

Université de Montréal

**Décentralisation et Allocation des Ressources :**  
**Les Détours de la Municipalisation du Système de Santé Brésilien**

par Mauricio Roberto Campelo de Macedo

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en Santé Publique,  
option Organisation des soins de santé

Mai, 2006

© Mauricio Roberto Campelo de Macedo, 2006

## Résumé

Dans cette thèse, nous avons analysé le déroulement d'un processus de municipalisation du système de santé, effectué au Rio Grande do Norte (RN), un des états fédérés du nord-est du Brésil. En tenant compte des contextes historiques d'implantation, nous avons centré notre attention sur la contribution des acteurs impliqués dans ce processus, spécialement dans l'allocation des ressources financières du système. Les croyances, perceptions, attentes, représentations, connaissances, intérêts, l'ensemble des facteurs qui contribuent à la constitution des capacités cognitives de ces acteurs, favorise la réflexivité sur leurs actions et la définition de stratégies diverses de façon à poursuivre leurs objectifs dans le système de santé. Ils sont vus ainsi comme des agents compétents et réflexifs, capables de s'approprier des propriétés structurelles du système de santé (règles et ressources), de façon à prendre position dans l'espace social de ce système pour favoriser le changement ou la permanence du statu quo. Au cours du processus de structuration du Système unique de santé brésilien, le SUS, la municipalisation a été l'axe le plus développé d'un projet de réforme de la santé. Face aux contraintes contextuelles et de la dynamique complexe des espaces sociaux de la santé, les acteurs réformistes n'ont pas pu suivre le chemin de l'utopie idéalisée; quelques détours ont été parcourus. Au RN, la municipalisation de la santé a constitué un processus très complexe où la triade centralisation/décentralisation/recentralisation a suivi son cours au milieu de négociations, de conflits, d'alliances, de disputes, de coopérations, de compétitions. Malgré les contraintes des contextes successifs, des propriétés structurelles du système et des dynamiques sociales dans le système de santé, quelques changements sont intervenus : la construction de leaderships collectifs; l'émergence d'une culture de négociation; la création des structures et des espaces sociaux du système, favorisant les rencontres des acteurs dans chaque municipalité et au niveau de l'état fédéré; un apprentissage collectif sur le processus de structuration du SUS; une grande croissance des services de première ligne permettant d'envisager une inversion de tendance du modèle de prestation des services; les premiers pas vers la rupture avec la culture bureaucratique du système. Le SUS reste prisonnier de quelques enjeux institutionnalisés dans ce système de santé : la dépendance du secteur privé et de quelques groupes de professionnels; le financement insuffisant et instable; la situation des

ressources humaines. Les changements arrivés sont convergents, incrémentiels, lents; ils résultent d'actions normatives, délibérées, formalisées. Elles aussi sont issues de l'inattendu, de l'informel, du paradoxe; quelques-unes plus localisées, d'autres plus généralisées, pour une courte ou une plus longue durée.

**Mots-clés** : Municipalisation, gestion, financement, acteurs, complexité, changements, structuration

## **Abstract**

In this thesis, we have analyzed the evolution of a process of health system municipalization that was carried out in the Rio Grande do Norte (RN), one of the federated north-east states of Brazil. Bearing in mind the historical context of these developments, we have concentrated our focus on the stakeholders implication in this process, especially in the system's financial resource allocation. Beliefs, perceptions, expectations, depictions, knowledge, interests, all these together are contributing factors in the construction of a cognitive capacity of the stakeholders, supporting reflexivity on their actions and the definition of various strategies in order to pursue the definition of strategies in their objectives in the health system. They are seen as competent and reflexive agents, capable of appropriating structural properties of the health system (rules and resources), in a way that allows them to position themselves in the social sphere of the system which will allow change or at least maintain the status quo. During the restructuring process of the unique Brazilian health system, (SUS), municipalization was the best developed stream of a reform health project. In light of the contextual constraints and the complex dynamics of social spaces of health, the reformers stakeholders could not follow the idealistic utopia, some detours were encountered. In RN, the municipalization of the health system is composed of a complex process where the triad of centralization/decentralization/recentralization continued in the middle of negotiations, conflicts, alliances, disputes, cooperation and competition. Despite these successive contextual constraints, the structural properties of the health system and the social dynamics within the health system, certain changes have taken place: the construction of collective leaderships; the emergence of a spirit of negotiation; the creation of structures and the social spaces, fostering meetings amongst the stakeholders in each municipality and also at the federated state level; collective learning of the structuring process of the SUS; a tremendous growth of primary health care services permitting a reversal of the service delivery model; the first steps towards the rupture of culture of bureaucracy in the system. The SUS is still a prisoner of some institutionalized issues enshrined in the health system: the dependence on the private sector and on some professional groups; on insufficient and unstable financing; and on the human resources situation. The changes that have occurred

have been convergent, incremental and slow; the results of these actions have been prescriptive, deliberate and formalized. They have also resulted in some unexpected successes: some informal, some paradoxical, some local, others more generalized; some short term, some long term.

**Keywords** : Municipalization, management, financing, stakeholder, complexity, change, structuring

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	xv
I – Introduction .....	1
▪ Centralisation-décentralisation .....	1
▪ L'émergence de la décentralisation .....	5
▪ Décentralisation : un projet de changements .....	8
▪ La décentralisation vers les municipalités au Brésil.....	11
▪ La municipalisation pourrait-elle produire des changements ? .....	15
▪ Le plan de la thèse .....	19
Chapitre 1. Changements et structuration du système de santé .....	25
1.1. Introduction.....	25
1.2. Complexité et changements.....	35
1.3. Les changements dans les systèmes de santé .....	39
1.4. Le structurel et le système de santé .....	48
1.5. L'action des acteurs et la structuration du champ social de la santé .....	56
Chapitre 2. Décentralisation et allocation des ressources du système de santé.....	68
2.1. La décentralisation des systèmes de santé .....	68
2.2. Allocation des ressources: les jeux derrière les décisions .....	79
2.3. La restructuration du système de santé.....	89
Chapitre 3. Décentralisation et changements du système de santé: aspects méthodologiques. 97	
3.1. La complexité, la transdisciplinarité et le dialogique .....	97
3.2. La stratégie de la recherche .....	102
3.3. Les procédures opérationnelles.....	107
3.4. La qualité de la recherche .....	116
Chapitre 4. Politiques de santé au Brésil: les antécédents de la réforme. ....	127

Chapitre 5. L'émergence du mouvement pour la municipalisation de la santé au RN.....	140
5.1. L'émergence du mouvement .....	140
5.2. La décentralisation aux états: municipalisation ou districtalisation? .....	147
5.3. Le recul du mouvement .....	155
5.4. Les contraintes financières et le retour du mouvement .....	167
Chapitre 6. L'implantation de la municipalisation au RN: la CIB et la gestion semi-pleine .	177
6.1. Les modalités de gestion.....	177
6.2. Les instances de décision et négociation .....	185
6.3. Les discours politique et technocratique.....	194
6.4. Le début de la municipalisation: les procès d'habilitation .....	199
6.5. L'allocation des ressources.....	207
6.6. La gestion semi-complète .....	211
Chapitre 7. La consolidation de la municipalisation: incitatifs économiques et disputes fédératives .....	220
7.1. Réforme administrative et résistances politiques à la municipalisation .....	220
7.2. La crise institutionnelle de la transition et l'accélération de la municipalisation.....	234
7.3. Incitatifs économiques et la consolidation de la municipalisation .....	251
7.4. Vers la gestion complète de la santé.....	266
Chapitre 8. Les détours du système de santé. ....	278
8.1. Le détour privatiste .....	278
8.2. Le détour normatif.....	300
Chapitre 9. Régionalisation: une voie pour l'intégration ? .....	317
9.1. Les signes de changement .....	317
9.2. Les enjeux de la régionalisation au RN : le cas de Pau dos Ferros.....	323
9.3. L'intégration systémique et le Pacte de gestion du SUS .....	336
Chapitre 10. Municipalisation de la santé: La structuration du système et les détours de la réforme .....	355
10.1. Les épisodes.....	355
10.2. Le mouvement pour la municipalisation .....	357
10.3. L'implantation et consolidation de la municipalisation.....	372
10.4. La régionalisation de la santé .....	408

Chapitre 11. Épilogue .....	420
Bibliographie.....	432
Anexe I - Le lieu de recherche .....	i
▪ Le pays.....	i
▪ Le visage régional.....	vii
▪ L'État fédératif.....	xii



## Liste des tableaux

Tableau 1. Types de Changement.....	41
Tableau 2. Caractéristiques des pensées cartésienne et complexe.....	100
Tableau 3. Critères et procédures pour assurer la qualité de la recherche.....	125
Tableau 4. Diagnostic du SNS et principes de base du SUS .....	137
Tableau 5. Pourcentage des dépenses du SUDS-RN par source de financement, 1987, 1988, 1989.....	157
Tableau 6. Le financement du SUS avant la municipalisation .....	171
Tableau 7. La marche à suivre des procédures de la municipalisation de la santé au RN.....	204
Tableau 8. La régionalisation au RN .....	334
Tableau 9. Le financement du SUS, 1990-1992.....	370
Tableau 10. Influence du leadership du secrétaire à la Santé du RN sur le processus de municipalisation.....	378
Tableau 11. Le financement du SUS, 1993-1997.....	388
Tableau 12. Le financement du SUS, 1998-2002.....	395
Tableau 13. L'indice de développement humain au Brésil et leurs composants, en 2005. ....	iv
Tableau 14. Population et PIB par habitant des régions brésiliennes, en 2005. ....	viii
Tableau 15. Indicateurs sociaux et inégalités dans les régions brésiliennes, 2005.....	ix
Tableau 16. Différentes causes de mortalité proportionnelle (%), par régions en 2004.....	x
Tableau 17. Nombre de lits et professionnels de santé, pour 1000 habitants, par régions du Brésil, 2005.....	xi
Tableau 18. L'offre d'équipements d'imagerie diagnostique (pour un million d'habitants), par macro-régions brésiliennes, en 2005.....	xii

## Liste des figures

<b>Figure 1. Le changement radical-incrémentiel de longue durée .....</b>	<b>47</b>
<b>Figure 2 . Le Structurel et le système de santé .....</b>	<b>53</b>
<b>Figure 3. Le triangle des valeurs dans les sociétés contemporaines .....</b>	<b>54</b>
<b>Figure 4. Le calice et les visages.....</b>	<b>119</b>
<b>Figure 5 - Ressources fédérales pour la santé au Brésil, 1987 - 1992 .....</b>	<b>161</b>
<b>Figure 6 . Ressources fédérales pour la santé au Brésil, 1987 - 1996 .....</b>	<b>224</b>
<b>Figure 7. Municipalisation de la santé au RN, selon la modalité de gestion, 12/1995.....</b>	<b>248</b>
<b>Figure 8. Municipalisation de la santé au RN, 1993 - 1996 .....</b>	<b>258</b>
<b>Figure 9 . Instances de décision, négociation et flux des ressources du SUS .....</b>	<b>269</b>
<b>Figure 10. Municipalisation de la santé au RN, décembre 1998.....</b>	<b>270</b>
<b>Figure 11. Dépenses des municipalités engagées dans le SUS-RN, 1998.....</b>	<b>272</b>
<b>Figure 12. Répartition des ressources fédérales transférées au SUS-RN, 1988 .....</b>	<b>272</b>
<b>Figure 13 . Couverture du PSF aux populations des municipalités du RN, 1999 - 2002</b>	<b>287</b>
<b>Figure 14. Dépenses publiques fédérales de santé, per capita, 2000 - 2004 .....</b>	<b>319</b>
<b>Figure 15. Dépenses publiques de santé par habitant au Brésil, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003 .....</b>	<b>320</b>
<b>Figure 16. Dépenses publiques de santé par habitant au Nord-est du Brésil, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003 .....</b>	<b>321</b>
<b>Figure 17. Dépenses publiques de santé par habitant au RN, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003 .....</b>	<b>321</b>
<b>Figure 18. Carte de la régionalisation de la santé au RN .....</b>	<b>334</b>
<b>Figure 19. Carte de la Macrorégion Alto Oeste .....</b>	<b>335</b>
<b>Figure 20. Macrorégion Alto Oeste, microrégions, modules de soins et municipalité satellites.....</b>	<b>337</b>
<b>Figure 21. Couverture du PSF aux populations des municipalités du RN, 1999 - 2004.</b>	<b>338</b>
<b>Figure 22. Conditions de gestion de la santé des municipalités du RN, 2004.....</b>	<b>341</b>
<b>Figure 23. Pyramide d'âge de la population brésilienne, 2005. ....</b>	<b>iii</b>

## Liste des sigles

ABRASCO: Association brésilienne de post-graduation en santé collective  
AIH: Autorisation d'hospitalisation  
AIS: Actions intégrées de santé  
ANS: Agence nationale de santé supplémentaire  
APAMI: Association de protection et de soins à la maternité et à l'enfance  
CAPES: Coordination de perfectionnement des professionnels d'enseignement supérieure  
CAPS: Centres des soins psychosociaux  
CEBES: Centre brésilien d'études en santé  
CECIS: Central informatisée de rendez-vous pour les consultations et examens spécialisés  
CEO: Centres spécialisés en Odontologie  
CES: Conseil de la santé de l'état fédéré  
CES-RN: Conseil de la santé du RN  
CIB: Commission intergestionnaires bipartite  
CIS: Commissions intermunicipales de santé  
CIT: Commission intergestionnaires tripartite  
CMS: Conseil municipal de la santé  
CNS: Conseil national de santé  
COCASE: Coordination de contrôle, évaluation et soins de santé  
CODESA: Coordination de santé (organisation du SSE-RN)  
CODIRES: Coordination des régies régionales de santé (organisation du SSE-RN)  
COHURN: Coordination des hôpitaux du RN (organisation du SSE-RN)  
CONASEMS: Conseil national des secrétaires municipaux à la Santé  
CONASP: Conseil d'administration supérieur de la sécurité sociale  
CONASS: Conseil national des secrétaires à la Santé des états fédérés  
COPAC: Coordination de programmation, évaluation et contrôle (organisation du SSE-RN)  
COSEMS: Conseil des secrétaires municipaux à la Santé (à chaque état fédéré)  
CPI: Commission parlementaire d'enquête  
CPS: Coordination de promotion de la santé (organisation du SSE-RN)  
CRM: Conseil régional des médecins

DAD: Département d'appui à la décentralisation (organisation du MS)  
DIRES: Régie régionale de santé (organisation du SSE-RN)  
EC/29: Amendement constitutionnel 29 (sur le financement du SUS)  
ETAM: Bureau de soutien technique aux municipalités (organisation du SSE-RN)  
FAE: Facteur d'appui à l'état fédéré  
FAM: Facteur d'appui à la municipalité  
FAS: Fraction ambulatoire spécialisée  
FAT: Fonds d'appui aux travailleurs  
FBH: Fédération brésilienne des hôpitaux  
FMI: Fonds monétaire international  
FMS: Fonds municipal de la santé  
FNS: Fonds national de la santé  
FPM: Fonds de participation des municipalités  
FSESP: Fondation services spéciaux en Santé publique  
FUNASA: Fondation nationale de santé (organisation du MS)  
FUNGEL: Fondation Walfredo Gurgel  
FUSERN: Fonds de la santé du Rio Grande do Norte  
GASE: Gestion avancée du système de santé de l'état fédéré  
GED: Groupe spécial de décentralisation  
GPAB: Gestion complète des services de première ligne  
GPAB-A: Gestion complète des soins de première ligne élargie  
GPSE: Gestion complète du système de santé de l'état fédéré  
GPSM: Gestion complète du système municipal de santé  
GSP: Gestion semi-complète  
HWG: Hôpital Walfredo Gurgel  
INAMPS: Institut national des soins médicaux de la sécurité sociale  
IVR: Indice de valorisation de résultats  
LOS: Loi organique de santé  
MS: Ministère de la santé  
MPAS: Ministère de la sécurité sociale  
NESC: Centre d'études en Santé collective

