intégré des mécanismes assurant que ces intérêts ne soient pas ignorés. Il a toujours été compris que l'élaboration de politiques efficaces exigeait une identification des gagnants et des perdants résultant des changements de politiques envisagés, pour ensuite trouver des moyens de dédommager ou d'aider ceux qui étaient défavorisés par ces mesures, mais d'une façon qui soit profitable pour tous. En conséquence, les leçons politiques de ce genre ne devraient pas être négligées dans la recherche d'un système de soins de santé plus démocratique. Le cas échéant, les résultats sur le plan politique et celui des politiques pourraient être très négatifs. Nous devons mieux comprendre ce que nous avons créé, ce qui fonctionne et ce qui peut être fait pour raffiner et améliorer le système, mais en s'appuyant sur les faits et en faisant appel à de nouveaux partenariats et à des formes de diffusion qui plairont aux Canadiens, qui répondront à leurs préoccupations et qui reflèteront leurs valeurs.

Une transformation réaliste du système de santé s'impose, mais elle doit s'appuyer sur une compréhension et une reconnaissance de ce que nous avons créé ensemble comme nation, en évitant les mécanismes, les processus et les approches qui forceraient les provinces, les collectivités et les citoyens à se tourner sur eux-mêmes et à adopter des stratégies mal avisées, motivées par une rivalité territoriale-idéologique qui, à long terme, risquerait d'avoir un impact très négatif sur la santé des gens et des collectivités. Elle doit aussi passer par l'identification et la conceptualisation des obstacles et des éléments qui faciliteraient une réforme, pour ensuite élaborer des stratégies nouvelles, soigneusement conçues, en vue de rallier le soutien du public



aux nouvelles réformes, inclure les collectivités dans le processus de recherche et de mise en œuvre, mais sans risquer de compromettre ou de menacer la tradition de responsabilité collective qui occupe une place si centrale dans les valeurs canadiennes.

Nous avons créé une situation où la tâche confiée à l'État dans la gestion des questions de santé et le renouvellement du consensus sur notre identité en tant que peuple et sur les valeurs qui nous tiennent le plus à cœur a soulevé un défi aussi redoutable que celui de la gestion d'un système de santé complexe. Ce qu'il nous faut maintenant c'est une détermination nouvelle à trouver des façons inédites de faire progresser ce système, en facilitant la mise en œuvre de stratégies novatrices, de formes différentes de savoir et de partenariats mieux adaptés à un démantèlement graduel de certaines des anciennes structures, pour les remplacer par des idées, des institutions et des processus nouveaux. Cela nécessitera une meilleure compréhension des rapports entre les anciennes et les nouvelles stratégies sur le plan de la santé individuelle et collective, et la découverte de façons inédites de rapprocher et de susciter des formes différentes et intégrées de connaissances (biomédicales, solutions axées sur les déterminants sociaux et traditions communautaires locales), et trouver des façons d'intégrer ces éléments pour engendrer de meilleures stratégies dans le domaine de la santé, mais sans provoquer de clivages politiques inutiles et improductifs ou abandonner ce qui a donné de bons résultats dans le passé.

Depuis longtemps au Canada, nous faisons appel à des études commanditées et à de nouvelles formes de recherche et de diffusion, et nous devrions continuer à développer cette tradition en encourageant l'expansion d'un secteur de la recherche diversifié, de haut calibre et ancré dans les faits, capable de remettre en question et de contester la domination d'un régime de politiques biomédical bien établi, centré sur les provinces, opérant du sommet vers la base et favorable au marché. En cette période de crise des politiques, beaucoup de pressions s'exercent en vue de reconceptualiser les questions de santé, de faire prévaloir un programme plus axé sur la collectivité et l'analyse des politiques, et d'orienter le système dans une nouvelle direction. En définitive, cette forme de participation publique, qui remonte loin dans l'histoire du Canada, aura vraisemblablement plus d'effet et sera plus utile pour assurer la longévité et le fonctionnement efficace du système de santé que plusieurs des réformes proposées par les critiques de droite et à l'égard desquelles les Canadiens n'ont pas manifesté beaucoup d'enthousiasme.

