

Stéphanie Collin (2021). *Lumière sur la réforme en santé au Nouveau-Brunswick : Évolution, jeux d'acteurs et instruments*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 290 p.

Omer Chouinard

Volume 52, numéro 2, 2021

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1108452ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1108452ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de l'Université de Moncton

ISSN

0316-6368 (imprimé)

1712-2139 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Chouinard, O. (2021). Compte rendu de [Stéphanie Collin (2021). *Lumière sur la réforme en santé au Nouveau-Brunswick : Évolution, jeux d'acteurs et instruments*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 290 p.] *Revue de l'Université de Moncton*, 52(2), 73–77. <https://doi.org/10.7202/1108452ar>

RECENSION

Stéphanie Collin (2021). *Lumière sur la réforme en santé au Nouveau-Brunswick : Évolution, jeux d'acteurs et instruments*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 290 p.

Omer Chouinard
Université de Moncton

D'entrée de jeu, le livre de Stéphanie Collin est remarquable. Il est, à mon avis, un modèle, tant sur le plan théorique et méthodologique que sur l'organisation et l'analyse des matériaux recueillis en lien avec le cadre théorique. Le style de l'auteure est vivant, clair et précis. Les débuts et fins de chapitres nous permettent de procéder facilement aux transitions. Les figures, tableaux et encadrés sont des illustrations et des synthèses très pertinentes toujours bien disposées dans l'ouvrage. Les recours au cadre théorique de Crozier et Friedberg – d'abord *L'acteur et le système* (1977) puis *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective* (1987) – et complété par celui de Lascoumes et Le Galès – *Gouverner par les instruments* (2004) – sont très judicieux pour éclairer les réformes du système de santé au Nouveau-Brunswick. La méthodologie retenue est celle de l'étude de cas – *Case Study Research Design and Methods* – de Robert K. Yin (2014). En plus de l'analyse documentaire, un total de 39 entrevues semi-dirigées ont été effectuées entre 2014 et 2017 auprès des principaux acteurs de la réforme, dont certains ont été interrogés à deux, voire trois reprises, « afin de tenir compte de l'évolution du changement [...] dans le temps » (p. 49-50). Étudiant·e·s, professionnel·le·s et praticien·ne·s ont intérêt à s'y référer pour mieux comprendre l'évolution récente du système de santé au Nouveau-Brunswick, principalement pendant la période des années 2006 à 2020. L'ouvrage de la professeure Collin, agrégée à l'École des hautes études publiques de l'Université de Moncton, comprend une introduction, trois parties distinctes et une conclusion. Alors que la partie I du livre fait état du cadre théorique et de la méthodologie (chapitres 1 et 2), la deuxième partie rappelle la mise sur pied du système de santé, soit la phase d'élaboration, le lancement de la réforme et son implantation ainsi que les résultats atteints (chapitres 3 à 6).

La dernière partie de l'ouvrage (chapitre 7) présente pour sa part quelques pistes de réflexion pour l'avenir du système de santé.