NOAS: Norme opérationnelle des soins de santé  
NOB: Norme opérationnelle de base  
OGE: Budget global de l'état fédéré  
OGM: Budget global de la municipalité  
OGU: Budget global fédéral  
OMS: Organisation mondiale de la santé  
OPS: Organisation panaméricaine de la santé  
PAB: Plancher des soins de première ligne  
PACS: Programme des agents communautaires de santé  
PDI: Plan directeur d'investissements  
PMDB: Parti du mouvement démocratique brésilien  
PT: Parti des travailleurs  
PDR: Plan directeur de la régionalisation  
P.I.B.: Produit intérieur brut  
PPI: Programmation négociée et intégrée  
POI: Programmation budgétisation intégrée  
PSF: Programme de Santé de la famille  
RCA: Ressources de couverture ambulatoire  
RN: Rio Grande do Norte  
SAS: Secrétariat des soins de santé (organisation du MS)  
SIMED: Syndicat des médecins  
SMS: Secrétariat municipal à la Santé  
SSE: Secrétariat à la Santé de l'état fédéré  
SSE-RN: Secrétariat à la Santé du Rio Grande do Norte  
SIA: Système d'informations des ambulatoires  
SIH: Système d'informations des hôpitaux  
SUCAM: Surintendance des campagnes sanitaires  
SUDS: Système unifié et décentralisé de santé  
SUS: Système unique de santé  
SYLOS: Système local de santé  
UCA: Unité de couverture ambulatoire

UFRN: Université fédérale du Rio Grande do Norte

USAG: Unité sectorielle d'administration générale

USPF: Unité sectorielle de planification et finances

*Cette thèse est dédiée à :*  
*Isa Maria Hetzel de Macedo*

*Elle est entrée dans ma vie et l'a bouleversée*  
*Ensemble, nous avons appris à lire dans la poussière des étoiles*  
*À bâtir des projets, s'enchanter dans les tourmentes*  
*L'amour est un changement radical*  
*Une révolution*

## Remerciements

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans l'appui de plusieurs personnes et institutions auxquelles j'aimerais adresser des remerciements sincères.

- ❖ Au professeur André-Pierre Contandriopoulos, mon directeur de thèse, qui m'a appuyé et orienté gentiment dans tout le parcours du doctorat. Il m'a beaucoup aidé avec ses critiques, suggestions et commentaires précieux, veillant aussi sur la tranquillité institutionnelle du développement de mon travail.
- ❖ À Isa Maria Hetzel, ma femme et collègue, qui a partagé avec moi la joie et l'angoisse de cette aventure. Elle m'a apporté des critiques aiguës et des incitations significatives, en plus, elle m'a donné un coup de main dans la partie opérationnelle de la recherche.
- ❖ À Marcos et Bruna, mes enfants, qui m'ont aidé à la transcription des entrevues et qui ont su tolérer mon absence involontaire.
- ❖ À Jorge et Olga Macedo, mes parents, qui m'ont stimulé et pris soins de mes affaires à Natal, pendant mes nombreux allers et retours à Montréal.
- ❖ À quelques ami(e)s qui m'ont stimulé et appuyé à certaines étapes dans cette entreprise: Zulmira Hartz, Maria Dalva Araújo, Cipriano Maia de Vasconcelos, Moisés Domingos Sobrinho et Ivan Lucena.
- ❖ Aux collègues du département de Santé collective (DSC) et du Centre d'études en santé collective (NESC) de l'université fédérale du Rio Grande do Norte (UFRN) pour leur soutien à mon projet.
- ❖ À l'UFRN pour son appui institutionnel, spécialement à son recteur le professeur José Ivonildo do Rêgo et sa vice-rectrice de post-graduation Edna Maria da Silva.
- ❖ Au ministère de la Santé du Brésil pour son appui institutionnel, particulièrement au directeur du Bureau régional du RN, le Dr Antônio Araújo.



- ❖ Au secrétariat à la Santé du RN pour son appui institutionnel, surtout à l'ancien secrétaire à la Santé, le Dr Ívis Bezerra.
- ❖ À la Coordination de perfectionnement du personnel de niveau supérieur (CAPES) du ministère de l'Éducation brésilien, pour l'indispensable soutien financier à mes études doctorales.
- ❖ Au département d'Administration de la santé (DASUM) et au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, à travers leurs directeurs, le professeur Renaldo Battista et le professeur Paul Lamarche, qui m'ont accueilli et soutenu dans mon travail, pendant mes séjours à Montréal.
- ❖ À la coordination et aux professeurs du programme de Ph.D. en santé publique de l'Université de Montréal pour les connaissances apportées pendant ce cours, importantes pour ma formation académique.
- ❖ À France Pinsonnault, secrétaire du programme, toujours de bonne humeur et prête à trouver des solutions aux «pépins» administratifs éventuels.
- ❖ À Marie-Lise Vincent, pour le travail méticuleux de correction du français. En conservant mon style personnel, elle a apporté des nuances et semé de beauté celle qui est devenue ma deuxième langue.
- ❖ À Linette Cohen, Sylvie Leroux, Francine Auger, Lorraine Trudeau, Jean-Guy Bouchard, Joseph Smigielski, entre autres, qui sont toujours là, au DASUM et au GRIS pour soutenir le travail des professeurs et chercheurs.
- ❖ À tous et toutes les interviewé(e)s qui gentiment ont parlé de leurs expériences dans le système de santé et indiqué des pistes fondamentales et précieuses pour notre recherche. Ils ont constitué une source essentielle au développement de cette thèse.

*« Il arrive pourtant un moment où la nuit s'en va et le jour point, mais il est difficile de le saisir : l'aube, le matin et le jour s'entre-pénètrent » (Han Suyin).*

*« Quand on jette une pierre dans un bassin, le monde n'est plus exactement le même qu'il était avant » (Somerset Maughan).*

*«Le possible est donc le mirage du présent dans le passé (...) C'est comme si l'on se figurait, en apercevant son image dans le miroir devant lequel on est venu se placer, qu'on aurait pu la toucher si l'on était resté derrière. En jugeant d'ailleurs ainsi que le possible ne présuppose pas le réel, on admet que la réalisation ajoute quelque chose à la simple possibilité : le possible aurait été là de tout temps, fantôme qui attend son heure; il serait donc devenu réalité par l'addition de quelque chose, par je ne sais quelle transfusion de sang ou de vie. On ne voit pas que c'est tout le contraire, que le possible implique la réalité correspondante avec, en outre, quelque chose qui s'y joint, puisque le possible est l'effet combiné de la réalité une fois apparue et d'un dispositif qui la rejette en arrière». (Henri Bergson)*

## **I – Introduction**

### **▪ Centralisation-décentralisation**

Au cours des vingt-cinq dernières années, la décentralisation est devenue une notion-clé pour la constitution de l'État contemporain. Motivés par des intérêts très particuliers, poursuivant des chemins très diversifiées, des acteurs distincts ont soutenu que la décentralisation des ressources et des espaces de décision entraînerait des choix techniques, administratifs et politiques plus conformes aux besoins et aux demandes de la population. Ce rapprochement est considéré comme une condition importante pour parvenir à une gestion locale plus autonome, plus efficiente et plus démocratique; à une allocation des ressources orientée vers les besoins locaux, assurant l'accroissement de l'efficacité et de la qualité des services publics offerts à la population; à l'identification et l'expression de la diversité et du pluralisme, contrairement aux structures centralisées vouées à l'uniformité et au traitement égal de réalités hétérogènes. Les opposants à la décentralisation, eux, ont adopté une version où elle mènerait à la pulvérisation des ressources, à l'anéantissement des politiques nationales visant l'équité, au chaos administratif, au risque de patronage et du clientélisme des leaders locaux.

En dépit des contestations, l'idée de décentralisation a acquis le statut d'une stratégie de changement. Dans le secteur de la santé, la décentralisation suivra le rythme et l'option de divers projets de réforme de la santé dans plusieurs pays, selon les possibilités conjoncturelles et les traditions culturelles : districtalisation, municipalisation, régionalisation, entre autres. Pour des motivations différentes, dans des contextes divers, politiciens et gouvernements de

toutes tendances politiques ont manifesté leur enthousiasme pour la décentralisation. Quelques organisations internationales comme la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont même usé de leur pouvoir d'influence pour promouvoir une vague décentralisatrice vers les pays du Tiers-monde (Préteceille, 1985). Dans les pays du continent américain, la tradition des états fédératifs et l'influence de ces organismes internationaux, comme l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), seront à la source de la diffusion de l'idée de décentraliser la gestion, la planification et la prestation des services du système de santé vers les municipalités. Cette perspective gagnera de l'importance à tel point qu'en mai 2000, dans la ville de Québec, pendant le «*Troisième séminaire pour les responsables locaux des systèmes de santé des Amériques*», les représentants des pays membres de ce séminaire ont signé une lettre d'intention renforçant leur accord pour l'implantation de la municipalisation, en tant que voie choisie de décentralisation de la santé (Québec, 2000).

Après plus de trois décennies de réformes de la santé, un peu partout dans le monde, la majorité ayant recours à la décentralisation du système de santé, à plusieurs degrés, avec des idiosyncrasies dans le format de combinaisons entre les éléments centralisés et décentralisés, plusieurs chercheurs sont arrivés à des conclusions conflictuelles sur les résultats de la décentralisation (Saltman, 1997; Bossert, 2000). Les analystes critiques affirmaient qu'il fallait reconnaître qu'elle constituait un processus très complexe, nécessitant des changements culturels et politiques effectués sur une longue durée et, encore, une réforme en profondeur, que la majorité des pays n'avait pas encore osé réaliser. Dans le contexte d'implantation de ces réformes décentralisatrices, la municipalisation était présentée comme une voie qui permettrait d'approfondir le processus de transfert des ressources et d'autorité politique au

niveau local du système public de santé, tout en maintenant les responsabilités de coordination, régulation et prestation de services de santé par l'État.

Les notions de «*centralisation*» et «*décentralisation*» sont souvent présentées comme antagoniques. Quelquefois, elles sont utilisées pour caractériser un système (organisation, société), lui attribuant la qualité d'être centralisé ou décentralisé. En vérité, la dichotomie «*centralisation/décentralisation*» ne représente que les deux pôles abstraits d'un processus continu et complexe dont les composants politiques, administratifs, culturels et éthiques des systèmes et organisations sociales recèlent de multiples possibilités de s'articuler dans le monde empirique, donnant lieu à des arrangements infinis, plus ou moins décentralisés. Alors, dans cette perspective, la décentralisation ne signifie plus l'absence de centralisation mais devient plutôt une référence balisant le chemin sinueux des trajectoires multiples et récursives de ces systèmes et organisations à la recherche d'équilibre (toujours provisoire) entre structures centralisées et décentralisées. Dans ce sens, «*centralisation-décentralisation*» ne correspondent plus à des notions absolues mais restent complémentaires et conflictuelles. Elles s'inscrivent au milieu des processus de régulation des systèmes et des organisations sociales (Trottier et cols., 1999) où des choix sociaux fondamentaux mettent l'accent sur le central ou le local, l'unité ou la diversité, l'autonomie locale ou la responsabilité nationale.

Mais, la décentralisation porte aussi les signes du nouveau et de l'ancien, de l'émancipation et du désengagement, de l'imposition et de la résistance, du changement et de la permanence. Ces signes constituent l'expression de sa complexité, les polarités dialogiques, la récursivité, l'instabilité dynamique. En fait, le dilemme décentralisation-centralisation se

situe autour de l'établissement d'un agencement d'attributions centralisées/décentralisées acceptable pour la société, dans un contexte historique donné. Un choix essentiellement politique dont les forces en tension visent à se mettre d'accord pour atteindre un équilibre provisoire, jusqu'au moment où un «*épisode*» donne lieu à des changements de la corrélation des forces en question. Un processus conflictuel où un nouvel équilibre sera alors recherché et établi, dans l'une ou l'autre direction, en suivant les multiples combinaisons possibles, dans un univers enrichi de nuances. Cet équilibre implique une nouvelle forme de partage des moyens (ressources et règles) pour l'exercice du pouvoir.

L'idée à ne pas perdre de vue est celle du meilleur équilibre à atteindre entre centralisation/décentralisation, dans un contexte donné, pour une société qui décide de l'implanter. Ici, la question territoriale se pose aussi : décentraliser/centraliser jusqu'à quel niveau? Quelles fonctions et services seront décentralisés/centralisés? Seront-ils tous décentralisés/centralisés au même niveau ou à des niveaux différents? Le territoire apparaît alors comme un espace vivant, rempli de silences et turbulences, de sûretés et d'incertitudes, d'ententes et de conflits, d'équilibres et de déséquilibres, de rapprochements et de distances. Tandis que le central reste immergé dans une perspective abstraite, plus vouée à l'universalisme social, à la conservation de l'unité/intégrité de la nation (perçue comme totalité), souvent il est pris aux pièges de la bureaucratisation et de la concentration du pouvoir (Luz, 2000); le local apparaît plus comme l'espace d'agglutination des demandes directes (Massolo, 1988). Ici, s'exprimeront les plaintes, les désirs, les besoins des individus et des groupes sociaux organisés, de façon plus visible; c'est l'espace du particulier et du

«*particularisme*», des revendications directes de la société civile et aussi de l'exercice des petits pouvoirs locaux.

## ▪ **L'émergence de la décentralisation**

Le thème de la décentralisation de l'État émerge dans les pays développés, au cours des années 70, dans un contexte particulièrement complexe : crise des «États providence» et jaillissement de nouveaux conflits, demandes et disputes où les acteurs constituent un ensemble hétérogène de personnages issus de plusieurs origines, mobilisés autour d'enjeux sociaux divers. Inspirés par les principes de l'assurance et de la solidarité, les États providence se sont constitués à partir d'une nouvelle positivité d'intervention qui établirait un programme garantissant un droit social, reconnaissant avant tout le droit à la vie (Foucault, 1976; Ewald, 1986). L'institution de ce nouveau droit marque la fin du «partage libéral des obligations» des individus et le besoin de l'État de tenir compte des «risques sociaux» auxquels ils sont exposés (Ewald, 1986). Il était question de reconnaître aux États de nouvelles responsabilités où l'assurance du droit à la vie était considérée comme un élément de la solidarité sociale. En plus, le programme des États sociaux devait tenir compte du droit à la vie en bonne santé. Le «*biopouvoir*» apparaît alors comme l'un des éléments de la structuration des États modernes. Les systèmes de santé, à l'intérieur des grands systèmes de protection sociale, émergent comme des instruments fondamentaux pour la biorégulation de l'État (Foucault, 1976; 1980).