Récemment, il y a eu de nombreuses tentatives en vue de changer la façon dont nous analysons et conceptualisons les besoins humains au Canada. Beaucoup d'attention et d'importance a été accordée à la promotion des approches interdisciplinaires et à la recherche de nouvelles façons créatrices de lier directement les chercheurs, les décideurs, les citoyens et les collectivités dans un effort commun pour mieux comprendre les répercussions des anciennes et des nouvelles stratégies sur la santé humaine, communautaire et environnementale, qui ont toujours été étroitement associées mais dont l'analyse était cloisonnée (Lavis et coll., 2002; Lavis, 2002). Cela ressort des diverses initiatives de recherche dont le projet Des côtes tourmentées, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, le Canadian Regionalization Research Centre, et le Projet de recherche sur les politiques, entre autres exemples. Au niveau provincial, on a aussi manifesté beaucoup d'intérêt envers la création de points d'accès publics et des bases de données requises pour faire intervenir plus directement les collectivités et les citoyens dans le processus de recherche et d'élaboration des politiques. Ainsi,

à Terre-Neuve et au Labrador, l'attention croissante accordée au Plan social stratégique et à l'élaboration de comptes au niveau de la collectivité qui renferment des données utiles sur les déterminants non médicaux de la santé pour le public a constitué une expérience très positive et progressiste. Des expériences semblables se déroulent dans d'autres provinces. On devrait continuer à appuyer ces initiatives, mais le gouvernement fédéral doit aussi jouer un rôle dans l'établissement et le maintien de l'infrastructure d'information et des réseaux de recherche entre les provinces pour permettre aux Canadiens, partout au pays, d'appuyer, d'influencer et de comparer les pratiques exemplaires dans une perspective nationale. À titre d'exemple, l'idée de faire participer les citoyens à toute nouvelle structure conçue pour encadrer la *Loi canadienne sur la santé* constituerait un pas en avant. Mais devant la portée limitée de cette loi, il est encore plus indispensable d'envisager d'autres réformes, notamment pour faire en sorte que les responsables des politiques dans les secteurs autres que la santé soient tenus de prendre en considération les répercussions sur la santé. Il faut trouver de nouvelles façons de garantir que ce genre d'information est accessible et peut être utilisé pour faire pression sur les gouvernements afin qu'ils tiennent compte des effets de leurs actions sur la santé. Cette idée ne sera pas très populaire auprès des intérêts établis, mais elle aura la faveur du grand public.

Compte tenu des disparités considérables entre le modèle biomédical, centré sur les provinces, et les autres approches en matière de santé, il est essentiel que nous développions davantage les mécanismes de soutien requis pour institutionnaliser un paradigme principalement axé sur la collectivité, les déterminants sociaux et les faits. Nous devons avoir une approche équilibrée en matière de création et de diffusion des connaissances et, si nous continuons à développer de nouveaux ensembles de données et des méthodes de recherche et d'élaboration des politiques plus ouvertes, transparentes et inclusives, il sera beaucoup plus facile pour le public de sentir qu'il a son mot à dire et qu'il exerce un certain contrôle sur les questions de santé. Même si les coûts en sont élevés, les conséquences et les coûts associés au fait de permettre à d'autres d'exercer un monopole sur ces activités sont vraisemblablement beaucoup plus grands et risquent de menacer la cohésion nationale et notre tradition d'inclusion. Dans cette optique, il serait aussi logique de réduire l'influence des sociétés pharmaceutiques sur la recherche et la formation des médecins, et de limiter, voire supprimer, leurs activités de publicité. Des mesures appropriées devraient également être prises pour que les médecins soient incités à promouvoir de nouvelles pratiques (en particulier celles axées sur le mieux-être), ce qui pourrait comprendre de nouvelles formes de répartition des ressources ou un assouplissement du système de rémunération à l'acte. Il est temps que les Canadiens reprennent le contrôle de leur système de santé, mais d'une façon qui contribue à l'améliorer et à le renforcer.

