


[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

# Deuxième colloque Ary Bordes Réflexion managériale sur la décentralisation - départementalisation

Port-au-Prince  
les 22 et 23 mars 2012

Dr. Luc Boileau  
Président-directeur général  
Institut national de santé publique du Québec

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



# Un retour sur la décentralisation- départementalisation (régionalisation) des systèmes de santé au Canada

# Régionalisation des systèmes de santé au Canada

---

- Un variation provinciale avec une base plus ou moins commune
- Trois niveaux de gouvernance: l'exception québécoise
- Une relative stabilité structurelle
- Un modèle appuyé par des données probantes

# La contribution de la régionalisation

---

- Aligner les ressources sur les besoins
- Intégrer les services
- Améliorer la qualité et les pratiques fondées sur les données probantes
- Renforcer l'action sur les déterminants
- Améliorer l'imputabilité
- Accroître la participation citoyenne

Source: Lewis et Kouri, 2004

# La gouvernance régionale

---

## Actions clés

- Contrôle managérial
- Négociations politiques
- Participation démocratique

## Limites

- Dépendance centrale
- Difficultés à agir dans les pratiques inter-organisationnelles

# La gouvernance régionale (suite)

---

## Conditions de succès

- Renouveler en fonction du changement
- Recourir à un ensemble de leviers
- Assurer un appui durable du central
- Légitimer le changement par une participation publique suffisante

Jean-Louis Denis et all., Commission Romanow

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

# Retour sur la situation haïtienne



---

# Audit organisationnel du Ministère de la Santé Publique et de la Population

Présentation des résultats globaux  
au MSPP et aux partenaires

**12 Octobre 2010**



# Équipe et thèmes

<b>Jean-Hugues Henrys</b>	<b>Coordinateur de l' Audit Organisationnel, MSPP</b>
Gilles Delorme	Gouvernance et organisation
Jean-Louis Durand-Drouhin	Autonomie des hôpitaux
Veronica Vargas	Financement durable
Barry Alimou	Système d'information sanitaire
Brigitte Vandenplas	Gestion de la chaîne d'approvisionnement des intrants
Graham Day / Sarah Des Rosiers	Gestion d'un plan de carrière

Commanditaires :  
MSPP, ACDI, CHAI, Coopération  
française et USAID

# Principaux constats / difficultés - MSPP

---

- Absence et / ou délais significatifs dans la prise de décisions essentielles
- Centralisation importante des décisions, ce qui bloque l'avancement des opérations
- Structure organisationnelle très lourde et concentrée vers le haut (PAP, peu de décideurs, beaucoup de chefs, peu d'exécutants, etc.)
- Structure organisationnelle étendue (beaucoup de directions), confrontée à certaines duplications des tâches et / ou confusion dans les responsabilités
- Processus de gestion et de contrôle lourds, centralisés et non préoccupés par la livraison de la santé

# Principaux constats / difficultés – MSPP (suite)

---

- Structures intermédiaires (départements) et de premier niveau sans ressources autres que celles consenties pour les salaires et les interventions financées par les partenaires.
- Insuffisances bidirectionnelles des liens de communication.
- Besoins criants en ressources humaines qualifiées (poste à combler, renforcement professionnel, ressources pour travailler).
- Besoins aigus en ressources matérielles et problèmes de gestion de ceux-ci (infrastructures, MEG, etc.) et amplifiés par les désastres naturels récents.
- Ressources financières importantes, mais insuffisantes, mal réparties pour répondre à la spécificité des besoins et sous le contrôle d'organisations externes (Min. des Finances, bailleurs, etc.).

# Principaux constats / difficultés – Organismes externes haïtiens

---

- Influence du politique dans la gestion des opérations du MSPP à différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Influence décisionnelle de certains ministères (finances, coopération, etc.).
- Autonomie de fonctionnement de certains partenaires qui interviennent sur le terrain sans prendre en considération les priorités du MSPP.
- Des processus administratifs très lourds, diversifiés qui donnent priorité à la gestion plutôt qu'à la livraison des services de santé.
- Dépendance du MSPP à l'égard des ressources offertes par les partenaires qui l'obligent à s'adapter aux priorités de ces derniers plutôt que l'inverse.
- Multiplicité des partenaires et des interventions qui se traduisent par une démarche anarchique, particulièrement en période d'urgence.