Au début des années 70, parmi plusieurs mouvements sociaux critiques à l'égard d'institutions des États capitalistes, mais aussi socialistes, des multiples débats seront tenus sur les signes d'une «*crise*» économique et institutionnelle des États providence. De nombreux auteurs ont analysé en profondeur la nature et les conséquences de cette crise (Rosanvallon, 1981; Ewald, 1985, 1986; Esping-Andersen, 1990; Crozier, 1991) dont il faut remarquer le divorce entre les mondes du social et de l'économique. Le projet social égalitariste et solidaire des États providence était dominé par les forces expansionnistes de la rationalité professionnelle (technique) et des demandes individuelles qui produisaient des dépenses croissantes, en particulier celles de la santé (Contandriopoulos, 1991). La crise économique internationale des années 70 dévoilait les contradictions entre les besoins sociaux et les limites dorénavant imposées par la rationalité économique. En face des restrictions budgétaires, le principe de l'égalité inconditionnelle sera soumis à des contrôles bureaucratiques, des balances entre le coût financier et les bénéfices des interventions, les problèmes éthiques des choix. La rationalité bureaucratique imposait des limites normatives aux droits, des tensions entre le désirable et le possible. Alors, fallait-il choisir entre la responsabilité de la gestion et celle des pratiques.

La crise des États providence ne se résumait pas à une crise institutionnelle et financière de la sécurité sociale. Le besoin d'effectuer des choix révélait enfin sa face politique et culturelle; il remettait en question les valeurs, les rapports sociaux et le désir d'égalité (Rosanvallon, 1981). L'incertitude et l'instabilité quant aux valeurs marquaient, de façon tangible, les États providence. Mais, dans ce cas, elles représentaient les conditions de possibilité pour l'existence de la liberté, car la stabilisation des rapports de pouvoir et le

danger de structures figées, rassurés par des autorités fortes et des valeurs fixées «a priori» comportaient des risques (Ewald, 1986). La force politique des risques sociaux «globalisés» consiste en une relativisation des différences et des frontières sociales (Beck, 2001). La recherche d'efficacité, de solutions plus souples et plus légitimes pour la gestion des affaires publiques remettait en question le modèle d'administration centralisée et l'idée de décentralisation prenait graduellement de la force.

Dans les pays développés, l'implantation de politiques de décentralisation est alors survenue dans un environnement de crise structurelle de ces sociétés et dans des situations très complexes où se structuraient de nouvelles relations entre l'État et la société civile. Dans quelques pays, les gouvernements pourraient utiliser la décentralisation comme une stratégie subtile de l'état national pour abandonner ses fonctions, ce qui aurait pour effet de renforcer les inégalités déjà existantes (Collins, 1989). Selon Jalbert (1991), dans les pays développés, la décentralisation constitue une réponse à la situation de crise des États providence, sous des multiples aspects (finances, légitimité et motivation), où l'administration centralisée était perçue comme une contrainte à l'efficacité du système, posant aussi des difficultés à l'intégration sociale. Aux demandes locales pour l'accès à l'autonomie, l'État a répondu par la décentralisation, en vue de se sortir de cette crise. Mais, dans la majorité des situations concrètes, la décentralisation signifiait un transfert des responsabilités des gouvernements centraux aux niveaux subnationaux, sans y joindre les ressources correspondantes, accompagné par des mouvements rétroactifs de centralisation des décisions au niveau fédéral et de décentralisation purement fonctionnelle aux organisations hospitalières.

## ▪ **Décentralisation : un projet de changements**

Il faut analyser les processus de décentralisation de façon dialectique à partir de divers scénarios d'implantation. Selon Smith (1985), les formes multiples de décentralisation possibles ont émané de forces politiques en conflit. Quelquefois, au niveau local, en fonction de fortes situations d'oppression politique et de la grande utilisation des ressources de l'État au profit des groupes dominants locaux, nous pouvons considérer la décentralisation comme une stratégie conservatrice (Collins, 1989). Par contre, des contextes existent où la décentralisation pourrait favoriser nettement l'équité et l'exercice de la citoyenneté. Dans l'histoire récente de l'Amérique latine, en particulier au Brésil, la présence de gouvernements autoritaires et bureaucratiques était souvent accompagnée d'une forte centralisation administrative avec concentration du pouvoir aux mains de l'état central. Dans ce contexte, l'idée de décentralisation a gagné le statut d'une stratégie de changement visant la liberté et la justice sociale. Cette dernière était identifiée aux projets politiques démocratiques et modernisateurs, tandis que la centralisation était associée aux gouvernements élitistes, conservateurs et autoritaires. Elle est devenue une notion-clé pour les projets structurants des nouvelles sociétés démocratiques de l'Amérique latine (Massolo, 1988; Teixeira, 1990; Junqueira, 1997; Luz, 2000).

Plusieurs pays latino-américains ont développé des projets de réforme de la santé au sein desquels la décentralisation était prévue comme l'un des axes du processus de changement. La majorité des réformes décentralisatrices ont débuté à la fin des années 70 ou

pendant les 80 (Argentine, Brésil, Colombie, Mexique), fréquemment en deux étapes de décentralisation : la première, aux états fédérés ou provinces et la deuxième, aux municipalités. Cependant, il existe des cas de décentralisation tardive par rapport aux autres pays de la région, comme la Bolivie<sup>1</sup>. Même si elle était prévue dès le début, comme au Brésil, la municipalisation était majoritairement vue comme un approfondissement du processus de décentralisation, exigeant la construction des conditions politiques et structurelles pour une gestion de la santé au niveau local; il s'agissait alors d'une vision progressive du processus de décentralisation dont la municipalisation constituait la dernière étape. L'idée de municipalisation gagnera en force dans le domaine de la santé et sera largement implantée dans les pays latino-américains, pendant la nouvelle vague décentralisatrice des années 90.

Selon Burki et al. (1999), dans les pays de l'Amérique latine, les processus de décentralisation ont servi à divers objectifs: la réduction des dépenses fédérales; l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des services de santé; la démocratisation du système de santé; l'introduction de mécanismes du marché dans le secteur de la santé<sup>2</sup>. Ces objectifs seront poursuivis par chaque pays, selon leurs contextes spécifiques, teintés de différents nuances.

---

<sup>1</sup> En Bolivie, ce processus a commencé tardivement, dans les années 90. La loi de participation populaire, sanctionnée en 1994, créera les 311 municipalités de ce pays et des structures formelles exigées pour la participation démocratique. Dans le partage des responsabilités de l'État bolivien, la santé sera tout de suite décentralisée, sauf la gestion du personnel qui restera une attribution du niveau fédéral. La Bolivie a alors «*franchi des étapes*».

<sup>2</sup> Le Chili sera le seul pays latino-américain à pousser plus loin dans l'introduction des mécanismes du marché dans le système de santé. Ce pays est toujours mentionné comme le modèle néolibéral le mieux réussi dans le domaine de la santé. En Colombie et au Brésil, les assurances-maladie privées seront renforcées pendant les années 90, entre autres mesures de couleur néolibéralisante. Mais, elles ne rendent que de pâles images du modèle chilien.

Quelquefois explicites, parfois implicites, quelques-uns atteints, quelques autres ratés, ces buts faisaient partie de l'horizon institutionnel des processus de décentralisation, en Amérique latine.

Malgré le discours d'une autonomie municipale, dans ces pays, le contrôle normatif et réglementaire de l'état central restera encore fort centralisé (Burki et al., 1999), quelquefois même renforcé après la municipalisation (Chili et Mexique). Quant au financement, les transferts fédéraux aux états fédérés/provinces et municipalités constituent la source principale des ressources financières allouées à la santé<sup>3</sup>. Comme dans les pays développés, la décentralisation dans les pays latino-américains servira aussi à réduire les dépenses fédérales consacrées à la santé, déplaçant leurs responsabilités vers les états fédérés et municipalités sans y joindre la quantité de ressources qui leur étaient historiquement affectées. Dans certains cas, nous pouvons distinguer des hôpitaux jouissant d'une grande autonomie pour allouer leurs ressources (Argentine, Colombie, quelques régions du Brésil). Dans d'autres cas, les pressions politiques de certains groupes d'acteurs et la fragilité du pouvoir local contribuent aux re-centralisations (Bossert et al, 2000).

L'histoire récente de l'Amérique latine semble particulièrement riche en mouvements pour la décentralisation de la santé basés sur une perspective plus large de changement social et politique. La municipalisation a été la voie choisie par la majorité des pays latino-

---

<sup>3</sup> Sauf en Argentine, où 70% des ressources viennent des provinces.

américains et les réformes décentralisatrices ont été implantées à partir de scénarios divers où les acteurs sociaux, mobilisés pour leurs intérêts, ont effectué différentes lectures quant aux aspects opérationnels du système de santé. Les résistances, conflits et négociations autour d'enjeux centraux de la décentralisation constituent la dimension stratégique de ces processus. Ainsi, les arrangements institutionnels et modèles d'organisation des services de santé et d'offre des soins diffèrent beaucoup, les processus de décentralisation de la santé restent très lents et l'autonomie continue de représenter un mot plein de significations.

#### ▪ **La décentralisation vers les municipalités au Brésil**

L'idée de décentralisation du système de santé aux municipalités n'est pas étrange à l'univers culturel brésilien. En 1963, à l'occasion de la III<sup>e</sup> Conférence sur la santé, une des propositions centrales était la constitution d'un réseau national de santé dont l'exécution des actions serait une attribution des municipalités (Goulart, 1996). La dictature militaire, instaurée en 1964, refoulera<sup>4</sup> cette idée et perpétuera le long processus de centralisation des institutions de santé commencé dans les années 30. Pendant la dictature, l'idée de décentralisation émerge une autre fois, associée à l'idée de démocratisation. Au cœur des institutions centralisées de l'État brésilien, des initiatives de décentralisation prennent place et des programmes de déconcentration des activités du MS et de l'INAMPS se succèdent.

---

<sup>4</sup> Le refoulement offre ici un double registre : le sens psychanalytique de répression de cette idée à l'inconscient des institutions de santé et, simultanément, le sens politique de censure d'une position indésirable, pour soutenir le statu quo.

Pendant les années 80, un grand mouvement de critiques à l'égard du système de santé brésilien a abouti à un projet de réforme de ce système. Le «*mouvement sanitaire*», comme il était appelé, rassemblait plusieurs acteurs<sup>5</sup> autour d'une idée centrale de changement du système de santé, fortement mobilisés par un projet plus large de démocratisation de la société brésilienne et de ses institutions. En 1988, une nouvelle constitution brésilienne était sanctionnée. Il faut remarquer, dans la charte constitutionnelle, l'existence d'un chapitre spécial consacré à la santé, où elle est perçue d'une façon plus élargie, associée aux conditions de vie de la population. En plus, la santé était reconnue comme un droit de tous les citoyens brésiliens à être assuré par l'État, à travers un «Système unique de santé» (SUS) et des politiques publiques intersectorielles de promotion de la santé. En 1990, le SUS sera finalement réglementé par les lois 8.080 et 8.142 et la municipalisation sera la voie choisie pour décentraliser le système de santé.

Dans un pays de dimensions continentales, marqué par l'hétérogénéité et les énormes inégalités (voir l'Annexe de la thèse), les expériences de déconcentration des activités de santé se multiplient, à un rythme très hétérogène sur le territoire national. Quelques-unes de ces expériences verront le jour grâce à l'initiative du pouvoir local. Mais, la forte culture centraliste et l'accès aux ressources stratégiques du système de santé ont favorisé le rôle joué par quelques technocrates progressistes, bien placés dans les institutions de l'État national,

---

<sup>5</sup> Le «*mouvement sanitaire*» était constitué par des intellectuels (surtout des universités), professionnels des services de santé, politiciens, technocrates et associations de la société civile en général, entre lesquelles il faut remarquer le «*Centre brésilien d'études en santé*» (CEBES) et l'«*Association brésilienne de postgraduation en santé collective*» (ABRASCO).

dans le développement de la majorité des projets de décentralisation effectivement implantés. Ainsi, avec des couleurs locales si différentes, la grande majorité de ces projets de décentralisation partagent et portent les marques du pouvoir central et de sa culture centraliste et normative.

Malgré les différentes perspectives à propos de la mise en œuvre, les auteurs brésiliens étaient presque unanimes autour de l'idée que la municipalisation de la santé constituerait l'une des conditions essentielles pour effectuer les changements nécessaires à rendre le nouveau système de santé efficient, avec une gestion plus souple, expéditive, efficace et équitable, orientée vers les besoins de santé locaux, offrant des services de qualité pour résoudre les problèmes de santé des populations locales (Dowbor, 1987; Teixeira, 1990; Cordeiro, 1991; Vianna, 1992; Cunha, 1993; Motta, 1994).

Les «*municipalistes*» brésiliens considéraient aussi que la décentralisation vers les municipalités signifiait une stratégie fondamentale à la reconstruction du système de santé, au fur et à mesure qu'elle rapprocherait la population des centres de décision, planification et allocation des ressources de ce système (Dowbor, 1987; Cunha, 1993; Goulart, 1996). En fonction de ce voisinage, les gouvernements locaux (municipalités) connaissaient mieux la population et leurs problèmes de santé, étaient mieux qualifiés que les gouvernements centraux (fédéral et étatique) pour évaluer les ressources nécessaires à mobiliser afin de trouver les solutions les plus adéquates aux problèmes existants.



La décentralisation de l'allocation des ressources pour les municipalités et l'autonomie de gestion des secrétariats municipaux à la Santé (SMS) était perçue par les partisans de la réforme comme le dépassement d'une tradition de centralisation du système de santé. L'introduction de mécanismes de financement plus souples (comme les transferts fonds à fonds) et l'établissement d'un budget global pour chaque municipalité (à partir de critères définis au niveau des états fédérés) paraissaient des innovations prévues pour faciliter le développement d'un nouveau modèle d'allocation de ressources partagée par les instances de la fédération brésilienne (état fédéral, états fédérés et municipalités) et basée sur les besoins de santé locaux. Ainsi, dans les SMS (la grande majorité en phase de structuration), l'introduction de la planification, des mécanismes d'évaluation et de contrôle des services ainsi que la création des conseils municipaux de santé (CMS) étaient vues comme des outils essentiels pour assurer l'évolution du processus de municipalisation et les changements attendus. Au niveau local du SUS, il serait alors plus facile d'établir une planification tenant compte des besoins de santé, du contrôle des ressources et de leur application. En plus, la municipalisation rendrait possible une participation sociale plus directe ou représentative, à travers les CMS<sup>6</sup>, conférant plus de légitimité aux actions des gouvernements locaux, lesquels deviendraient plus «sensibles» aux demandes locales et aux innovations proposées par la réforme.

---

<sup>6</sup> À propos de la régulation sociale du système de santé brésilien et des modalités de participation dans le domaine de la santé, consulter : Hetzel de Macedo, I.M. (2004). La régulation sociale du système de santé brésilien: le rôle des Conseils municipaux de santé et la contribution des acteurs locaux aux changements du système. Rapport de recherche, Natal, département de Santé collective de l'UFRN.

La municipalisation devrait alors produire des changements dans les rapports et le partage des responsabilités par les trois échelons du gouvernement (un nouveau pacte fédératif), la gestion, l'allocation des ressources, l'organisation des services, la culture institutionnelle du système de santé. L'intégration systémique, la définition territoriale, la distribution égalitaire des ressources, la recherche d'équilibre et d'intégration entre les pratiques de promotion, prévention, récupération et réhabilitation de la santé ainsi que la rupture avec la culture centraliste, bureaucratisée et clientéliste dans le système de santé constituaient les axes des changements attendus.