Que ce soit dans le domaine des soins de première ligne, de la régionalisation, des programmes communautaires et de soins à domicile, ou de la promotion de la santé, on manifeste beaucoup d'intérêt envers l'élaboration de solutions nouvelles et le renforcement du sentiment d'appartenance et de contrôle du public à l'égard du système. Malheureusement, ces innovations et initiatives récentes, qui menacent l'expertise et la domination de l'ancien modèle biomédical et des intérêts connexes, ont tendance à se dérouler de façon isolée et sont privées des ressources politiques et de l'autonomie nécessaires pour remettre en question sérieusement la vision du monde de la profession médicale. Afin de relever ces défis nouveaux et d'offrir aux Canadiens l'occasion de participer à un débat moins fragmentaire, qui ne traduit pas simplement les intérêts idéologiques et territoriaux du régime établi, il est nécessaire de fournir une orientation plus

claire, de déplacer l'équilibre et de mobiliser des structures et des formes de savoir nouvelles en vue d'une démocratisation progressive du système de santé. Dans l'optique de renforcer le sentiment de contrôle des Canadiens sur la restructuration du système de santé, la meilleure approche consisterait à faire une plus large place à des modèles alternatifs de santé qui intégreraient les résultats de la recherche sur une base nationale, qui préconiseraient des valeurs communes et qui recueilleraient le genre d'appui nécessaire pour que s'amorce un changement fondamental.

La meilleure façon de renforcer l'appartenance et le contrôle du public à l'égard des principes généraux et de l'orientation du système de santé est de s'assurer que les anciens monopoles soient remis en question et que des idées et des options nouvelles comme la régionalisation et les modèles axés sur la santé de la population soient prises en considération. Cela nécessitera de nouveaux mécanismes nationaux pour comparer les pratiques exemplaires et intégrer la recherche effectuée dans les diverses sphères de compétence, tout en offrant aux Canadiens une plus grande possibilité de participer à un dialogue franc et ouvert. Nous devons continuer à soutenir et à rechercher des façons qui remettront en question le pouvoir des anciens monopoles, qui amélioreront la conception des solutions de rechange et qui faciliteront la participation des Canadiens au débat et à l'examen des diverses solutions qui s'offrent au-delà de la gamme étroite des options qui leur sont présentées par les partisans du régime en place. Cela pourrait prendre la forme d'un appui à la recherche interdisciplinaire et interprovinciale, et d'une commission nationale permanente qui serait chargée d'articuler une orientation claire, de répertorier les pratiques exemplaires et de faire rapport sur les initiatives de réforme entreprises un peu partout au pays. Tel que nous l'avons mentionné, les commissions ont joué ce rôle dans le passé au Canada et nous pourrions aller plus loin en mettant en place une structure permanente. Nous devons aussi trouver de nouvelles façons de veiller à ce que tous les gouvernements et tous les intervenants du système de santé fournissent le genre de renseignements requis pour intégrer la recherche et faciliter l'évaluation des résultats des nouveaux modèles et approches communautaires. Une telle commission pourrait aussi s'assurer que les responsables des politiques et le public soient bien informés sur la façon dont les décisions prises dans d'autres secteurs de politiques influent sur les résultats dans le domaine de la santé. Ce faisant, les Canadiens acquerraient un meilleur sentiment de contrôle sur leur système de santé et auraient le choix entre un plus grand nombre d'options.