# Principaux constats / difficultés - Partenaires

---

- Organisations autonomes ayant des priorités diverses pas toujours en lien avec celles du MSPP.
- Choix d'interventions / projets en liens avec leurs priorités et qui créent des déséquilibres sur les plans des priorités en santé et géographiques.
- Des projets planifiés en visant des résultats durables qui sont irréalistes en termes de durée, de budget et d'appropriation et qui n'engagent pas les bailleurs au-delà des ententes pour ce qui a trait à la protection des acquis, à leur renforcement et à leur appropriation.
- Un manque de vision et d'engagement a long terme qui engendre des interventions / projets trop courts et ne permettent pas une appropriation réaliste.

# Principaux constats / difficultés – Partenaires (suite)

---

Une concertation fonctionnelle entre le MSPP et les bailleurs, mais :

- dotée de ressources insuffisantes et qui s'ajoute aux charges de travail des participants;
- qui sert de lieu d'échanges d'information, sans engagements fermes des partenaires;
- qui n'est pas dotée d'un plan de travail annuel définissant des résultats à atteindre qui engagent conjointement les parties.

# Situation d'urgence

## Tremblement de terre de janvier 2010

---

- La situation d'urgence a permis l'arrivée massive de nouveaux intervenants et a donné priorité à des actions d'urgence qui s'inscrivent dans une démarche à court terme.
- Bien que certaines actions demeurent urgentes, la démarche actuelle tarde à permettre au MSPP de reprendre en main les opérations de fonctionnement et de développement / renforcement du système de santé
  - **Points positifs**
- Un travail sérieux de concertation / collaboration se fait depuis plusieurs années.
- Il y a des interlocuteurs de qualité et engagés.
- Le tremblement de terre a démontré que la santé doit être une priorité.
- La santé des populations est politiquement rentable

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

# Comment réfléchir dans ces conditions ?...



---

*«Vous ne pouvez résoudre un problème à partir de la même source ou pensée, que celle qui le crée»*

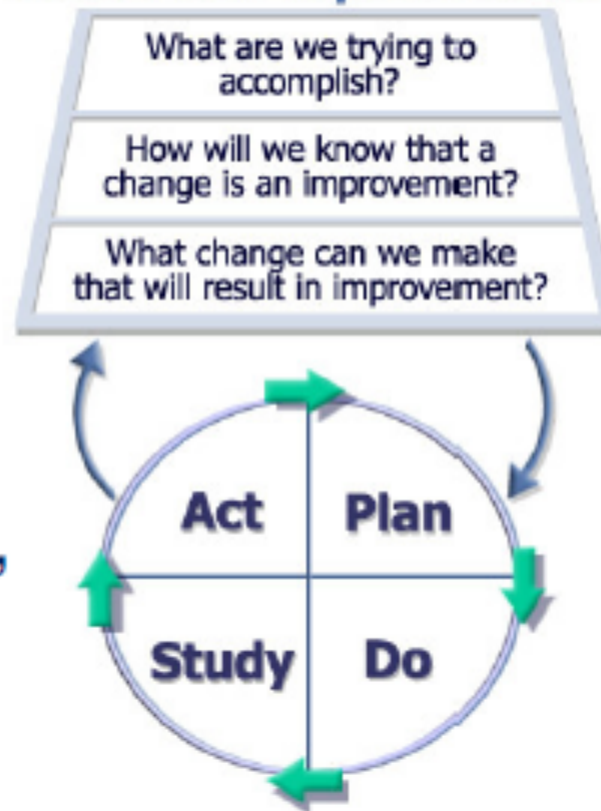
Albert Einstein

# A Model for Learning and Change

When you  
combine  
the 3  
questions  
with the...

PDSA cycle,  
you get...

## Model for Improvement



...the Model  
for  
Improvement.