#### ▪ **La municipalisation pourrait-elle produire des changements ?**

Au Brésil, le contexte du processus de municipalisation de la santé était rempli de contraintes: la fragilité technique et administrative des municipalités; la présence, dans le système de santé, du «*clientélisme*», en tant que culture politique; les jeux de pouvoir autour d'intérêts cristallisés de la technobureaucratie fédérale et étatique; les pressions corporatives et les «*lobbies*» des entreprises médicales, des cliniques et des hôpitaux privés; les interventions des politiciens motivés par leurs intérêts d'ordre économique ou politique, quelquefois reliés aux circonstances électorales. Finalement, la crise économique nationale et la vague de néolibéralisme des années 90 contribueront au déclenchement d'une chute remarquable du

financement fédéral de la santé<sup>7</sup> et d'une grande instabilité à propos des sources de subvention du SUS. Par contre, la grande ébullition du mouvement en faveur de la démocratisation du pays, l'expansion du «*mouvement sanitaire*» à l'échelle nationale (comme expression d'une conscience citoyenne et sanitaire croissante) et l'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, représentent des aspects favorables de ce même contexte.

Dans la pratique, l'implantation du nouveau système de santé brésilien ne s'effectuait pas facilement et la municipalisation proposée devra affronter plusieurs problèmes politiques, économiques, institutionnels, techniques et culturels pour réussir sa consolidation. Le processus d'allocation des ressources du système de santé reste emblématique pour nous démontrer, de façon évidente, l'écart existant entre les propositions théoriques et le processus de municipalisation. D'une part, le discours égalitariste qui proposait un État-providence brésilien (Escorel, 1994; Faveret et Oliveira, 1989) était endossé par les documents officiels (Brésil, 1991; Brésil, 1992). D'autre part, l'allocation des ressources existantes s'écartait des propositions de la réforme décentralisatrice, engendrant des paradoxes : la réduction des ressources disponibles versus l'élargissement des responsabilités concernant la santé (déterminé par l'universalisation de l'accès); la distribution inégale des ressources aux états fédérés et municipalités versus le principe d'équité; l'utilisation de critères de transfert des ressources centrés exclusivement sur les aspects démographiques ou politiques versus la définition de critères cohérents avec une logique d'arbitrage local (les épidémiologiques, entre

---

<sup>7</sup> Il faut remarquer que 72% du financement du SUS était constitué par les transferts des ressources fédérales et que dans le gouvernement Collor (1990-2002) ils seront coupés 30 % de ces ressources. Sur la tendance décroissante du financement fédéral à la santé pendant les années '90 consulter Mendes (1996) et le chapitre 4 de cette thèse.

autres); la priorité du financement aux activités des hôpitaux et des médecins spécialistes (surtout des établissements privés conventionnés par le SUS) versus la priorité du financement aux actions de promotion de la santé et aux soins de première ligne; l'utilisation du paiement à l'acte versus l'introduction de mécanismes pour stimuler la qualité des services.

Au niveau municipal du système de santé, c'est un moment d'émergence de nouveaux enjeux (la rupture avec le clientélisme dans le SUS, le financement de ce système décentralisé, la coopération intergouvernementale entre les échelons du SUS, l'autonomie municipale dans ce domaine), de nouveaux acteurs (les maires, les secrétaires municipaux à la Santé, les conseillers municipaux, les associations civiles, entre autres) et de nouveaux espaces politisés de négociation et gestion (en particulier les commissions intergestionnaires et les conseils de santé). L'émergence de ces nouveaux acteurs, notamment les acteurs collectifs comme les conseils des secrétaires municipaux à la Santé (COSEMS), complexifie les jeux d'intérêts présents dans l'implantation du SUS à partir de la municipalisation. Au niveau national, le conseil national des secrétaires municipaux à la santé (CONASEMS) est devenu un acteur collectif des plus influents dans le processus de structuration du SUS, ainsi que le Conseil national des secrétaires à la Santé des états fédérés (CONASS). Malgré la reconnaissance de l'existence de puissants obstacles à surmonter tout au long du parcours de ce processus de municipalisation, les «*municipalistes*» comprennent bien l'importance d'une décentralisation effective pour parvenir aux changements attendus.

L'implantation du SUS et la municipalisation de la santé pourront alors compter sur des appuis, mais affronteront aussi de fortes résistances. Le système de santé devenait une arène de disputes, alliances, négociations où les acteurs se rencontraient pour défendre leurs intérêts, en jouant avec le capital (politique, économique, symbolique) dont ils disposaient. Quelques acteurs locaux, comme les maires, n'avaient pas des positions prévisibles; leur appui à la municipalisation n'était pas inconditionnel. Les intérêts figés de la bureaucratie au sein des institutions de santé engendraient des résistances et les corporations professionnelles ainsi que les associations des hôpitaux privés soutenaient des positions ambiguës. Quelquefois, les avancements réussis dans le processus de municipalisation ne correspondaient pas aux changements attendus par les réformateurs qui, eux, insistaient dans la thèse que ces changements résulteraient d'une municipalisation plus approfondie. Il y existait aussi des transformations du scénario résultant des mouvements circulaires et récursifs des jeux de pouvoir à l'intérieur du système de santé.

Une question revenait avec insistance dans la tête des réformistes: la municipalisation pourrait-elle produire les changements qu'ils espéraient ? D'abord, la littérature nous montrait que la nature complexe et dialectique des processus de décentralisation restait compatible avec la production de changements mais aussi avec la conservation du «*statu quo*» (Smith, 1985; Collins, 1989; Contandriopoulos et al., 2000; Luz, 2000). Le processus complexe de structuration du système de santé pouvait-il aussi produire l'émergence de changements différents des attendus par les réformistes. Ainsi, ne pourrions-nous pas attendre les relations linéaires entre décentralisation et changements fréquemment signalées! Le développement du processus de municipalisation nous montrait que les changements ne s'opéraient pas

automatiquement, comme résultats logiques de la décentralisation. Les choses ne se produisaient pas de façon aussi simple. En tant que phénomène empirique, la municipalisation résistait aux prescriptions normatives d'un modèle idéalisé.

La recherche révèle la décentralisation/municipalisation dans sa complexité, pleine d'aller-retour, de décisions, d'hésitations, d'incertitudes, de résistances, de zones éclairées et de zones d'ombres. La persistance des réformistes dans la poursuite de son projet est sans doute remarquable et emblématique de ce désir de changements plus profonds du système de santé. Malgré toutes sortes de contraintes structurées dans le SUS (le financement insuffisant, l'allocation inégale, les disputes fédératives, le corporatisme, les problèmes avec les ressources humaines, la dépendance et les disputes avec le secteur privé, le clientélisme renouvelé, l'absence de coordination et d'intégration systémique) et les détours de la route, les réformistes persistent et sont toujours là, debout, à défendre le projet d'un système de santé universel, équitable, démocratique et efficient, capable d'offrir des services de bonne qualité.

## ▪ **Le plan de la thèse**

Le plan général de la thèse comprend une introduction, suivie de trois parties. Dans la première, nous présentons les aspects théoriques et méthodologiques de la recherche, pour analyser en particulier les concepts de structuration, de décentralisation, de changements et d'allocation des ressources dans les systèmes de santé. La deuxième partie correspond à la

description analytique du déroulement de la municipalisation du système de santé brésilien dans l'état fédéré du Rio Grande do Norte. Enfin, dans la troisième nous réalisons une analyse-synthèse dans laquelle les résultats empiriques sont interprétés à la lumière des catégories et des concepts élaborés dans la première partie. L'utilisation du concept d'«*épisode*» a permis de percevoir les temps de la recherche selon les discontinuités marquées par des événements qui ouvrent et finissent une période plus ou moins homogène dans la structuration du système de santé.

- Le chapitre un comporte un état des connaissances du domaine où, à la lumière de quelques auteurs-clés (Morin, Giddens, Contandriopoulos, Bourdieu, entre autres), nous développons nos propres repères conceptuels de base pour l'analyse-synthèse finale de notre étude. Ici, l'approche épistémologique de la complexité, la théorie de la structuration des systèmes sociaux, le concept de champs d'action social, les logiques de régulation des systèmes de santé, entre autres contributions significatives, nous aident à saisir les mondes du structurel et des acteurs, leurs relations rétroactives et leur insertion dans des contextes d'action entretenus par le social, la culture, l'économique, le politique, au sens plus large de l'histoire.
- Le chapitre deux reprend la discussion théorique sur la décentralisation, en soulignant certains concepts et métaphores fondamentales pour la compréhension des problèmes à étudier et pour soulever des questions qui ont aidé à la réflexion sur les capacités locales pour contribuer au changement. Ainsi, la métaphore du jeu a été utilisée pour comprendre le financement et l'allocation des ressources du système de santé, de même qu'on a souligné le rôle qu'elles jouent dans le processus de décentralisation. Donc, nous avons construit un chemin qui nous a permis de percevoir les images du système de santé, leurs paradoxes et les pôles dialogiques indissociables du changement et de la permanence.

- Le chapitre trois nous montre un portrait du déroulement de la recherche et de ses aspects opérationnels. Il se veut une réflexion sur les recherches dans le domaine du social (la complexité, la transdisciplinarité, le dialogique, la double herméneutique, la validité) ainsi que du rôle du chercheur, en particulier dans sa double condition d'acteur-chercheur du système.
  
- Le chapitre quatre retrace les antécédents de la réforme de la santé et l'histoire des politiques de santé au Brésil jusqu'à la fin des années 80, pour mieux comprendre le contexte actuel de la municipalisation du SUS. L'émergence d'un mouvement politique pour la réforme de la santé remet en question l'ancien système national de santé, tandis que «*développementisme*» et «*néolibéralisme*» se succèdent en tant qu'idéologies dominantes dans le scénario des rapports entre l'État brésilien et la société. Les projets de démocratisation de la société et de réforme de la santé paraissent très interdépendants, l'un de l'autre et la décentralisation acquiert le statut de stratégie de changement.
  
- Le chapitre cinq correspond au premier épisode du cas, l'émergence d'un mouvement pour la municipalisation de la santé au RN. Il s'agit d'un contexte de constitution des conditions de possibilité (matérielles, techniques, administratives, symboliques) pour la construction de ce projet. Les nouveaux acteurs, la proposition d'un projet alternatif à la municipalisation (la districtalisation), les résistances, les contraintes financières, le recul, le retour du mouvement sous le leadership collectif du COSEMS-RN.
  
- Le chapitre six inaugure le deuxième épisode du cas, celui de l'implantation de la municipalisation de la santé au RN. La création de la Commission inter-gestionnaire bipartite (CIB-RN) et l'implantation de la modalité de gestion semi-complète à Natal se révèlent des événements déclencheurs de la municipalisation. Les discours politique et technocratique, les procès bureaucratés d'«*habilitation*» à la municipalisation, les changements d'allocation des ressources introduits par les transferts automatiques fonds à fonds et les budgets globaux, les disputes et les alliances des acteurs dans la CIB-RN,



espace public de négociation et gestion partagée par l'état fédéré et les municipalités figurent à l'ordre du jour.

- Le chapitre sept se penche sur la suite du deuxième épisode du cas. Dans le contexte d'une réforme administrative de l'état fédéré et d'une orientation néolibérale pour les politiques de santé du gouvernement fédéral, des résistances corporatives et politiques à la municipalisation se manifestent et le processus s'accélère. La réduction du pouvoir d'allocation des ressources du secrétariat à la Santé du Rio Grande do Norte (SSE-RN), le financement insuffisant, les disputes avec le secteur privé, les clivages entre l'état fédéré et les municipalités, d'une part, les grandes et petites municipalités, d'autre part, contribuent au déclenchement d'une crise institutionnelle de la santé au RN. L'introduction d'incitatifs économiques (comme le PAB), la priorité aux soins de première ligne, la création de nouvelles modalités de gestion du SUS (GPAB et GPSM) contribuent à consolider la municipalisation.
- Le chapitre huit décrit les derniers événements du deuxième épisode du cas. Les détours du projet SUS s'explicitent au niveau local (détour privatiste) et national (détour normatif). Toutes les composantes structurelles des problèmes actuels du SUS sont déjà présents et les «*crises*» ne font que manifester, de façon aigüe des problèmes chroniquement reproduits par les routines des acteurs dans le système. La publication de la «*Norme opérationnelle des soins de santé*» (NOAS) cherchant à résoudre les problèmes de coordination, d'intégration systémique et d'équité, à travers une stratégie de régionalisation tombe dans le piège du détour normatif, bureaucratique et re-centralisateur. Les changements introduits au système ne changent rien au niveau local.
- Le chapitre neuf montre le début d'un nouvel épisode du cas. L'approbation d'un amendement à la constitution fédérale attribuant aux trois échelons gouvernementaux des responsabilités financières quant à la santé paraît une première initiative dans le financement du système par l'apport de sources stables. Un contexte national favorable à

l'élaboration d'un nouveau pacte de gestion du SUS, basé sur la coopération plutôt que sur la concurrence, favorise le débat à plus large échelle. Toutefois, le néolibéralisme constitue encore une forte contrainte aux initiatives réformistes de secteurs du MS et d'autres acteurs collectifs. Au niveau de l'état fédéré et des municipalités, une culture de négociation développée par l'exercice quotidien d'ententes entre les acteurs au sein des instances collégiales du SUS-RN se révèle un changement significatif dans l'apprentissage collectif et l'implantation de la régionalisation sur de nouveaux fondements. Le cas des «habilitations» de la municipalité de Pau dos Ferros et de l'état fédéré du RN selon les critères de la NOAS, la réalisation de la «*Programmation négociée et intégrée*» (PPI) et du «*Plan directeur de la régionalisation*» (PDR), la fin des habilitations (comme mécanisme bureaucratique) et, finalement, les discussions autour du nouveau «*Pacte pour la santé*» constituent des événements essentiels à la compréhension de l'émergence de ce nouvel épisode.

- Le chapitre dix constitue un exercice d'analyse-synthèse du cas dont les catégories analytiques rencontrent les émergences empiriques. Ici, par les mouvements circulaires d'un regard simultanément local et global, tourné vers le structurel et l'action des acteurs, nous reconstituons les images du système dans les trois épisodes de structuration du SUS.
- Le chapitre onze comprend une sorte d'épilogue où les questions centrales et des conclusions provisoires de cette thèse sont synthétisées.

**PARTIE I - DÉCENTRALISATION ET CHANGEMENTS  
DU SYSTÈME DE SANTÉ: ASPECTS THÉORIQUES ET  
MÉTHODOLOGIQUES**

# Chapitre 1. Changements et structuration du système de santé

## 1.1. Introduction

Dans cette thèse, nous traitons avant tout de changement: dans les politiques, la relation centralisation-décentralisation, l'allocation des ressources, la répartition des responsabilités des échelons gouvernementaux, enfin les changements du système de santé. En tenant compte que ce dernier constitue un tout complexe et un champ d'action sociale, nous chercherons, dans ce chapitre, à développer une réflexion théorique et conceptuelle pour contribuer à la compréhension des processus de décentralisation de la santé en cours, mettant en évidence les mouvements continus et récursifs de la structuration de ce système.

Depuis le milieu des années 70, des auteurs aux perspectives diverses ont annoncé la crise des systèmes de santé. Parmi les multiples discours des analystes, il nous semble suffisant d'évoquer, de façon très synthétique, quelques approches emblématiques. D'abord, la critique radicale à la médecine en tant qu'institution iatrogénique aux plans technique, social et culturel, réalisée par Ivan Illich (1975). Indépendamment de leurs réussites au niveau des individus, Illich affirme que la médecine est devenue inefficace au plan collectif parce qu'elle s'inscrit maintenant dans un «*mode de production hétéronome*» dont le surplus productif amène à l'inertie du système, effet inattendu par encombrement d'actes médicaux. En plus, il remarque la dépendance des usagers par rapport au système de santé, spécialement aux médecins.