## Bibliographie

- Abel-Smith, B. et E. Mossialos. « Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union », *Health Policy*, vol. 28 (1994), p. 89-132.
- Abelson, J. et J. Lomas. « Do Health Service Organizations and Community Health Centres Have Higher Disease Prevention and Health Promotion Levels than Fee-for-service Practices? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 142 (1990), p. 575-581.
- Adams, Duane, éd. *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2001.
- Aikman, P. et coll. « System Integration: A Necessity », *Journal of Nursing Administration*, vol. 28, n° 2 (1998), p. 28-34.
- Alberta. *A Framework for Reform: Report of the Premier's Council on Health*, rapport commandé par le gouvernement de l'Alberta, 2002. Disponible sur le site [www2.gov.ab.ca/home/health\\_first/documents\\_maz\\_report.cfm](http://www2.gov.ab.ca/home/health_first/documents_maz_report.cfm).
- Ameratunga, Carol, éd. « Inclusion: Will Our Social and Economic Strategies Take Us There? », dans *Women's Health in Atlantic Canada Trilogy*, Volume 2. Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, 2000.
- Angus Reid Group. *Health Care in Canada*, Toronto, février 2000.
- Bakvis, Herman et Grace Skogstad, édés. *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness, and Legitimacy*, Toronto, Oxford University Press, 2001.
- Baltzan, Marc. « Why C.M.A. Opposes Canada Health Act », *Ontario Medical Review*, (juillet 1983), p. 345-347.
- Banting, Keith. « The Social Policy Divide », dans *Degrees of Freedom: Canada and the United States in a Changing World*, publié sous la direction de Keith Banting, George Hoberg et Richard Simeon, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1997.
- . « Social Policy », dans *Border Crossing: The Internationalization of Canadian Public Policy*, publié sous la direction de G. Bruce Doern, Leslie Pal et Brian W. Tomlin, Toronto, Oxford University Press, 1996.
- . *The Canadian Welfare State and Canadian Federalism: Second Edition*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987.
- Banting, Keith, Douglas Brown et Thomas Courchene, édés. *The Future of Fiscal Federalism*, Kingston, School of Policy Studies, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, 1994.

- Baris, E. « Reforming Health Care in Canada: Current Issues », *Salud-Publica-Mex*, vol. 40, n° 3 (mai 1998), p. 276-280.
- Barrows, David et H. Ian Macdonald, éd. *The New Public Management: International Developments*, Toronto, Captus Press, 2000.
- Beatie A. « Evaluation in Community Development for Health: An Opportunity for Dialogue », *Health Education Journal*, vol. 54 (1995), p. 465-471.
- Bickerton, James. « Reforming Health Care Governance: The Case of Nova Scotia », *Revue d'études canadiennes*, vol. 34, n° 2 (été 1999), p. 159-190.
- Blendon, Robert. « Three Systems: A Comparative Survey », *Health Management Quarterly*, vol. XI, n° 1 (1989), p. 2-10.
- Blomquist, Ake et David Brown, éd. *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Toronto, Institut C. D. Howe, 1994.
- Bradford, Neil. *Commissioning Ideas: Canadian National Policy Innovation in Comparative Perspective*, Toronto, Oxford University Press, 1998.
- British Columbia Medical Association. *A New Course for Health Care*, juillet 2000.
- Brodie, Janine. *The Political Economy of Regionalism*, Toronto, Harcourt Brace Jovahovich, 1990.
- Brunelle, F., F. Leatt et S. Leggat. « Healthcare Governance in Transition: From Hospital Boards to Systems Boards... A National Survey of Chairs of Boards », *Hospital Quarterly*, vol. 2, n° 2 (hiver 1998-1999), p. 28-34.
- Bunton, Robin et G. Macdonald. *Health Promotion: Disciplines and Diversity*, Londres, Routledge, 1992.
- Bunton, Robin et coll., éd. *The Sociology of Health Promotion: A Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*, Londres, Routledge, 1995.
- Burton, P. et L. Harrison, éd. *Identifying Local Health Needs: New Community Based Approaches*, Bristol, Policy Press, 1996.
- Cairns, Alan. *Reconfiguration: Canadian Constitutional Citizenship and Constitutional Change*, Toronto, McClelland and Stewart, 1995.
- . *Charter Versus Federalism*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1992.
- . *Constitution, Government and Society in Canada*, Toronto, McClelland and Stewart, 1988.