Langley, et al, *The Improvement Guide*, 2009

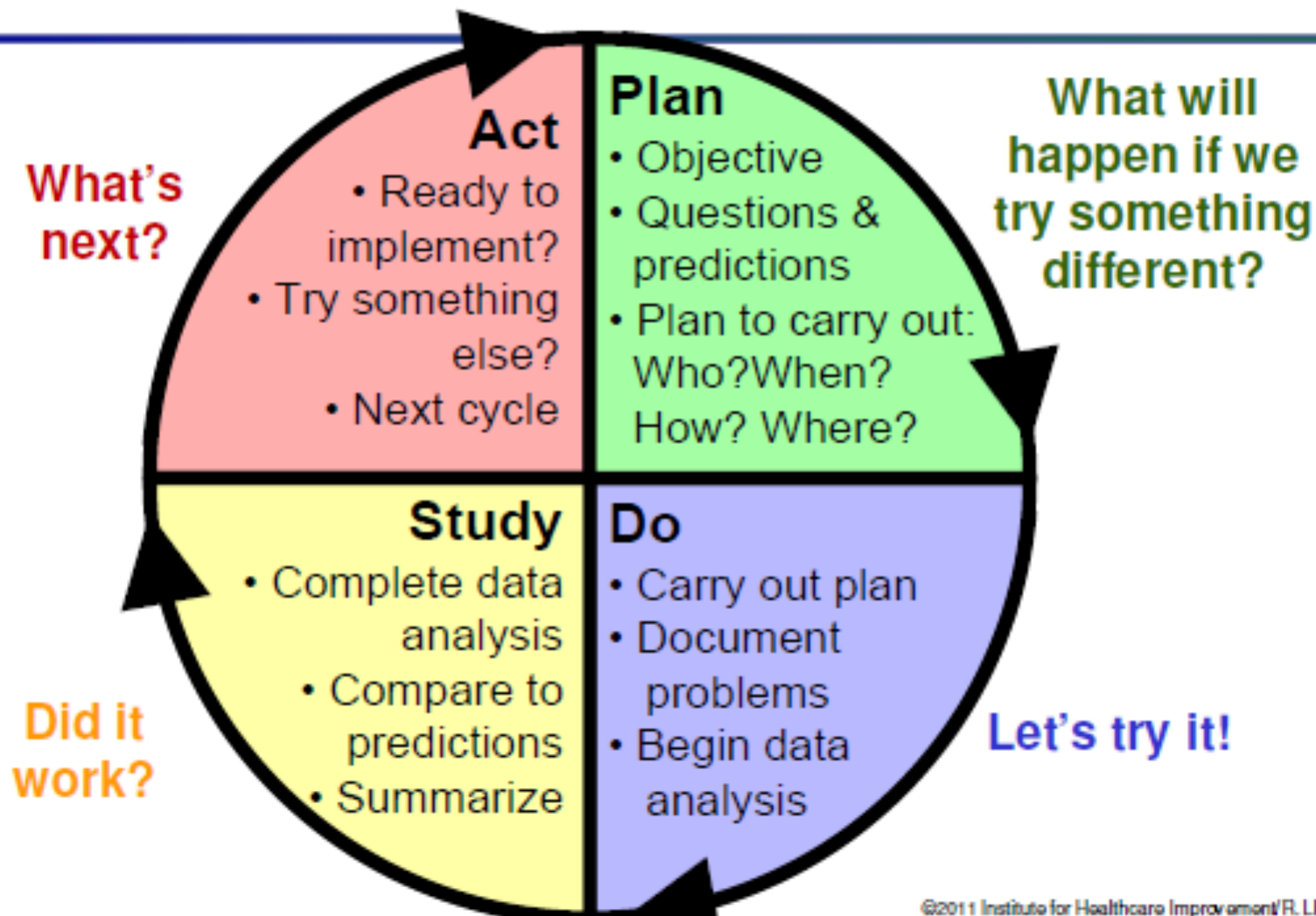
©2011 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