De façon plus détaillée, dans l'introduction, l'auteure présente l'objectif spécifique de la recherche, qui est « de comprendre et d'analyser les capacités de gouverne de l'État et les dynamiques entre les acteurs concernés dans le pilotage et la mise en œuvre de la réforme d'un système public de santé » (p. 1). Au chapitre 4, l'auteure présente et met en relation les cinq groupes d'acteurs du système de santé du Nouveau-Brunswick qui ont conçu et mis en œuvre la réforme en santé, en l'occurrence l'État, les deux régies régionales de santé (RRS), le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) et Facilicorp NB (FNB); elle s'attarde aussi sur les trois enjeux qui préoccupent l'État, soit la performance, l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins et des services, en constante tension avec le premier enjeu de performance, et finalement, la dualité linguistique, qui constitue le troisième enjeu (p. 104-105). Lors du lancement et de l'implantation de la réforme en 2008, étant donné que l'élaboration de la réforme en santé au Nouveau-Brunswick a été conçue « en vase clos », un nouvel enjeu fait surface, soit « le manque de concertation avec les citoyens [...] qui découlent d'une ambiguïté à l'égard des droits linguistiques en santé » (p. 110). La réforme structurelle permettait, entre autres, le passage de huit régies régionales de santé (RRS) à deux. On regroupait quatre régies francophones sous la RRS A, située à Bathurst, et quatre régies anglophones sous la RRS B, située à Miramichi (p. 124, 141). Les buts de la réforme par l'État était d'améliorer la qualité et la coordination des soins et services aux patients (p. 110, 112), de rendre le système « plus efficace » et « d'enrayer » la compétition entre la RRS A et la RRS B. Toutefois, l'auteure tient à préciser qu'aux yeux de l'État, lorsqu'on fait référence à la performance, il s'agit uniquement « du contrôle des coûts » (des dépenses publiques) (p. 117). Un aspect que l'auteure souligne est que « le changement à la Loi » découlant de la réforme en santé « ne prévo[yai]t aucune désignation linguistique pour la nouvelle RRS A » (p. 129). C'est dans ce contexte que le Comité Égalité Santé en Français (ESF) est né, avec l'appui des médias francophones. Le Comité ESF prétextait que la gestion était basée à Bathurst contrairement à l'ancienne régie régionale Beauséjour où les opérations se faisaient à partir de l'Hôpital George-L.-Dumont de Moncton. L'acceptation du nom de Centre hospitalier universitaire Dr.-Georges-L.-Dumont (CHU-Dumont) n'allait pas calmer les demandes du

Comité ESF. Des tensions allaient aussi naître du côté des médecins anglophones de Saint-John, principalement par le biais du *Telegraph Journal*, à la suite du transfert des opérations de l'ancienne Régie de l'Hôpital de Saint-John, à la Régie régionale de santé B située à Miramichi. Ce cumul de tensions a entraîné le départ du ministre de la Santé Mike Murphy et son remplacement par la députée de Saint-John et ministre du Développement social, Mary Schryer.

Lors de l'annonce des transformations des huit régies régionales en deux nouvelles régies en avril 2008, l'auteure précise que le ministre Murphy et son équipe avaient pris soin de créer le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) (p. 155), dont le siège social était à Moncton. En plus de s'assurer de la qualité des soins à la population (p. 155), la raison d'être du CSNB était l'indépendance, permettant à l'État de prendre des décisions plus éclairées pour nourrir la réflexion entourant la production de soins et de services (p. 161). Les données recueillies par le CSNB se devaient d'être pertinentes aux acteurs de la gouverne en vue de la prise de décisions (p. 159). Les indicateurs de performance du système de santé se listaient ainsi : « l'accessibilité, l'équité, la justesse, la sécurité, le rendement et l'efficacité » (p. 159, 161). Afin de réaliser des économies d'échelle, avec la mise en place de la réforme en santé, une agence de services non cliniques, *Facilicorp NB (FNB)*, est créée. Son siège social est à Saint-John. Un des objectifs était, entre autres, de consolider les activités des services non cliniques et d'accroître la rentabilité en vue de réaliser des économies de 20 millions par an pour le réinvestir dans le système des soins de santé (p. 162, 164). Les RRS, particulièrement la RRS A, acceptait mal l'arrivée de FNB qui venait « chambouler les règles du jeu » (p. 165). L'auteure tient à souligner que l'État, entre 2008 et 2010, s'est adapté aux enjeux des acteurs impliqués (p. 173). L'attitude de l'État est passée d'un sentiment d'urgence sur la nécessité d'introduire des transformations à une attitude proposant d'organiser des rapports politiques basés sur la communication et la concertation (p. 171, 173). Dorénavant, à compter d'avril 2010, après le « projet de Loi 58 visant à modifier la Loi [sur la réforme de la santé] [...], la RRS A allait fonctionner en français tandis que la RRS B allait fonctionner en anglais » (p. 170).