- \_\_\_\_\_. « The Embedded State: State-Society Relations in Canada », dans *State and Society: Canada in Comparative Perspective*, publié sous la direction de Keith Banting, Toronto, University of Toronto Press, 1986.
- Canada, Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-1999*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1999.
- Canada, Réseau de surveillance de la santé au Canada, Santé Canada. *Construire des partenariats pour renforcer la surveillance de la santé dans tout le Canada : L'infrastructure nationale de surveillance de la santé*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.
- Centre canadien de politiques alternatives et syndicat des employés du gouvernement et des services de la Colombie-Britannique. *Without Foundation: How Medicare Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*, novembre 2000. Disponible sur le site [www.policyalternatives.ca/bc/withoutfoundation.html](http://www.policyalternatives.ca/bc/withoutfoundation.html).
- Canadian Perspectives*. « The Medicare Crisis: A Citizens' Guide to a Real Crisis in Medicare », printemps 2000, p. 8-11. Disponible sur le site [www.Canadians.org/publications/pub-cp-spring2000.pdf](http://www.Canadians.org/publications/pub-cp-spring2000.pdf).
- Casebeer, A., C. Scott et K. Hannah. « Transforming a Health Care System: Managing Change for Community Gain », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 2 (mars-avril 2000), p. 89-93.
- Church, J. et P. Barker. « Regionalization of Health Services in Canada: A Critical Perspective », *International Journal of Health Services Planning, Administration, Evaluation*, vol. 28, n° 3 (1998), p. 467-486.
- Church, John et coll. *Modèles organisationnels de soins de santé communautaires : revue de la documentation*, rapport produit pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, par l'intermédiaire du Comité consultatif des ressources humaines en santé, Santé Canada, 1995. Disponible sur le site [www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/building.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/building.htm).
- Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, rapport produit pour la rencontre des ministres de la Santé, tenue à Halifax, en Nouvelle-Écosse, les 14 et 15 septembre 1994.
- Comité consultatif sur les services de santé. *Modèle de réorganisation des soins primaires et d'adoption de la rémunération par capitation*, rapport rédigé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé, septembre 1995.
- Conference Board du Canada. *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, Ottawa, janvier 2001.

- Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. *Vision renouvelée du régime des services de santé du Canada*, 1997, document reprographié.
- Conseil des premiers ministres de l'Atlantique. *Working Together for Atlantic Canada: An Action Plan for Regional Co-operation*, Halifax, Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, 2001.
- Corbett, A. « Building on Strength: Improving Governance and Accountability in Canada's Voluntary Sector », *Hospital Quarterly*, vol. 2, n° 3 (printemps 1999), p. 56-60.
- Courchene, Thomas. « The Emerging Techno-economic Paradigm and the Evolution of Social Canada », dans *Renewing Governance: Governing by Learning in the Information Age*, publié sous la direction de Steven Rosell, Toronto, Oxford University Press, 1999.
- . « Chaste and Chastened: Canada's New Social Contract », dans *The Welfare State in Canada: Past, Present, Future*, publié sous la direction de Raymond Blake, Penny Bryden et Frank Strain, Toronto, Irwin Publishing, 1997.
- . *Redistributing Money and Power: A Guide to the CHST*, Toronto, Institut C. D. Howe, 1995.
- Courchene, Thomas et C. Telmer. *From Heartland to North American State*, Toronto, Université de Toronto, Faculté de gestion, 1997.
- Crichton, Anne, Ann Robertson, Christine Gordon et Wendy Farrant. *Health Care, A Community Concern?*, Calgary, University of Calgary Press, 1997.
- Davidson, A. « British Columbia's Health Reform: New Directions and Accountability », *La revue canadienne de santé publique*, novembre et décembre 1999.
- Davies, B. « Cost Containment Mechanisms in Canada », *Croat-Med-J*, vol. 40, n° 2 (juin 1999), p. 287-293.
- Decter, M. « Canadian Hospitals in Transition », *Medical Care*, vol. 35, n° 10 Suppl. (octobre 1997), p. OS70-5.
- Dohler, Marian. « Policy Networks, Opportunity Structures, and Neo-conservative Reform Strategies in Health Policy », dans *Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations*, publié sous la direction de Bernd Marin et Renate Manyntz, Boulder (Col.), Westview, 1991, p. 235-296.
- Dorland, John et S. Mathin Davis, éd. *How Many Roads...?*, Kingston, School of Policy Studies, Université Queen's, 1996.