# Testing v. Implementation

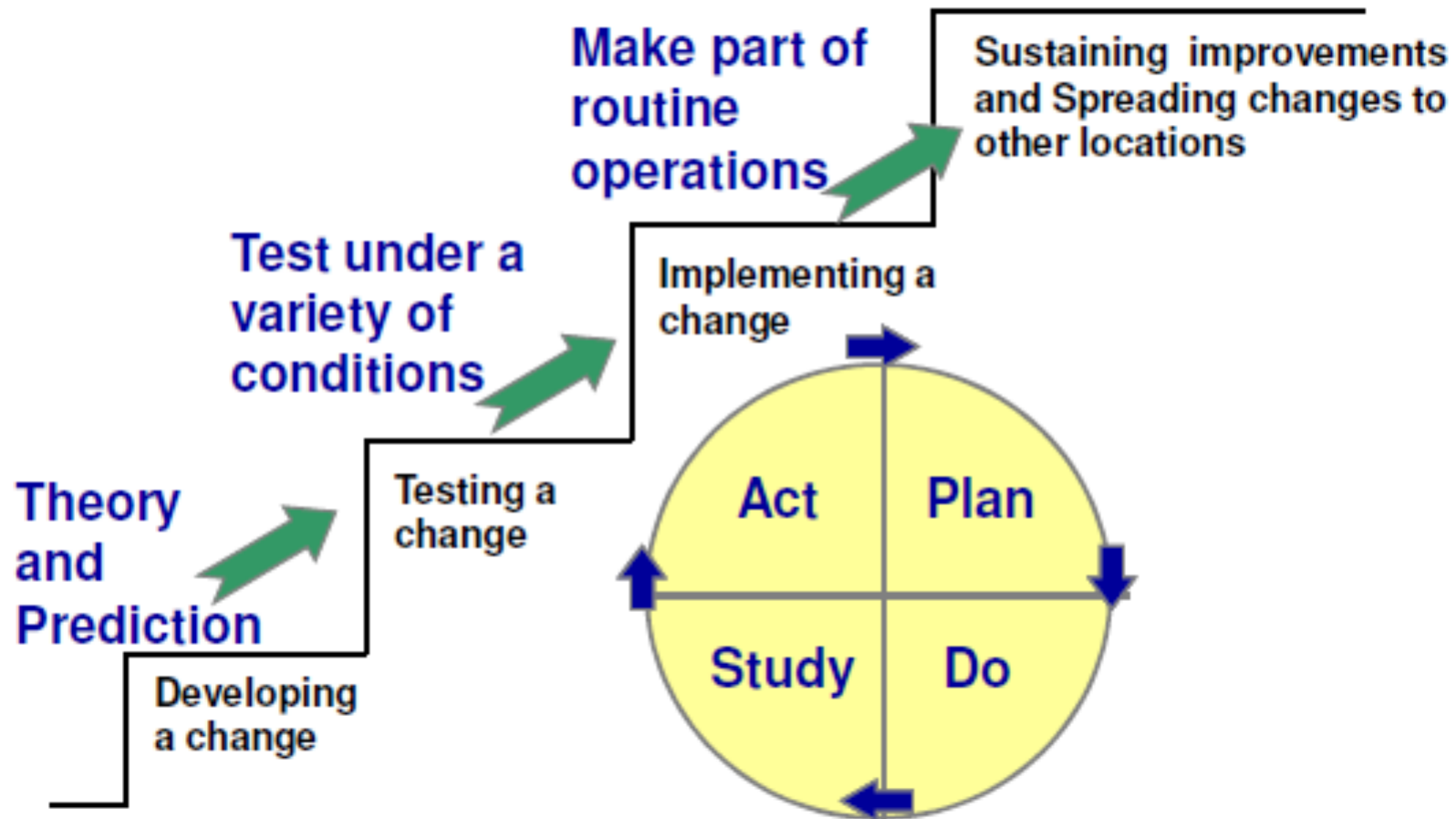
---

- **Testing** – Trying and adapting existing knowledge on small scale. Learning what works in your system.
- **Implementation** – Making this change a part of the day-to-day operation of the system
  - Would the change persist even if its champion were to leave the organization?

## The PDSA Cycle for Learning and Improvement



# The Sequence for Improvement



©2011 Institute for Healthcare Improvement/R. Lloyd

# Rationale for a Regional Focus

---

- All the components that are needed to construct a health system are in a region.
- Common values are more likely to emerge.
- Solutions depend on context, and knowledge of context is more accurate locally.
- Platforms for dialogue exist or can be created.
- Other health determinants are attributes of a region.

# Change Management

---

1. Developing A Vision
2. Developing A Shared Vision
3. Metrics—Current Performance
4. Sense of urgency
5. Implementation Plan
6. Enabling Structure
7. Building Organizational Capabilities
8. Communication, Transparency and Engagement
9. Strong leadership



*Monitorer et  
soutenir  
le progrès*

*Instaurer un  
sentiment  
d'urgence*

*Défis :*

*Institutionnaliser  
le nouveau  
modèle*

*changement radical  
régionalisation*

*Préciser  
la vision*

*Outiller les  
acteurs  
pour aller  
de l'avant*

*Mobiliser  
des appuis -  
structurer le support  
au changement*

*Adapté de Kotter,  
1995*





---

*« ... that smaller organisations,  
properly structure and steered, are  
inherently more agile and  
accountable than larger  
organisations... »*

*Saltman, Decentralisation in healthcare, Buckingham  
University Press, 2007*

# Décentralisation: éclaircir le concept

---

- La déconcentration est une redistribution spatiale de l' autorité administrative de l' État.
- La décentralisation est un transfert à une autorité locale ou régionale d' un ensemble plus ou moins grand de responsabilités par le central qui conserve la responsabilité de définir et de contrôler les activités décentralisées.
- La dévolution est le transfert à une autorité locale et régionale d' une large part des responsabilités de l' État (prélèvement d' impôts, contrôle démocratique des décisions, etc.).

