

Fiche 65 : Introduire et appliquer les principes de la nouvelle gestion publique, directement inspirés de la gestion privée

La nouvelle gestion publique s'est imposée rapidement comme une stratégie pour limiter la croissance des dépenses publiques en santé, et cela dès les années 80. Avec la fin de la grande croissance économique des 30 glorieuses, on prit conscience de la difficulté pour l'État de répondre à la croissance des coûts en SSS. Le pas fut vite franchi de taxer ce dernier de ne pas être capable de maîtriser les coûts, aidé allègrement par les allégations du secteur privé cherchant à reprendre le contrôle face à cet acteur embarrassant depuis plusieurs décennies. À partir de 2004, il y aura une accélération de la nouvelle gestion publique.

La nouvelle gestion publique (qui prendra à l'occasion d'autres dénominations comme réingénierie de l'État, modernisation de l'État, etc.) est un processus continu de transformation des services qui calque son fonctionnement sur l'entreprise privée. Elle est une application des idéaux et des principes du néolibéralisme à la sphère des entreprises publiques ou privées.

Ses credos sont : la gestion axée sur la performance (économie, efficacité, efficience), l'atteinte de cibles et l'évaluation de la performance (indicateurs et reddition de comptes, critères de satisfaction de la clientèle), mise en concurrence, priorisation et clientèles cibles, établissements de cibles en fonction de données probantes, la perception de l'utilisateur comme un consommateur de services.

Le professeur Denis Bourque de l'Université du Québec en Outaouais a synthétisé les principes idéologiques qui ont guidé la réforme de 2004 de la façon suivante :

- On considère que les problèmes de dispensation des services proviennent d'une « **carence de gestion** ».
- On axe le discours sur la décentralisation, alors que dans les faits il y a **déconcentration et croissance du contrôle** (et donc de la centralisation) à partir **d'objectifs déterminés** d'en haut (*top down*), au nom d'une rationalisation des structures.
- On invoque une structure rapprochée du « client », mais il y a **réduction de la participation citoyenne** et transformation des gens **en consommateurs individuels**.
- On confie à des organisations une plus grande responsabilité administrative, mais elle est conditionnée par une obligation d'efficacité et de **recherche de performance** (récompensée par des incitatifs monétaires : primes au rendement des gestionnaires).
- On soumet les établissements à des **procédures contractuelles** (ententes de gestion) : détermination de cibles fixant et **quantifiant les objectifs** (cibles en termes financiers et en termes d'activités, bonnes pratiques, données probantes, etc.).
- On conçoit les **services professionnels comme une série séquentielle d'actes techniques** que l'on peut soumettre à l'analyse des gaspillages (méthode *Lean*), d'où une uniformisation et une standardisation technique des pratiques.
- On **accroît l'utilisation des technologies de l'information** : monitoring des clientèles, processus, résultats...

Dans la réalité, on aboutit à un renforcement de la bureaucratie, avec davantage de personnel administratif au détriment du personnel clinique, quand ce n'est pas celui-ci qui est aussi chargé d'un grand nombre de tâches administratives pour satisfaire un système de plus en plus gourmand en informations de toutes sortes.

Finalement dans la dernière phase, on aboutit à une centralisation sans précédent dans le RSSS, où les conseils d'administration ne sont que des courroies de transmission du ministre. Le personnel des établissements est là pour faire exécuter les décisions du ministre et non pour acheminer les préoccupations de la population et des employés sur le terrain. Le système est totalement hiérarchique du haut vers le bas et plus personne ne peut servir d'équilibre face au pouvoir totalement concentré dans les mains du ministre.

Ces pratiques de gestion sont probablement la plus grande nuisance de l'organisation du RSSS, l'asphyxiant progressivement et l'éloignant de sa mission principale de répondre aux besoins de la population. Alliées aux compressions budgétaires et aux transformations de structures, elles constituent un cocktail qui finira par désolidariser la population de ce qu'elle avait tenté de bâtir.

Concrètement, le milieu communautaire se distance beaucoup de cette conception; il le peut d'autant plus facilement qu'il est constitué de petites organisations et qu'il n'a aucune responsabilité légale de prendre en charge toute la population. Ses chaînes bureaucratiques sont courtes et enchâssées dans un modèle décisionnel qui, en principe, met ses membres au cœur des décisions. Il peut se distancer du modèle d'intervention clinique tout fait devant s'appliquer à tous (par le jeu des données probantes) et se consacrer à écouter la variété des besoins de chacun de ses membres pour tenter d'y répondre. Voir aussi la fiche 152 liens empathiques et sentiment d'appartenance.