Dyke, Greg. « The New NHS Charter – A Different Approach », document non publié produit pour le Department of Health, Wetherby (R.-U.), 1998. Disponible sur le site [www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm](http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm).

Evans, R. G. et coll. « Private Highway, One-way Street: The De-Klein and Fall of Canadian Medicare? », Vancouver, UBC Centre for Health Services and Policy Analysis, 2000.

Ferdinand, M. « Regionalization Canadian Style Integrated Networks: A Casestudy », *Journal of Health Care Resource Management*, vol. 13, n° 1 (janvier 1995), p. 14-20.

Fierlbeck, Katherine. « Canadian Health Reform and the Politics of Decentralization », dans *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*, publié sous la direction de C. W. Altenstetter et J. W. Bjorkman, Londres, Macmillan, 1997.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Mythe : Les établissements de santé à but lucratif rendraient le système de santé plus efficient*, 2002. Disponible sur le site [www.chsrf.ca/docs/resource/myth6\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/docs/resource/myth6_e.pdf).

Fondation du Commonwealth. *Citizens and Governance: Civil Society in the New Millennium*, rapport produit par la Fondation du Commonwealth, 1995. Disponible sur le site [www.commonwealthfoundation.com](http://www.commonwealthfoundation.com).

Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, volumes 1-5, Ottawa, Forum national sur la santé, 1997.

Frank, Flo et Ann Smith. *Guide de développement des collectivités*, produit pour Développement des ressources humaines Canada, 1999. Disponible sur le site [www.hrdc-drhc.gc.ca/community](http://www.hrdc-drhc.gc.ca/community).

Fraser Institute. *Moving Beyond the Status Quo: Alberta's "Working" Prescription for Health Care Reform*, 2001. Disponible sur le site [www.fraserinstitute.ca/publications.pps/49/section\\_01.html](http://www.fraserinstitute.ca/publications.pps/49/section_01.html).

Frohlich, Katherine. « Collective Lifestyles as the Target of Health Promotion », *La revue canadienne de santé publique*, novembre-décembre 1999, p. S11-S13.

Gallop Canada. *The Gallop Report*, Toronto, août 1991.

*Globe and Mail (The)*. « Majority Rejects Health Changes », 26 janvier 2002.

\_\_\_\_\_. « McLellan Supports Private Hospitals », 21 janvier 2002.

\_\_\_\_\_. « McLellan Willing to "Modernize" Canada Health Act », 16 janvier 2002.



- Gray, C. « CMA-co-sponsored Conference Raises Many Questions About the Future of Regionalized Health Care », *Revue de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 5 (septembre 1995), p. 642-645.
- Grumbach, K., et coll. « Regionalization of Cardiac Care in the United States and Canada », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 16 (octobre 1995), p. 1282-1288.
- Hall, Peter. « Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Decision-making in Britain », *Comparative Politics*, avril 1993, p. 275-296.
- . *The Political Power of Ideas*, Princeton, Princeton University Press, 1989.
- Hamilton, S. M., W. C. Johnston et D. C. Voaklander. « Outcomes After the Regionalization of Major Surgical Procedures in the Alberta Capital Health Region (Edmonton) », *Journal canadien de chirurgie*, vol. 44, n° 1 (février 2001), p. 51-58.
- Hamilton, S. M. et coll. « The Impact of Regionalization on a Surgery Program in the Canadian Health Care System », *Archives of Surgery*, vol. 132, n° 6 (juin 1997), p. 605-609; discussion on p. 609-611.
- Hayes, Michael. « Population Health Promotion: Responsible Sharing of Future Directions », *La revue canadienne de santé publique*, novembre-décembre 1999, p. S15-S17.
- Howlett, M. « Managing the “Hollow State”: Procedural Policy Instruments and Modern Governance », *Administration publique du Canada*, vol. 43, n° 4 (2000), p. 412-431.
- Jackson, S. « A Qualitative Evaluation of Shared Leadership Barriers, Drivers and Recommendations », *Journal of Management in Medicine*, vol. 14, n° 3-4 (2000), p. 166-178.
- Jenson, Jane et Martin Papillon. *The Changing Boundaries of Citizenship: A Review and a Research Agenda*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2001.
- Kluge, E. « The Canadian Health Care System: An Analytical Perspective », *Health Care Analysis*, vol. 7, n° 4 (1999), p. 377-391.
- Kuhn, T. *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.
- Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Information Canada, 1974.
- Lavis, John N. « Ideas at the Margin or Marginalized Ideas? Nonmedical Determinants of Health in Canada: Policymakers Outside Canada's Health Sector Have not Made Much Use of What Is Known About the Health Effects of Their Policies », *Health Affairs*, mars-avril 2002, p. 107-112.