Les suites de la réforme et les résultats atteints grâce aux changements privilégiés sont exposés au chapitre 6. L'auteure fait un état des lieux sur les cinq groupes d'acteurs qui ont conçu et mis en œuvre la réforme en

santé; elle précise que la direction de la réforme lancée en 2008 est restée à peu près similaire de 2010 à 2015 et que l'État a continué de privilégier le dialogue avec les citoyens (p. 175). Un premier ajustement voulait que les services de santé spécialisés nouveaux ou élargis ont été offerts à la RRS A, afin de s'assurer d'une équité avec la RRS B (p. 182). De plus, après consultation auprès de la population, l'État décidait en 2016 d'augmenter les taxes « afin de protéger les programmes sociaux (p. 189-190). À l'échelle des changements des RRS, l'auteure souligne que les deux [se situaient] sensiblement au même endroit en 2015 en ce qui concerne l'accès et la coordination des soins (p. 204). Concernant le CSNB, créé en 2008, il générerait des informations pertinentes pour l'État et ses prises de décisions (p. 206). L'auteure tient à préciser que le CSNB avait en quelque sorte permis de démocratiser le système de santé en réservant une place à part entière aux citoyens (p. 207). En mai 2015, FNB disparaissait du système de santé de la province (p. 214); l'organisme était alors fusionné à une nouvelle société d'État, Service Nouveau-Brunswick, qui allait gérer les services partagés (p. 214). En ce qui concerne les cibles visées, l'auteure mentionne que l'État ainsi que les architectes de la réforme avançaient que l'amélioration de la qualité des soins de santé était le but central des changements annoncés en 2008, mais que le langage quant aux cibles à atteindre demeurait centré sur l'aspect financier (p. 218). L'auteure révèle aussi que l'État a réussi à contrôler l'augmentation des coûts en santé à court terme (p. 221), mais que les transformations mises en œuvre en 2008 n'ont pas permis une plus grande efficacité (p. 225).

Dans le dernier chapitre de son ouvrage, l'auteure met de l'avant sa perspective, qui propose non seulement que l'amélioration du système de santé soit un processus long et continue (p. 229), mais également que la relation de confiance entre autres basée sur la coopération, la négociation, voire la consultation entre l'État et les citoyens dans la mise en place d'une réforme du système de santé est essentielle (p. 243). Donc, en s'inspirant du *nouveau management public*, nous sommes en accord avec l'auteure qui affirme qu'un meilleur contrôle des résultats passe par un rôle accru des citoyens dans les décisions (p. 234). Également nous sommes d'accord avec l'auteure au sujet des mécanismes de délibération avec la population : même s'ils sont lents et coûteux, ces derniers permettent à l'État de prendre des décisions plus éclairées (p. 246). Nous partageons aussi les conclusions de l'auteure qui nous dit que les grandes tendances présentées dans son

ouvrage « s[ui]vent] une trajectoire similaire depuis 2015 et sont encore tangibles aujourd'hui, soit en 2020 » (p. 248). Enfin, nous sommes pleinement d'accord avec l'auteure sur le rôle de leadership de l'État afin que ce dernier s'engage dans la définition d'une finalité qui serait axée sur « la qualité des services de soins, mais aussi sur les coûts ». Ceci permettrait d'assurer la viabilité du système public en santé (p. 255). En nous inspirant de l'étude magistrale de la professeure Stéphanie Collin, nous aimerions ajouter que l'amélioration des soins de santé par l'État, au lieu de se nourrir d'un sentiment d'urgence et des délais courts comme en 2008, devrait s'appuyer sur la littérature à propos des changements lents des systèmes écologiques. En effet, les systèmes écologiques, contrairement aux systèmes industriel et financier, évoluent sur du long terme, le long terme étant plus apte à fournir les résultats escomptés.