À son tour, Michel Foucault a réalisé une analyse plutôt historique dont il dévoile la constitution des mécanismes de pouvoir inscrits dans le savoir et les pratiques médicales, en tant que «*micro-pouvoirs*» constitutifs des appareils disciplinaires présents dans la vie quotidienne. Le micropouvoir médical agit sur la forme de dressage des corps et des habitudes de vie des individus (Foucault, 1974; 1975). En même temps, de façon complémentaire, une technologie non disciplinaire du pouvoir s'appliquerait en échelle populationnelle à la poursuite de la défense du droit à la vie; le «*biopouvoir*» apparaît alors comme l'un des éléments de la structuration des États modernes. Les systèmes de santé, à l'intérieur des grands systèmes de protection sociale, émergent comme des instruments fondamentaux pour la biorégulation de l'État (Foucault, 1976; 1997).

Finalement, Vicente Navarro (1976) identifie les systèmes de santé en tant qu'institutions créées par l'état capitaliste pour servir les intérêts économiques, sociaux, politiques et idéologiques dominants dans les sociétés structurées en classes<sup>8</sup>. Pour Navarro, les problèmes des systèmes de santé se situent dans les contradictions entre leurs objectifs annoncés, de nature distributive et égalitaire, et les pratiques qui se développent en leur sein. Ainsi, la reproduction du capital des entreprises médicales, de la force de travail et des valeurs de la classe dominante, ainsi que la réduction des tensions entre les classes sociales constituent des objectifs plutôt implicites de ces systèmes. Les conditions d'inégalité présentes dans les

---

<sup>8</sup> Navarro affirmait que les sociétés socialistes n'avaient pas réussi à ce moment-là à surmonter les contradictions fondamentales des sociétés capitalistes; les systèmes de santé des pays socialistes subissaient alors des problèmes semblables à ceux des pays capitalistes.

sociétés se reproduisent également dans les systèmes de santé, parce qu'elles restent profondément enracinées dans leurs structures.

Plus récemment, Contandriopoulos (1994; 2000; 2003) a soutenu qu'en face d'une situation de crise prolongée des systèmes de santé affectant leurs dimensions économique, éthique, de régulation et des connaissances, il n'existe aucun autre chemin que le changement radical pour sortir de l'inertie du «*statu quo*» actuel qui les menace de désengagement progressif des acteurs impliqués (perte de légitimité), et, en bout de route, d'anéantissement du système. Cet auteur attire l'attention sur la gravité de la crise globale des systèmes de santé et le besoin de mesures urgentes pour rompre avec les institutions cristallisées dans ces systèmes qui en même temps qu'elles les reproduisent, conduisent paradoxalement à leur dépérissement.

Malgré les chemins différents, ces perspectives remarquent le caractère multidimensionnel de la crise de la médecine et des systèmes de santé. C'est au carrefour de plusieurs dimensions de cette crise que nous percevons le besoin et le désir de changements. Dans ce contexte, en tant que voie de rapprochement des agents de régulation des systèmes de santé, la décentralisation émerge comme l'une des possibilités d'expériences multidimensionnelles de réforme. Mais, avant de toucher au sujet de la décentralisation, il faut dégager quelques mécanismes de raisonnement fréquemment utilisés dans les études sur les changements sociaux en général: le dualisme, l'évolutionnisme et le déterminisme.

Dans les sciences humaines, le dualisme sous la forme d'objectivisme/subjectivisme apporte des problèmes particuliers. L'objectivisme consiste dans la recherche d'instauration des «*régularités objectives*», en identifiant les structures, les lois, les systèmes de relations présents dans les systèmes sociaux, de façon absolument indépendante des processus subjectifs des individus, comme la conscience et la volonté (Bourdieu, 1980). Malgré leurs différences évidentes, les études d'orientation fonctionnaliste ainsi que structuraliste, privilégient généralement l'analyse des structures et du fonctionnement des systèmes sociaux, au détriment de la subjectivité des acteurs impliqués dans les dynamiques de ces systèmes. À l'opposé, le subjectivisme remplace le regard objectiviste par une survalorisation de l'expérience subjective. L'acteur est au centre de celle-ci, tandis que les aspects objectifs (routines de travail, financement, structures technologiques) sont relégués à l'extérieur de cette phénoménologie. L'herméneutique et d'autres types de sociologie interprétative ont tendance à développer ce type de réductionnisme où l'action des acteurs et leur signification sont davantage prioritaires que les structures, les contraintes et le monde objectif.

La raison dualiste s'exprime par les oppositions, les polarisations, les antagonismes; par une logique d'exclusion. La pensée se structure par la formule X «*ou*» Y, dont l'un des termes exclut l'autre. Il n'y a pas de place pour une «*logique de conciliation*» (Prigogine, 1996; 2001) et de «*complémentarité*» (Morin, 1977; 2000), où X «*et*» Y peuvent simultanément coexister, en tant qu'opposés et complémentaires. La dichotomie artificiellement établie sous les formes d'objectivisme/subjectivisme et de structure/action reste exemplaire de cette tendance au dualisme dans la science moderne.

*«Le fait même que cette division renaisse sans cesse sous des formes à peine renouvelées suffirait à témoigner que les modes de connaissance qu'elle distingue sont également indispensables à une science du monde social qui ne peut se réduire ni à une phénoménologie sociale ni à une physique sociale». (Bourdieu, 1980)*

Pour rompre avec ce dualisme quelquefois très raffiné, il faut le soumettre à la critique réflexive en insistant sur le caractère disjonctif de cette opposition et les conséquences pratiques qu'elle apporte. Lorsque les structures du système de santé prédominent sur l'action humaine, la contribution des acteurs de ce système aux changements reste très limitée et les contextes de l'action deviennent synonymes de contrainte. Alors, les possibilités de changement sont associées au potentiel de transformation global des structures, sans tenir compte de l'importance des petits mouvements récursifs de l'action des acteurs, qu'au jour le jour transforment et reproduisent sans cesse l'univers du «*structurel*» (Giddens, 1987). Par contre, une perspective purement basée sur l'expérience vécue de ces acteurs peut donner lieu à une sorte d'activisme volontariste des acteurs, sans valoriser également les conditions objectives de changement des systèmes. Ainsi, il faut préserver les acquis apportés par ces différents courants de pensée mais il faut de plus promouvoir non seulement l'objectivation de la subjectivité des acteurs mais aussi la subjectivation de l'objectivité des systèmes. Pour mettre en lumière les changements dans les systèmes sociaux (les systèmes de santé entre-eux), il faut alors surmonter la pensée dualiste et relier ce qui a été artificiellement disjoint.



L'évolutionnisme est une tendance très répandue dans les études sur les changements. En général, l'évolution est vue comme un processus linéaire, ordonné et irréversible, constitué par étapes successives qu'il faut nécessairement franchir pour arriver à ses stades supérieurs. L'évolutionnisme tire ses racines de la biologie et la transposition acritique de concepts des sciences de la nature (adaptation, intégration, organisme) aux études sur les changements sociaux, parfois sous la forme de métaphores naturalistes s'effectue assez souvent. Comme dans les organismes biologiques, le développement d'un système de santé, résulterait de l'autodéploiement de ses potentialités inscrites dans ses structures de base et des adaptations successives à l'environnement externe; un regard actuel peut décrire sa trajectoire, recherchant ses origines et la reconstitution de sa progression linéaire vers le présent connu ; le temps reste irréversible.

La démarche évolutionniste prend le risque de tomber dans le piège ethnocentrique de renforcer les prescriptions normatives. Par exemple, au fur et à mesure qu'on a identifié les phases accomplies dans un processus d'évolution d'un système de santé donné, considéré comme le plus évolué, on pourrait déduire que les autres systèmes devraient suivre la même trajectoire, franchir les mêmes étapes, développer des stratégies de façon à s'acheminer vers le «futur». Dans ce cas, la tendance à confondre l'évolution d'un système de santé spécifique (son histoire, ses structures et ses contextes d'action spécifiques) avec l'évolution générale des systèmes de santé paraît évidente. Mais, il existe des approches évolutionnistes très sophistiquées qui ne se limitent pas à cette version plutôt grossière et plutôt réductrice. Quelquefois, la vision évolutionniste est masquée par les subtilités, la flexibilité, les adaptations. Il est admis, par exemple, qu'un système profite de l'apprentissage institutionnel

avec les autres plus évolués pour sauter des étapes ; la notion d'«*étapes de transition*», entre autres nuances, est alors introduite. Ce qui marque cette entreprise évolutionniste demeure la linéarité historique : un temps qui s'écoule dans une direction unique, à travers un mécanisme de changement absolu; une histoire qui nie la possibilité des sauts qualitatifs, des changements radicaux, des émergences, des discontinuités.

*«Aucun mécanisme simple et souverain ne peut être invoqué pour expliquer le changement social ; aucune clé ne permettra de résoudre les mystères du développement social, de les réduire à une formule unique, ou même de rendre compte des transitions majeures entre deux types sociétaux».*  
(Giddens, 1987)

Les approches évolutionnistes imprègnent presque tous les courants de pensée des sciences humaines, de façon encore plus explicite, les études fonctionnalistes. Dans ces dernières, dont les idées d'ordre et de progrès sont centrales, la large utilisation du concept d'«*adaptation à l'environnement externe*» sert à renforcer l'ajustement des «*outsiders*», ou désadaptés aux normes établies dans les sociétés ou les systèmes. Ces agents disruptifs, peuvent devenir des producteurs potentiels de désordre et aussi de changements. Par contre, une grande partie des structuralistes critiquent cette démarche évolutionniste, surtout son naturalisme explicite. Ils affirment que les identités entre sciences sociales et celles de la nature ne sont pas épistémologiques mais plutôt d'ordre cognitif, à travers les structures mentales qui sont en arrière à la constitution de la pensée.

Giddens (1987) reprend la phrase célèbre «*les êtres humains sont les sujets de leur propre histoire*» (Marx, 1984) pour remarquer qu'ils le font de façon consciente et réflexive, parce qu'ils ne s'accommodent pas aux circonstances contraignantes de l'environnement pour vivre le temps de leur vie en adéquation au «*statu quo*», mais qu'ils sont des agents actifs qui s'approprient de façon cognitive des circonstances pour les changer. Ainsi, à travers leurs pratiques développées dans la vie quotidienne, ils contribuent à la création et à la recréation continue des circonstances et de l'histoire.

Le déterminisme est tellement imprégné dans notre culture qu'il faut développer des efforts pour échapper à ce que Crozier et Friedberg (1977) ont appelé la «*tentation déterministe*». Il consiste dans la croyance que tous les phénomènes sont déterminés «*a priori*» par quelques conditions qui prédisent leur production et que la connaissance des mécanismes de détermination permettrait de prévoir l'occurrence de ces phénomènes. La méthode scientifique devient alors l'outil pour permettre d'identifier l'ensemble des conditions déterminantes des phénomènes. Ainsi, le calcul visait la prédiction de l'occurrence et l'intervention visait d'en prendre le contrôle. Le dilemme déterministe se situe dans la rencontre d'une liberté pour l'action humaine et d'une interdiction à l'indétermination et au hasard.

La connaissance des déterminants nécessaires à l'occurrence des phénomènes reste indubitablement l'un des acquis de la science moderne, ce qui a fait l'essor de la technologie et de plusieurs branches de pratiques professionnelles au cœur du développement économique

et du bien-être social, comme la médecine, entre autres. Mais, en tant que croyance, le déterminisme va au delà de la connaissance des conditions de détermination des phénomènes. Il se place dans la perspective de renforcer le désir d'une connaissance complète de tout, la croyance à un monde et une société programmés d'avance, donc absolument prévisibles. En plus, cette croyance se traduit en modèles de connaissance mécanistes dont la détermination est cherchée à tout prix et on essaye d'écarter les émergences, le hasard et les phénomènes indéterminés, comme s'ils ne faisaient pas partie de ce monde et des conditions de possibilité de l'avenir.

*«Plutôt que l'analyse de situations disjointes projetées vers un futur incertain, c'est la synthèse de faits porteurs d'avenir, convergeant vers un modèle transitoire, qui enrichit cette nouvelle vision prospective. (...) La meilleure façon de prédire ce que sera demain, c'est encore de l'inventer».*  
(Rosnay, 1995)

L'étude des systèmes complexes nous montre que les explications déterministes ne rendent pas compte de ce qui se passe à l'intérieur de ces systèmes. La recherche de l'ordre, de la stabilité et de la prévisibilité est remise en question par les réalités empiriques où ces conditions co-existent avec les turbulences, l'instabilité et l'incertitude. Lorsque, au niveau des recherches, nous avons passé des systèmes en équilibre aux systèmes dynamiques instables, il est fini le temps des certitudes (Prigogine, 1996). Maintenant, il faut opter pour des choix multiples et travailler dans un horizon de prévisibilité limitée dont les probabilités jouent un rôle plus significatif. Le dilemme du déterminisme est aussi celui des lois structurées ou d'un monde en permanente construction où les acteurs participent activement avec des marges de liberté floues.

Crozier et Friedberg (1977) ont attiré l'attention sur le «*principe de cohérence*» des systèmes en tant qu'élément constitutif de la pensée déterministe dans les théories du changement. En fait, ce principe logique nous amène à penser que l'ensemble des composants d'un système est cohérent et hiérarchisé, en ayant un paramètre-clé au cœur de son organisation. Une intervention sur ce paramètre-clé serait suffisante pour déstabiliser le système et promouvoir le changement. Ces auteurs remarquent ainsi que le changement dans les systèmes sociaux n'est pas seulement un problème déterminé par le contexte ou soumis à un paramètre spécifique inscrit dans les structures sociales. Il constitue un problème relatif aussi à la dynamique sociale à l'intérieur de ces systèmes dont les acteurs prennent en charge des solutions.

*«Ces solutions ne sont ni les seules possibles, ni les meilleures, ni même les meilleures relativement à un 'contexte' déterminé. Ce sont toujours des solutions contingentes au sens radical du terme, c'est-à-dire largement indéterminées et donc arbitraires». (Crozier et Friedberg, 1977)*

Dans cette thèse, nous traitons de systèmes complexes: les systèmes de santé. Il est question alors de dépasser la raison dualiste et d'échapper aux «*tentations*» évolutionnistes et déterministes courantes. Les conditions objectives de matérialisation des politiques de santé (à travers les éléments structurels du système, comme le financement) restent articulées aux contextes historiques de leur implantation et à la dynamique des acteurs dans les processus de décentralisation et d'allocation des ressources. Le système de santé reste ouvert aux bruits et aux silences, aux turbulences et placidités des acteurs et de l'environnement. Dans ce cas, il

n'y a pas de place aux réductions mutilatrices, aux oppositions absolues telles que centralisation-décentralisation; l'allocation des ressources n'y est pas vue comme une activité purement technique mais plutôt comme une pratique exemplaire pour dévoiler les jeux derrière les décisions.