- Lavis, John N. et coll. « Examining the Role of Health Services Research on Public Policy-making », *The Milbank Quarterly*, vol. 80, n° 1 (2002), p. 125-154.
- Leat, P. et S. Leggat. « Governing Integrated Health Delivery Systems: Meeting Accountability Requirements », *Health Care Management Forum*, vol. 10, n° 4 (hiver 1997), p. 12-25.
- Lewis, Stephen. « Regionalization and Devolution: Transforming Health, Reshaping Politics? », *Healnet Regional Health Planning*. Occasional Paper No. 2. Health Services Utilization and Research Commission, Saskatoon, Saskatchewan, octobre 1997.
- Lewis, Stephen et coll. « Devolution to Democratic Health Authorities in Saskatchewan: An Interim Report », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 3 (2001), p. 343-347.
- Lexchin, Joel. « Profits First: The Pharmaceutical Industry in Canada », dans *Health, Illness, and Health Care in Canada*, publié sous la direction de B. Singh Bolaria et Harley Dickinson, Toronto, Nelson Press, 2002.
- Lipset, Seymour Martin. *Continental Divide*, New York, Routledge, 1990.
- Lomas, J. « Past Concerns and Future Roles for Regional Health Boards », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 3 (2001), p. 356-357.
- . « Devolved Authorities in Canada: The New Site of Health Care Conflict? », dans *How Many Roads ...? Regionalization and Decentralization in Health Care*, publié sous la direction de J. L. Dorland et S. M. Davis, Kingston, School of Policy Studies, Université Queen's, 1996.
- Lomas, J., J. Woods et G. Veenstra. « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, n° 3 (février 1997), p. 371-377.
- Maioni, Antonia. « Health Care in the New Millennium », dans *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness and Legitimacy*, publié sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad, Toronto, Oxford University Press, 2002.
- McMillan, Charles. *Focussing on the Future: The New Atlantic Revolution?*, document produit pour le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, mai 2001. Disponible sur le site [www.cmp.ca/Atlantic.pdf](http://www.cmp.ca/Atlantic.pdf).
- Milner, Henry. *Civic Literacy: How Informed Citizens Make Democracy Work*, Hanover (N.H.), University Press of New England, 2001.
- Naidoo, Jennie et Jane Wills. *Health Promotion: Foundations for Practice*, Toronto, Harcourt, 2000.

Naylor, David. « Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress », *Health Affairs*, vol. 18, n° 1 (mai-juin 1999), p. 9-26.

———. *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1986.

Nevitte, Neal. *The Decline of Deference*, Peterborough (Ont.), Broadview Press, 1996.

Nouveau-Brunswick. *Renouveler les soins de santé au Nouveau-Brunswick – Régies régionales de la santé, une nouvelle direction pour le 21<sup>ème</sup> siècle*, document commandé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2001.

Nordlinger, Eric. *On the Autonomy of the Democratic State*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1981.

Organisation mondiale de la santé. *New Players for a New Era*. Rapport de la 4<sup>ème</sup> Conférence internationale sur la promotion de la santé, tenue à Jakarta, en Indonésie, du 21 au 25 juillet 1997, OMS, Genève, et ministre de la Santé de l'Indonésie, 1997.

———. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 1986.