# La régionalisation

---

- Consiste à transférer des pouvoirs et des responsabilités à l'échelle régionale.
- Un niveau administratif dont les responsabilités sont définies en fonction d'un territoire géographique.
- Régionalisation = décentralisation?
- Régionalisation = centralisation?
- Régionalisation = décentralisation et centralisation?
- Régionalisation = décentralisation avec un rôle accru des régions dans la régulation des systèmes.

# La régionalisation

---

- Un moyen d'obéir aux principes de subsidiarité.
- Illusoire en pratique de croire que l'on peut obtenir simultanément les avantages de la centralisation et de la décentralisation.
- La régionalisation doit trouver un équilibre particulier entre les deux logiques antagoniste.

# La régionalisation: objectifs

---

Premier objectif: une meilleure prise en compte des réalités locales et régionales

- ... la régionalisation est souvent accompagnée d'un transfert de pouvoirs effectifs, mais dans d'autres contextes, « Central control has in fact grown stronger in a number of key decision-making areas » *Saltman & Von Otter*
- Une sorte de fusible qui protège la légitimité et la réputation du central.

# La régionalisation: objectifs (suite)

---

## Deuxième objectif: l'intégration des services:

- La centralisation au niveau régional des interventions spécialisées et une décentralisation poussée des ressources de première ligne.
- Une meilleure réponse au profil de besoins de la population.

# La régionalisation: objectifs (suite)

---

## Troisième objectif: la participation des citoyens:

- La participation démocratique n'est pas nécessairement facile à mettre en œuvre et la volonté réelle des structures de gestion de faire participer les citoyens n'est pas obligatoirement évidente.
- Les conditions minimales d'une participation démocratique efficace sont complexes

# La régionalisation: leviers

---

- Les leviers financiers,
- Les leviers administratifs,
- Les leviers informationnels,
- Les leviers normatifs.



# La régionalisation: les sources de pouvoir

---

- La légitimité dérivée du niveau central dans une logique de délégation.
- Le contrôle des leviers de pouvoirs hiérarchique, plus spécifiquement, la capacité à lier l'obtention des ressources par le palier local à la contribution à l'atteinte d'objectifs stratégiques régionaux.
- L'obtention de consensus politiques autour d'un projet régional obtenu par « négociation ».

# La régionalisation: lieu idéal de « gestion horizontale »

---

« La coordination et la gestion d'une série d'activités entre deux ou plusieurs unités organisationnelles ou institutions n'ayant pas de contrôle hiérarchique les une sur les autres et dont le but est de générer des résultats de services ou de santé qui ne peuvent être atteints par ces mêmes organisations lorsqu'elles travaillent individuellement. »

*Bakvis & Juillet*

# Direction départementale: les clés

---

- Exercer un leadership mobilisateur.
- Établir une pensée et une gestion stratégique.
- Développer une gouvernance structurante.
- Devenir incontournable.
- Donner un sens au changement et le gérer.

# Direction départementale: les prémisses

---

- Exercer l' autorité ou le leadership.
- Comprendre les principes d' une « bureaucratie professionnelle ».
- Gérer son temps comme une ressources unique, dispendieuse et périssable... et d' une valeur stratégique !
- Savoir distinguer l' essentiel, l' important et l' urgent...

# Direction départementale: les leviers

---

- Ceux que l'on contrôle...
- Ceux que l'on exerce...
- Ceux que l'on influence...  
et
- Ceux qui nous déstabilisent...

# Direction départementale: le levier de la « contractualisation »

---

- En mouvement depuis une vingtaine d'année.
- Intéressant mais ne règle pas tout.
- Utile pour la relation direction départementale - bailleurs.
- Ancre la perspective d'une reddition de compte structurée.

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

Ce qui ne s'écrit pas...

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

Merci et bonne continuation