## **1.2. Complexité et changements**

En évoquant un vieux proverbe français, Watzlawick et al. (1975) soulignent que: dans une grande partie des changements «*plus ça change, plus c'est la même chose*». Les auteurs remarquent ici la relation paradoxale entre le «*changement*» et la «*permanence*», concepts usuellement conçus comme opposés, attirant l'attention sur le fait de leur complémentarité. En fait, quand des phénomènes et situations diverses nécessitent d'effectuer des changements pour apporter des solutions aux problèmes constatés, parfois les changements ne font qu'aggraver les problèmes à résoudre. Et nous avons l'impression que rien de nouveau est arrivé: les changements n'ont pas réussi à transformer le «*statu quo*». Par contre, certains changements bouleversent, produisent des ruptures et des discontinuités par rapport à l'essence des phénomènes et situations, de véritables sauts qualitatifs vers un renouveau. Le changement reste alors un phénomène complexe, plein d'incertitudes et de contradictions, et qui doit toujours être mis en relation avec la permanence, son complément originel.

Il faut dégager ainsi de l'œuvre de Watzlawick et al. (1975) la mention à deux types de changements: le premier qui entraîne des modifications à l'intérieur d'un système, lequel reste invariant, le «*changement 1*», et le deuxième qui produit la transformation du système lui-même, le «*changement 2*». Les auteurs soulignent aussi que ces types de changements appartiennent à deux niveaux logiques différents et qu'une équivoque par rapport à ces niveaux, à propos de la genèse ou de la résolution des problèmes, amènerait à la confusion et aux paradoxes. Malgré les variations d'intensité et d'extension des changements 1, même à grande échelle, elles ne constituent pas des ruptures avec la logique du système de référence. Il s'agit de transformations plutôt quantitatives de quelques composants du système sans menacer son ordre interne qui reste intouchable. Par contre, les changements 2 produisent des modifications plus profondes en permettant l'émergence d'un nouvel ordre pour le système, parfois de façon apparemment illogique et paradoxale.

Le besoin de changement surgit d'une configuration de problèmes à l'intérieur des systèmes dont la résolution exige des transformations plus ou moins radicales. La majorité des approches au changement sont basées sur les modèles de planification rationnelle, indépendamment des types de problèmes à l'origine du besoin de changement (Mintzberg et coll., 1998). En plus, ces approches sont développées par les spécialistes, sans la participation des autres acteurs impliqués dans le système et, dans la plupart des cas, les stratégies de solution qui en résultent restent limitées à la dimension technique, sans toucher aux autres dimensions des problèmes. Lorsque nous sommes en face de systèmes complexes, tels les systèmes de santé, ces approches se montrent nettement insuffisantes pour répondre aux problèmes qu'ils posent (Marques, 1995; Glouberman et Zimmerman, 2002). Ainsi, un peu

partout, les réformes échouées et les échecs de plans et programmes très bien élaborés au plan strictement technique sont le portrait d'une perception troublée des problèmes à résoudre; troublée par une pensée simplificatrice/réductrice et unidimensionnelle qui, au moment de l'analyse, écarte l'incertitude, l'ambiguïté, et la subjectivité présentes à l'intérieur des systèmes (Morin, 1977). Autrement dit, sans faire face au défi de complexité immanente aux systèmes, nous pouvons confondre la nature et les niveaux des problèmes et solutions, en adoptant des mesures appropriées pour arriver aux «*changements 1*» quand nous attendons des «*changements 2*», ce qui peut engendrer déception et démotivation.

Pour mieux comprendre cet ordre de questions, il faut nuancer la notion de «*complexité*» par le biais du concept de «*complication*». Elle constitue un trait de la complexité, sa dimension quantitative qui brouille la perception par la profusion des informations qui émergent des situations, de problèmes ou de phénomènes en question. La complication correspond à un ensemble de facteurs multiples enchevêtrés dans un système de relations et interactions linéaires dont la difficulté à maîtriser semble évidente, ce qui rend «*compliquée*» sa compréhension ou son explication. La complexité transcende les questions d'envergure des problèmes et situations; il s'agit d'une notion en même temps qualitative et quantitative, empirique et logique.

*«La complexité s'impose d'abord comme impossibilité de simplifier; elle surgit là où l'unité complexe produit ses émergences, là où se perdent les distinctions et clartés dans les identités et les causalités, là où les désordres et les incertitudes perturbent les phénomènes, là où le sujet-observateur surprend son propre visage dans l'objet de son observation, là où les antinomies font divaguer le cours du raisonnement». (Morin, 1977)*



La complexité se manifeste au monde empirique, dans le quotidien, quand nous cherchons à comprendre quelque chose qui refuse de se laisser réduire aux schémas mentaux habitués à la logique traditionnelle d'explication cartésienne. Ce type de pensée traditionnelle nous amène au désir des réponses immédiates, directes, des rapports linéaires, à la recherche de l'ordre et de l'explication rationnelle. Tout ce qui semble désordonné et irraisonnable (la folie, certaines réunions de gestion, quelques décisions prises), contradictoire (quelques positions et attitudes des acteurs des systèmes de santé), donné au hasard (certains événements fortuits et inattendus dans la clinique médicale ou dans les politiques de santé), incertain (la guérison de maladies comme quelques types de cancer, le succès d'un programme de santé), nous confronte à la complexité. Alors, en essayant d'échapper à la complexité, nous cherchons la simplification, le chemin le plus court, le plus direct. La pensée cartésienne s'affirme ainsi comme l'exclusion de la complexité du monde, comme l'utopie d'un ordre global qui chasse de son champ de vision et d'analyse tout ce qui n'est pas compréhensible à court terme. Mariotti (2002) souligne le besoin d'un «*temps d'attente systémique*» pour connaître les répercussions à long terme d'une action isolée sur les systèmes. Cette dérive à l'immédiat peut offrir de «*bonnes solutions*» qui, à long terme, peuvent se montrer inutiles ou encore susciter de nouveaux problèmes. Et, tout nous semble une autre fois interchangeable !

Au plan logique, la complexité ressort d'une synthèse d'éléments des phénomènes, situations et systèmes, présentés sous la forme de dualités telles qu'objective/subjective, qualitative/quantitative, globale/locale, centralisée/décentralisée. Dans une pensée complexe,

ces dichotomies mutuellement exclusives donnent lieu aux relations dialogiques entre polarités qui s'opposent, coexistent et se complètent l'une à l'autre. C'est le moment des rétroactions, des boucles causales récursives, de l'indétermination, des systèmes dynamiques et d'équilibre instable (Macedo, 1998). La pensée complexe n'a pas la prétention d'atteindre la complétude des informations sur les phénomènes mais plutôt de faire ressortir de leur simplicité sa complexité, par la voie d'une approche multidimensionnelle. Ainsi, la transdisciplinarité constitue un composant de base de cette démarche et l'idéal classique d'une science géométrique donne lieu à une perspective historique et contextuelle où la «flèche du temps» joue un rôle effectivement constructif (Prigogine, 1996).

### **1.3. Les changements dans les systèmes de santé**

La gestion des phénomènes et systèmes complexes constitue un des grands défis de la science et de l'humanité contemporaine (Rosnay, 1995; Morin et Le Moigne, 1999; Prigogine, 2001). Les considérations générales sur la nature des changements dans les systèmes complexes restent alors fondamentales pour mieux nous faire saisir l'importance de tenir compte des conséquences théorico-pratiques des changements envisagés dans les systèmes de santé. La littérature est abondante à ce propos et la notion de changement reste suffisamment large pour inclure une gamme très vaste de modifications des structures, des relations de pouvoir, des modalités organisationnelles, des institutions, de la culture, enfin de nombreux plusieurs et divers composants de ces systèmes. Selon Champagne (2002), en accord avec les diverses approches théoriques développées, nous pouvons associer les changements à des

concepts plus spécifiques comme l'«*innovation*», la «*transformation*» ou la «*réforme*» et, dans chaque contexte de recherche, les auteurs évaluent le besoin d'en établir des distinctions. Cet auteur remarque encore que, généralement, il existe une certaine unanimité autour de la difficulté d'implantation, l'incertitude des résultats et la complexité des changements.

Malgré les multiples critères de distinction existants dans la littérature, nous avons profité des travaux de Champagne (2002), Denis (2002) et Contandriopoulos (2003) pour en choisir quelques-uns et établir des idéaux-types se rapportant à la nature, au rythme, à l'intentionnalité, à la formalisation, à l'étendue, à la vitesse et à la durée de ces processus de changements dans le domaine de la santé (Tableau 1). Ainsi, les changements «*convergent*» n'apportent que des ajustements aux systèmes de santé, même à grande échelle. Les changements «*radicaux*», eux, affectent la nature du système en profondeur, leurs caractéristiques essentielles<sup>9</sup> ; les processus disruptifs, «*révolutionnaires*», dont le rythme est coupé par les ruptures brusques, en contrastant avec les transformations évolutives des changements «*incrémentiels*», dont le rythme peut être plus ou moins uniforme ou variable, avec des accélérations et ralentissements; les transformations «*délibérées*» dues à l'intentionnalité et les «*émergentes*» et inattendues; les changements «*formalisés*» dans les institutions de santé et ceux qui restent dans le domaine de «*l'informel*»; les changements «*localisés*» dans certains secteurs ou territoires du système de santé et ceux qui sont «*généralisés*» partout; finalement, quelques uns sont «*rapides*» ou «*lents*», de «*courte*» ou «*longue*» durée.

---

<sup>9</sup> Nous pouvons établir une correspondance entre les «*changements 1*» de Watzlavick et al. et les «*convergent*», entre les «*changements 2*» et les «*radicaux*».

**Tableau 1. Types de Changement**

Critères de distinction	Types de changement	
La nature	Radical	Convergent
Le rythme	Disruptif/ Révolutionnaire	Incrémentiel/Évolutif
L'intentionnalité	Délibéré	Émergent
La formalisation du processus	Formel	Informel
L'étendue	Localisé	Généralisé
La vitesse	Rapide	Lent
La durée	Court	Long

Les typologies comme celles-ci sont fort utiles à l'analyse des phénomènes, pour faire ressortir leurs traits prédominants, mais il est évident que les «*idéaux-types*» (Weber, 1977) purs sont rares dans l'univers empirique. Quand nous parlons d'un processus révolutionnaire, même brusque, il y a toujours un mouvement évolutif en arrière-plan, maintes fois souterrain. Un changement peut émerger par la voie d'autres forces, parfois ignorées dans un processus de gestion; alors il émane de l'intentionnalité d'autres acteurs que les gestionnaires. Il importe de retenir ici l'emphase sur les critères de distinction définis, en reconnaissant qu'ils révèlent toujours des repères choisis par les auteurs. Les changements peuvent alors se constituer à partir de polarités dialogiques, étant plus au moins radicaux/convergensts, incrémentiels/révolutionnaires, délibérés/émergents, formels/informels, localisés/généralisés, rapides/lents et de courte/longue durée, dans chaque contexte historique. Ainsi, au niveau empirique, les types de changements possibles restent toujours des combinaisons entre les polarités dialogiques, les unes avec les autres. Un changement radical peut s'effectuer de façon révolutionnaire, émergente et informelle, mais il peut également s'établir de façon incrémentielle, délibérée et formalisée, entre autres combinaisons possibles.

Se basant sur la distinction entre le simple, le compliqué et le complexe, Glouberman et Zimmerman (2002) ont remarqué la correspondance de ces notions avec les types de problèmes qui surviennent dans les systèmes de santé.

1. Les «*problèmes simples*» sont facilement maîtrisables au plan technique ou terminologique. Il suffit de suivre des formules standardisées (comme des recettes) pour avoir une grande chance de les résoudre.
2. Les «*problèmes compliqués*» se caractérisent par leur envergure, étant constitués de plusieurs variables simples enchevêtrées qu'il faut contrôler. Au plan logique, ils se remarquent par les rapports de causalité linéaire. Mais ce type de problèmes ne peut être réduit à la somme des multiples problèmes simples qu'ils comportent, car il existe des effets de synergie entre les diverses parties. À cause de l'étendue des connaissances nécessaires pour les régler, les problèmes compliqués ont besoin de spécialistes et d'une structure de coordination des multiples tâches à accomplir pour arriver à bon terme.
3. Les «*problèmes complexes*» recèlent des éléments d'ambiguïté, d'ambivalence, de non-linéarité, de l'interdépendance, d'adaptation aux circonstances, de conditions locales spécifiques. Les spécialistes sont portés à confondre les problèmes complexes avec les compliqués parce que les premiers n'excluent pas des éléments de complication ou de simplicité, articulés dans une logique de complexité. Il ne faut surtout pas croire que la seule présence des spécialistes assure nécessairement le succès dans la résolution du problème.

En observant les systèmes de santé, nous pouvons trouver quelques exemples de ces types de problèmes ci-dessus mentionnés. Nous pouvons identifier comme problèmes simples

le cas de quelques types de soins, comme les pansements; de certaines maladies très faciles à identifier et traiter, dont l'usage des protocoles ou guides cliniques reste fort utile et efficace dans leur traitement, quelquefois sans même avoir besoin de recourir au médecin; de quelques procédures techniques usuelles comme le recensement des clients d'un programme de santé. Mais, il faut remarquer que le «*simple*» n'est pas synonyme de «*simplifié*» (Morin, 1999). Un phénomène si simple que le pansement de la plaie d'un malade peut se montrer en même temps très complexe quand nous observons les autres dimensions non-techniques de ce type de soins. Ainsi, quand nous observons les dimensions économiques, organisationnelles, culturelles et même psychologiques autour de cet acte médical absolument simple, nous pouvons percevoir leurs multiples implications pour le traitement : les rapports avec le client (humanisé ou froid), le type de matériel utilisé, le local et les conditions de réalisation, la routine du service de santé à propos de la fréquence et du nombre de pansements prescrits pour le type de plaie en question, entre autres.

Une campagne de vaccination au niveau régional reste un problème compliqué avec plusieurs variables en jeu, le besoin de plusieurs spécialistes (planificateurs, professionnels de santé, enseignants, agents communautaires, entre autres) une structure de coordination des activités hiérarchisée dont les équipes évaluent continuellement les activités, en tenant compte des détours de route, des événements inattendus et en assurant prestement et de façon efficace l'apport des ressources nécessaires à chaque poste de vaccination. Mais, en tant que problème compliqué, les campagnes de vaccination gardent toujours quelques ressemblances dans leurs aspects généraux et, quand elles sont bien organisées, il est fort possible de prévoir

leurs résultats, même si nous ne pouvons jamais exclure totalement l'incertitude de sa réalisation dans le temps.

Par contre, une psychothérapie ou une réforme en profondeur du système de santé sont des problèmes complexes, remplis de contradictions, d'incertitudes, de processus d'adaptation/résistance, d'équilibres/déséquilibres, d'échanges/impositions, de jeux d'interactions récursives, de réaménagements locaux, de désirs dissimulés sous le discours. Chaque psychothérapie, chaque réforme de la santé restent uniques et nous ne pouvons prévoir le succès de ces entreprises. Plusieurs facteurs entrent en jeu pour compliquer ces problèmes mais, en plus, ils ont des caractéristiques très particulières ; ils constituent des expériences singulières insaisissables d'emblée. Ainsi, ces types de problèmes touchent-ils au cœur des grands changements qualitatifs/quantitatifs, ordonnés/flous dont le choix des stratégies à suivre doit s'inspirer d'une approche multidimensionnelle de la situation et de son contexte, dans un processus continu et dynamique.