———. *Santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, OMS, 1977.

O'Reilly, Patricia. « The Canadian Health System Landscape », dans *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, publié sous la direction de Duane Adams, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2001.

Pal, Leslie. *Interests of the State*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1993.

Pederson, Ann, Michel O'Neil et Irving Rootman. *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto, W. B. Saunders Canada.

Poel, Dale et Frances Pyn. « Health Promotion in the Atlantic Provinces », dans *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, publié sous la direction de Ann Pederson, Michel O'Neil et Irving Rootman, Toronto, W. B. Saunders Canada, p. 284-313.

Pross, A. Paul. *Group Politics and Public Policy*, 2<sup>nd</sup> édition, Toronto, Oxford University Press, 1993.

———. *Pressure Group Behaviour in Canadian Politics*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1975.

Rachlis, Michael et coll. *Revitalizing Medicare: Shared Problems, Public Solutions*, étude produite pour le Tommy Douglas Research Institute, janvier 2001. Disponible sur le site [www.tommydouglas.ca](http://www.tommydouglas.ca).

- Raeburn, John et Irving Rootman. *People-centred Health Promotion*, Toronto, John Wiley and Sons, 1998.
- Reamy, J. « Health Regionalization in New Brunswick, Canada: A Bold Move », *International Journal of Health Services*, vol. 25, n° 2 (1995), p. 271-282.
- Redden, J. Candace. « Rationing Care in the Community: Engaging Citizens in Health Care Decision Making », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 24, n° 6 (1999), p. 1364-1389.
- Sampalis, J. S. et coll. « Trauma Care Regionalization: A Process-Outcome Evaluation », *Journal of Trauma*, vol. 46, n° 4 (avril 1999), p. 565-579, discussion p. 579-581.
- Savoie, D. J. *Governing from the Centre: The Concentration of Power in Canadian Politics*, Toronto, University of Toronto Press, 1999.
- Simeon, Richard. *Federal-Provincial Diplomacy*, Toronto, University of Toronto Press, 1972.
- Smith, R. et coll. « Designing Health Care Regions: A Canadian Approach », *Leadership in Health Services*, vol. 4, n° 6 (novembre-décembre 1995), p. 4-10.
- Stanwick, R. S. « Regionalization and Injury Prevention and Control – A New Dynamic or Persistent Lethargy? », *Injury Prevention*, vol. 3, n° 3 (septembre 1997), p. 156-157.
- Sutcliffe, P., R. Deber et G. Pasut. « Public Health in Canada: A Comparative Study of Six Provinces », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 4 (juillet-août 1997), p. 246-249.
- Tannahill, A. « What Is Health Promotion? », *Health Education Journal*, vol. 44, n° 4 (1985).
- Taylor, Malcolm. *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987.
- Tomblin, Stephen. « Regionalization: Does It Really Matter? », document présenté au Health Institute, Dalhousie Law School, mars 2002.
- . « Federal Constraints and Regional Integration in Canada », dans *Federalism and Political Performance*, publié sous la direction de Ute Wachendorfer-Schmidt, Londres, Routledge Press, 2000.
- . *Ottawa and the Outer Provinces*, Toronto, Lorimer Press, 1995.
- Tuohy, Carolyn. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, New York, Oxford University Press, 1999.

Van Doorslaer, E., A. Wagstaff et F. Rutten, éd. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Oxford, Oxford University Press, 1993.

Veenstra, G. et J. Lomas. « Home Is Where the Governing Is: Social Capital and Regional Health Governance », *Health and Place*, vol. 5, n° 1 (mars 1999), p. 1-12.

Weis, Linda. *The Myth of the Powerless State*, Ithaca (N.Y.), Cornell University Press, 1999.

Wilkinson, Richard. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge Press, 1996.

Wilson, Donna. « Public and Private Health Care Systems: What the Literatures Says », *Administration publique canadienne*, vol. 44, n° 2 (2001), p. 204-231.

Wyman, Miriam, D. Shulman et L. Ham. *Learning to Engage: Experiences with Civic Engagement in Canada*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2000.