La présence d'un «*leadership*» fort peut se constituer en outil de changement (Denis, 2002). Par contre, dans plusieurs situations, un leadership bénéficiant d'un grand pouvoir d'influence peut aussi devenir une forte source de permanence, de maintien du statu quo<sup>10</sup>. Denis (2002) souligne le rôle du «*leadership collectif*» dans les changements d'organisations complexes et affirme que son influence réside dans sa capacité à s'appuyer sur des

---

<sup>10</sup> Le cas étudié dans notre thèse, nous fournira l'occasion de montrer les deux types de situations dans des contextes différents du système de santé de l'état fédéré du RN, au Brésil.

compétences diversifiées et différentes sources de légitimité. Les différences existant entre les individus qui constituent cet acteur collectif enrichiront cette diversité qui deviendra importante pour sa fonction de leadership au fur et à mesure que sa complémentarité se remarquera. En tenant compte des réflexions de Denis, nous pouvons observer que dans les systèmes de santé, une association représentative de l'ensemble des intérêts d'un groupe d'acteurs peut se distinguer aux moments d'élaboration et d'implantation des politiques de santé, influençant la majorité des acteurs impliqués et favorisant des changements. Évidemment, un leadership collectif peut également exercer des pressions pour soutenir la permanence et, dans des contextes différents, ses positions peuvent aussi changer pour défendre les intérêts de l'ensemble du groupe d'acteurs qu'il représente.

Watzlawick et al. (1975) ont attiré l'attention sur le fait que les «*changements 2*», que nous pouvons dorénavant qualifier de «*changements radicaux*», résultent maintes fois de mesures très simples et/ou de «*stratégies paradoxales*». Lorenz renforce cette remarque dans le développement de son modèle chaotique d'amplification exponentielle de petites actions qui peuvent amener à des grands bouleversements (Bergé et al., 1996). Une démarche minimaliste peut parfois se montrer plus adéquate aux problèmes des systèmes de santé que les approches rationnelles de grande portée, souvent inefficaces à long terme (Mariotti, 2002; Glouberman et Zimmerman, 2002). Les multiples interventions de grande envergure peuvent produire déstabilisations globales du système, en apportant des événements chaotiques par la suite (Morgan, 1998). En plus, les approches rationnelles cherchent à développer des stratégies basées sur une logique linéaire, généralement inefficace pour affronter les problèmes complexes comme ceux de la santé. En général, ces démarches compliquées suivent la



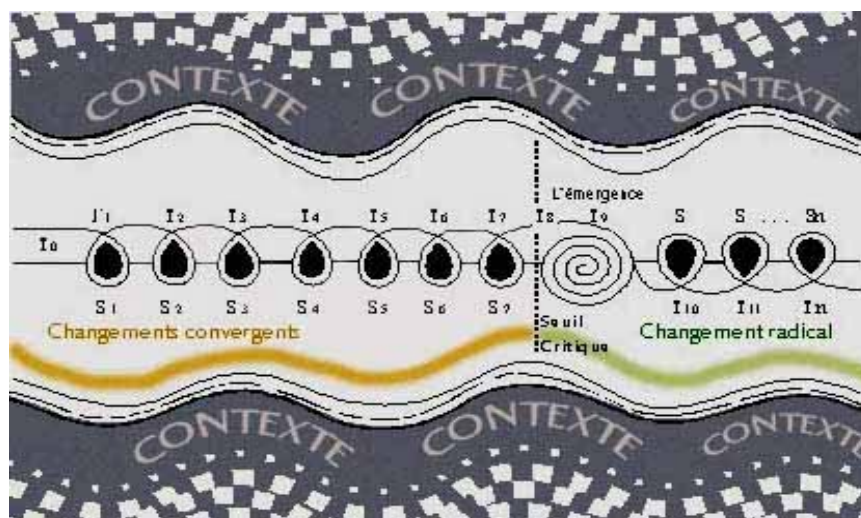
métaphore des machines dont les problèmes sont posés de façon mécaniste, tandis que les problèmes complexes exigent des solutions compatibles avec une logique plus proche de celle de «*la vie*» (Glouberman et Zimmerman, 2002)

Quelquefois, l'adoption de «*stratégies paradoxales*» peut contribuer à l'arrivée des changements radicaux attendus (Watzlawick et al., 1975; Contandriopoulos, 2003). Le paradoxe, il est là dans l'origine et la solution, indissociablement relié au changement/permanence. Énigmatique, irrationnel, surprenant, il remonte le cours de la vie sans aide supplémentaire ni préavis et contribue aux changements radicaux de façon apparemment spontanée. Mais, une oreille attentive peut relier les sons de ces voix dissonantes, un œil aiguisé apercevoir des éléments communs, un esprit alerte distinguer les niveaux logiques et poser les questions pertinentes à la nature des problèmes. Alors, pour sortir d'une situation indésirable, en un mot changer véritablement, il faut la recadrer, la regarder différemment. Produire un changement radical implique d'abandonner les visions mécanistes et de donner une nouvelle signification à la situation. Il est question de l'insérer dans un nouveau cadre conceptuel dont les paradoxes peuvent devenir solutions et les interventions n'être que des réinscriptions de la situation dans le cadre de la vie.

Dans le système de santé, les changements radicaux peuvent arriver par synergie de plusieurs micro-changements convergents et incrémentiels (Figure 1). Sous l'influence des contextes historiques anthropo-sociaux (économiques, politiques, culturels) et écobio-  
biologiques, ces changements suivent la flèche du temps (T1, T2...) et contribuent à la

constitution des épisodes différents du processus de structuration du système de santé (S1, S2...) dans l'espace-temps. Après un temps d'attente systémique, ces phénomènes peuvent atteindre un seuil critique où des phénomènes émergent, bouleversant les règles du jeu dans le champ social de la santé et donnent lieu à un nouvel ordre systémique.

**Figure 1. Le changement radical-incrémentiel de longue durée**



C'est le temps des réappropriations des propriétés structurelles du système par les acteurs; le temps où des nouveaux jeux, comportements, mentalités, valeurs, normes, pratiques et routines seront inaugurés; le temps de la structuration de nouveaux épisodes. Le système de santé demeure ainsi une œuvre ouverte, un processus inachevé.

#### **1.4. Le structurel et le système de santé**

Le système de santé est une notion abstraite mais, en même temps, très concrète. Abstraite dans sa conception, son modelage, sa configuration qui se révèlent dans les concepts des scientifiques, les lois, les règles, les plans et les programmes qui le concerne. Le système de santé a une autre face plus familière, plus vivante, qui est celle des expériences vécues à l'intérieur des hôpitaux, centres de santé, laboratoires, régies, domiciles. Dans chaque maison, bureau et cabinet, il y a des histoires à raconter sur les expériences de gestion, de prestation et d'utilisation des services de santé : expériences de souffrance, d'angoisses et de mort, mais aussi d'espoir, de guérison, de succès et de vie. Dans la vie, au jour le jour, l'architecture du système de santé gagne du sens et de la signification. Ainsi, ce système est devenu l'un des éléments de notre culture dont les mythes, symboles et images de cette institution se sont construits dans le quotidien des pratiques, soins, files d'attente, couloirs et procédures bureaucratiques. Là le système se situe la concrétisation, la vie du système.

Il faut souligner aussi que le système de santé est ouvert, complexe et dynamique. La notion de système présuppose une totalité, un ensemble de composants en relation dynamique entre eux. En fait, même en se fixant des limites (spatiales, physiques, institutionnels, symboliques), les systèmes de santé restent ouverts aux influences mutuelles avec l'environnement économique, social, politique, culturel, biologique et écologique de la société plus large; ouverts aussi aux rapports avec d'autres systèmes du domaine du social (éducation, habitation, transports, sécurité). Les systèmes de santé font partie des grands réseaux d'institutions publiques des États providence qui s'étendent partout au tissu social, avec des

niveaux de connexion plus au moins forts les unes avec les autres dans l'espace-temps (Hetzl de Macedo, 1999). Les événements du système de santé ont lieu à l'intérieur de ce cadre général dont l'environnement s'organise sous la forme de contextes historiques successifs.

Tel que nous l'avons déjà mentionné, une grande partie des études perçoit les contextes extérieurs au système, comme des sources de contraintes à son développement et aux actions des acteurs qui oeuvrent en son sein. Nous percevons l'environnement comme source matricielle des ressources du système (financières, politiques, symboliques), lequel reste immergé dans celui-là. Ainsi, le système de santé fait partie de l'environnement, il ne se situe pas à l'extérieur; il n'est pas le récepteur passif de ses déterminations mais y exerce aussi son influence. En plus, au fil de l'histoire, les contextes peuvent constituer des sources de contraintes mais aussi devenir des motivations au développement du système et à l'action d'un acteur ou groupe d'acteurs, dans une direction ou une autre ; les contextes peuvent contribuer ou créer des difficultés aux changements.

Ainsi, les conditions générales pour l'empêchement ou la possibilité du développement des politiques de santé, de projets de réforme sanitaire, d'innovations organisationnelles, de l'exercice de pratiques médicales diverses, sont présentes dans les contextes. Il ne s'agit pas ici de relations de détermination linéaires. Par exemple, dans un contexte de crise économique, les conditions de restriction budgétaire se traduisent forcément en contraintes aux investissements dans le système de santé. La tendance générale, face aux coupures budgétaires, est dans la direction d'une stagnation ou d'une détérioration du système. Par

contre, dans une période de crise économique, émergent parfois des solutions nouvelles peu coûteuses à de vieux problèmes. Dans une situation absolument défavorable, les acteurs développent leurs énergies créatives pour faire face aux défis de survivance du système et arrivent à trouver des solutions surprenantes. Il en va de même dans les contextes politiques autoritaires. Certains projets de résistance aux impositions du gouvernement entraînent des jeux de pouvoir quelquefois favorables à des expériences absolument libertaires, même si elles se limitent à quelques îlots de résistance démocratique.

Giddens (1984) remarque que les systèmes sociaux ne sont pas organisés par des structures rigides mais plutôt par des «*propriétés structurelles*», constituées par des règles et des ressources, construites au long d'un processus de «*structuration*» de ces systèmes, par des acteurs conscients et compétents. Le concept de «*structurel*» se substitue aux «*structures*», celles-ci vues comme des assises fixes et universelles des systèmes qui s'imposent aux acteurs. Il s'agit ici du dépassement de la vision mécaniste des structures par une autre plus souple et dynamique d'un processus continu et infini de construction/reconstruction des traits fondamentaux au fonctionnement de ces systèmes.

Les propriétés structurelles (particulièrement les traits institutionnalisés) font l'objet de reproduction ou de petits changements régulateurs par les acteurs et s'étendent dans l'espace/temps, ce qui assure une certaine stabilité aux systèmes. Il n'y a plus de séparations

dualistes artificielles entre les structures<sup>11</sup> et l'action des acteurs. De façon réflexive, en cherchant à atteindre leurs objectifs et intérêts, les acteurs se mobilisent à la recherche des ressources d'«*autorité*» ou d'«*allocation*» existants (Giddens, 1984). Les ressources d'autorité permettent la coordination des activités des acteurs dans les systèmes, tandis que les ressources d'allocation sont utilisées pour le contrôle du monde matériel. Le contrôle de ces ressources assure aux acteurs la possibilité de se positionner dans le système, en général de façon inégale par rapport à d'autres acteurs; il assure ainsi le pouvoir dans le domaine spécifique correspondant aux ressources contrôlées. Les ressources permettent alors aux acteurs d'exercer le pouvoir dans le sens de produire ou de reproduire quelque chose, ce que Giddens appelle la «*positivité du pouvoir*». Le pouvoir comporte une autre positivité qui se révèle par les relations asymétriques dont les acteurs contrôlent certaines ressources pouvant exercer une influence sur les actions d'autres acteurs qui ne les contrôlent pas. Dans les deux sens, le pouvoir reste toujours relationnel. Il n'est pas une entité en soi, ni possédé par quelqu'un ; il est un exercice, il dérive des relations (Foucault, 1980).

*« [Le pouvoir] est plutôt une dimension de l'action, quelle qu'elle soit. De plus, le pouvoir n'est pas lui-même une ressource ; celles-ci sont un médium qui rend l'exercice du pouvoir possible en tant qu'élément routinier de l'actualisation des conduites dans la reproduction sociale » (Giddens, 1984).*

---

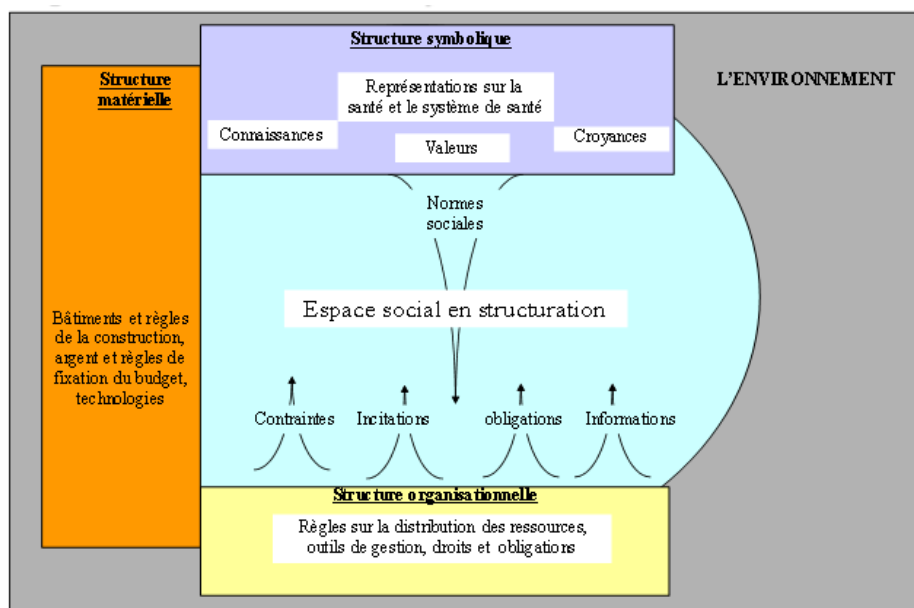
<sup>11</sup> Nous utiliserons dans cette thèse le terme «*structure*» dans le sens de «*structurel*» de Giddens, en fonction d'être un terme largement consacré dans le domaine de la santé publique. Malgré les considérations d'ordre théorique, Giddens lui-même utilise ces deux notions indistinctement dans ses travaux, dans le sens ci-dessus mentionné.

Dans le système de santé, le monde du structurel s'organise autour de trois propriétés structurelles: la «*structure matérielle*», la «*structure organisationnelle*» et la «*structure symbolique*» (Figure 2). La première est structurée en utilisant des règles et des ressources d'allocation (les bâtiments et les règles pour leur construction, les budgets résultant des règles pour leur fixation, la technologie et les règles pour leur utilisation), tandis que les autres recourent aux ressources d'autorité. La structure organisationnelle utilise des règles et des ressources visant l'exercice de la gouverne: les outils de gestion, les règles pour la distribution des ressources, les normes opérationnelles, les droits et les obligations du personnel, les systèmes d'information.

Pour exercer la coordination des activités des acteurs, il faut construire des mécanismes divers de gouverne tenant compte de la définition des obligations mais aussi de la publicisation des droits et de l'accès aux informations, tantôt des contraintes, tantôt des incitations. Quant à la structure symbolique, elle constitue les fondements pour la construction d'une culture de la santé articulée autour de représentations, valeurs, croyances et connaissances. Ces dernières contribuent à la constitution des normes collectives intériorisées par les acteurs. Contandriopoulos (2004) souligne que les ressources symboliques sont fondamentales pour la communication entre les acteurs du système de santé, en conférant du sens et de la signification à leurs actions.

Il faut remarquer aussi l'importance des médias comme outils de communication de masse, pour transmettre ces ressources symboliques à large échelle. Le contrôle sur les règles de diffusion de ces ressources reste fondamental pour une stratégie de changement.

**Figure 2 . Le Structurel et le système de santé**



Adaptation de Contandriopoulos, A.-P. (2004)<sup>12</sup>

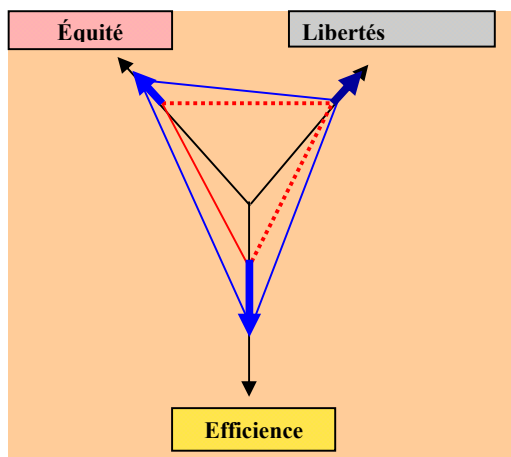
Contandriopoulos (1994; 2003) soutient que les sociétés modernes se sont organisées autour d'un triangle de valeurs en tension permanente: l'équité, la liberté et l'efficience (Figure 3). Dans le système de santé, ces tensions tendent à acquérir des couleurs diverses, dépendant du contexte historique et de la situation d'équilibre/dominance entre les positions

<sup>12</sup> Le schéma théorique originel a subi de petites adaptations pour s'accorder aux nouvelles contributions apportées par cette thèse, avec le consentement et les suggestions du prof. Contandriopoulos.



idéologiques des acteurs du système<sup>13</sup>. Ces valeurs sont également importantes pour les systèmes de santé contemporains mais, malgré leur nécessité et leur coexistence simultanée à des degrés divers, elles constituent toujours une source de friction entre des acteurs distincts. En tant qu'éléments de la structure symbolique du système de santé, ces valeurs demeurent très importantes pour le processus d'intégration des services et des objectifs du système de santé. En effet, permettrait-elle l'établissement dans l'espace-temps d'une gouvernance commune, partagée par les acteurs et/ou les organisations autonomes. Un système de santé bien intégré serait capable d'exercer une coordination des interdépendances entre acteurs et entre organisations, favorisant une coopération accrue visant la réalisation de projets collectifs.

**Figure 3. Le triangle des valeurs dans les sociétés contemporaines**



Source: Contandriopoulos, A.-P. (2004)

---

<sup>13</sup> L'auteur remarque les positions idéologiques des groupes «*sociaux-démocrates*», «*libéraux individualistes*» et «*conservateurs traditionalistes*». Chacun de ces groupes d'acteurs met l'accent sur une de ces valeurs du triangle, ce qui entraîne des conséquences dans leurs visions sur le système de santé et oriente leurs positions en face des enjeux du système (Contandriopoulos, 2003).

Après ces considérations sur le processus de structuration du système de santé, en particulier des propriétés du structurel, nous pouvons nous poser la question suivante : qu'est ce qui assure la stabilité de ces structures dans l'espace-temps ? Dans sa complexité, la réponse paraît très simple. Le processus de structuration se reproduit dans le quotidien des activités des acteurs du système de santé. Au fur et à mesure qu'elles deviennent des activités habituelles, celles-ci constituent les routines de ce système et se répandent dans l'espace-temps. Ici, la routine a un double registre: social et psychologique. Au plan social des relations entre les acteurs du système, la routine représente le côté récursif de leurs activités qui reproduisent sans cesse les propriétés structurelles du système, à partir de l'usage des règles et ressources dont le structurel lui-même se constitue.

Au plan psychologique, la routine assure aux acteurs du système un sentiment de «*confiance*» et de «*sécurité ontologique*» par rapport aux activités qu'ils développent tous les jours (Giddens, 1984). Là se constitue une sorte de «*conscience pratique*» des acteurs du système qui savent ce qu'ils font même si, maintes fois, ils ne savent pas l'exprimer ou le traduire en discours (Giddens, 1984). Là encore, la répétition chronique des pratiques produit et «*naturalise*» les «*habitus*», en tant qu'un ensemble de dispositions structurées et structurantes, fondamentales à la définition des positions et stratégies des acteurs dans leur champ d'action spécifique, à savoir dans le cas qui nous occupe, la santé.

*«Histoire incorporée, faite nature, et par là oubliée en tant que telle, l'habitus est la présence agissante de tout le passé dont il est le produit : partant, il est ce qui confère aux pratiques leur indépendance relative par rapport aux déterminations extérieures du présent immédiat. Cette*

*autonomie est celle du passé agi et agissant qui, fonctionnant comme capital accumulé, produit de l'histoire à partir de l'histoire et assure ainsi la permanence dans le changement qui fait l'agent individuel comme monde dans le monde» (Bourdieu, 1980).*

Les routines jouent aussi un rôle décisif dans les processus d'institutionnalisation au sein du système de santé. L'intériorisation par les acteurs de certains traits structurels du système (normes collectives, références dans l'espace-temps, gestualités, modes de penser et d'agir, langages), sont tellement ancrées dans leurs vies et dans la vie du système que les institutions restent comme les éléments structurels les plus stables et les plus résistants aux changements. À travers l'institutionnalisation, l'acteur acquiert une nouvelle identité, celle du système; il se trouve en face du jeu contradictoire et complémentaire entre l'autonomie et la dépendance, la liberté et la contrainte.

## **1.5. L'action des acteurs et la structuration du champ social de la santé**

Le système de santé peut se concevoir comme un champ d'action. Il est constitué par des bâtiments (hôpitaux, centres de santé, polycliniques, laboratoires), des équipements (outillage clinique, chirurgical, pharmaceutique), du personnel (professionnels de la santé, gestionnaires, fonctionnaires), des symboles (les vêtements blancs, l'asepsie, le corps médicalisé), des règles et ressources (ce que nous avons appelé dans la section précédente, «*propriétés structurelles*»). Mais il est également et simultanément constitué d'un ensemble de relations sociales dont les mouvements récursifs sur les structures les actualisent sans cesse au jour le jour. Nous avons décrit la configuration du monde structurel du système de santé et

remarqué qu'il est indissociablement relié à un environnement (sous la forme de contextes historiques) et aux activités des acteurs dans un champ social d'action en permanente structuration.

Tous les systèmes sont constitués par des composants mis en relation. Ces derniers confèrent du sens aux projets, activités, pratiques, jeux, stratégies qui se développent à l'intérieur des systèmes. Les relations transmettent la vie aux systèmes ; sans celles-ci, ils se réduiraient à n'être que des coquilles vides. Mais les relations elles-mêmes n'ont de sens qu'au moment où elles s'inscrivent dans un «*système de relations*», dans un contexte (Bourdieu et Wacquant, 1992). Le champ est une notion relationnelle dont les acteurs (individuels ou collectifs) ont des perceptions, des attentes, des motivations, des valeurs, des intérêts, des projets et occupent des positions qui leur permettent d'avoir accès, de façon différentielle, aux ressources du système et d'exercer du pouvoir pour réaliser quelques actions ou inciter d'autres acteurs à le faire.

La métaphore du «*jeu*» est souvent évoquée pour représenter les mouvements des acteurs dans le champ : en adoptant les règles du jeu (mais aussi en trichant ou en contestant), en adoptant des positions stratégiques pour arriver à leurs buts, en développant des stratégies (de coopération et/ou de compétition avec d'autres acteurs) pour contrôler les ressources, en s'adaptant aux enjeux, en cherchant à atteindre leurs intérêts dans et par le jeu. Évidemment que le champ social est tellement complexe que les jeux en général reflètent une pâle image face à la diversité et la multiplicité des règles de ce jeu particulier. En plus, celles-là peuvent

se constituer comme prescriptions formalisées ou rester là, dans la zone floue du non-dit et du non-codifié. En général, les acteurs adhèrent à ces règles de façon implicite, mais ils ne le font pas inconditionnellement. Il reste toujours une certaine marge de manœuvre pour le sabotage, la résistance, l'appropriation ou le changement des règles du jeu institutionnel.

*« Ceux qui dominent dans un champ donné sont en position de le faire fonctionner à leur avantage, mais ils doivent toujours compter avec la résistance, la contestation, les revendications, les prétentions, 'politiques' ou non, des dominés.*

*(...) Le champ est le lieu de rapports de force – et pas seulement de sens – et de luttes visant à les transformer [les règles] et, par conséquent, le lieu d'un changement permanent » (Bourdieu et Wacquant, 1992).*

Les champs sociaux se constituent alors comme des réseaux spécifiques dans le tissu social ; espaces de relations et d'actions avec une rationalité particulière qui leur donnent sa singularité, sa physionomie, son identité en tant que champ. Dans le système de santé, les acteurs se constituent à partir de leurs multiples intérêts et prennent position aux différents niveaux et intersections du réseau de la santé. Il y a plusieurs formes d'insertion dans le système de santé, soit par le niveau politico-administratif (national, étatique, provincial, municipal), soit par le niveau de complexité des actions (soins de première ligne, de complexité moyenne, de haute complexité), par le lieu de l'intervention (domicile, communauté, clinique ambulatoire, hôpital, urgence), par le type de pratique développée (administrative, clinique, sociosanitaire, recherche, enseignement), entre autres possibilités de recoupage de ce champ d'action. C'est là, dans la spécificité de l'enchevêtrement de tous ces chemins où les acteurs soignent, développent leurs pratiques professionnelles, prennent des

décisions, donnent du sens à leur vie, produisent savoir et connaissances, cherchent leur profit, poursuivent leur épanouissement, exercent des relations de pouvoir mais aussi de solidarité, entre autres possibilités, que le système de santé devient un champ d'action social.

Un acteur individuel peut cumuler plusieurs identités correspondant aux diverses insertions possibles dans le réseau du champ social de la santé : il peut être médecin dans un contexte donné et être patient dans un autre; il peut aussi assumer un poste dans une régie de la santé ou dans une association professionnelle; ou encore, il peut participer à un groupe de recherches d'un hôpital et être professeur de la faculté de médecine d'une université. En plus, il appartient à une famille, à une communauté, à une société. L'intégration de ces multiples identités permet à l'individu de se reconnaître comme personne dans les nombreux contextes de ses activités, dans la continuité de l'espace-temps. À chaque moment, l'acteur individuel fait face à différents contextes d'action où, selon la position occupé et les atouts à sa disposition dans chaque situation, il agira différemment.

Cela dit, voici un exemple courant dans les organisations de santé. Le docteur X devient une autorité provinciale et, face à la proposition d'implantation d'une décentralisation profonde transférant les ressources provinciales aux municipalités, il s'objectera. Dans ce contexte, il perçoit la municipalisation comme une perte des ressources et du pouvoir de la province face aux municipalités. Quelque temps après, change le gouvernement provincial et ce même médecin est invité par une grande municipalité à assumer un poste dans le gouvernement. L'enjeu est encore là, et comme gestionnaire municipal, le médecin adoptera

un discours et des stratégies d'appui à la municipalisation de la santé. Évidemment qu'il existe des limites éthiques, psychologiques, idéologiques à ces changements d'orientation. Il n'est toutefois pas étrange au monde des organisations en général, et dans le système de santé en particulier, que les acteurs se servent du «*sens de l'opportunité*» pour parvenir à leur plein épanouissement (Crozier et Friedberg, 1977).

Les acteurs collectifs construisent une seule identité qui passe souvent pour des transformations dans les contextes historiques successifs. Cette construction permanente signifie organisation, intégration, partage. Pour constituer un acteur collectif, il faut poursuivre les mêmes objectifs et partager des valeurs, appliquer des stratégies communes et de faire preuve de coopération, en dépit des divergences. Celles-ci font l'objet de négociations entre les agents individuels qui composent cet acteur collectif afin d'arriver aux solutions de compromis; ces négociations ne se substituent pas aux conflits et disputes internes mais s'inscrivent plutôt dans une solution consensuelle (un consensus provisoire et contingent) favorisant l'accomplissement de l'action collective.

Un collège de médecins est un acteur collectif exemplaire: il représente la voix des médecins en tant que professionnels dans le système de santé et dans la société. Comme résultat des démarches réalisées pour l'ensemble des médecins affiliés, les décisions prises par ce collège de médecins orienteront les stratégies et actions adoptées par cet acteur collectif vis-à-vis des autres acteurs à fin d'influencer la politique de santé à suivre une direction qui lui convient, ou mieux, à la catégorie des médecins qu'il représente.

Selon Giddens (1984), l'action des acteurs dans les champs d'action sociale se caractérise par la compétence et la réflexivité d'intervention dans le cours des événements. La conscience des acteurs sur les actions qu'ils développent peut être explicitée par leurs discours ou tout simplement, être révélée de façon implicite, au jour le jour. Dans la première forme, animés d'une «*conscience discursive*», les acteurs sont capables de décrire ce qu'ils font et expliquer pourquoi ils le font. Par contre, comme nous l'avons déjà mentionné, il existe aussi une forme de «*conscience pratique*»: les acteurs savent ce qu'ils font mais se montrent incapables d'exprimer pourquoi ils le font. Cette dernière forme de conscience s'appuie sur le «*savoir commun*», une sorte de réservoir de savoir et de connaissances présent dans les relations entre les acteurs mais pas inaccessible à leur conscience. La compétence des acteurs est basée davantage sur cette conscience pratique plutôt que sur la conscience discursive, quoique les limites entre les deux formes de conscience restent imprécises.

*«La ligne de démarcation entre la conscience pratique et discursive est fluctuante et perméable, tant à l'échelle de l'expérience individuelle de chaque agent qu'à celle de la comparaison entre différents acteurs engagés dans divers contextes de la vie sociale» (Giddens, 1984).*

Giddens (1984) remarque encore que la routinisation de la vie sociale est un processus permanent d'actualisation par les activités des acteurs. Pour tenir compte de ce trait fondamental de la vie sociale, il a élaboré un modèle de stratification de l'acteur, en tant que «*soi agissant*», dont il faut considérer trois processus enchevêtrés les uns aux autres: le contrôle réflexif, la rationalisation et la motivation de l'action. En tant que mode de contrôle



du flot de la vie sociale, la «*réflexivité*» constitue la capacité des acteurs de comprendre ce qu'ils font pendant qu'ils le font; un contrôle incessant des actions rendu possible grâce au processus de leur «*rationalisation*». Celle-ci comprend un processus d'évaluation de l'action et conduit à l'intention de la réaliser. Dans ce processus, les acteurs évaluent aussi l'action des autres acteurs, leurs compétences, le contexte de l'action et les avantages qu'ils peuvent tirer de cette action spécifique. Quant à la «*motivation*», celle-ci constitue le processus de génération des désirs, des attentes, du potentiel des actions des acteurs plutôt que leur réalisation. En général, les «*motifs*» donnent lieu aux «*projets*», pas toujours réalisables, mais qui fournissent des cadres de référence pour l'accomplissement des activités.

La réflexivité engage les mécanismes récursifs de l'action des acteurs (éléments d'auto-organisation), car le mode réflexif d'agir permet la recréation permanente des actions et conditions de leur réalisation, ainsi que de la continuité de l'action sociale. En retour, la réflexivité et la rationalisation ne sont possibles que dans les conditions de continuité des pratiques, où les acteurs compétents utilisent les atouts disponibles pour réfléchir sur l'opportunité de l'action dans laquelle ils sont engagés. Par contre, les motivations n'établissent pas de liens directs avec les routines et la continuité des actions des acteurs dans le champ d'action. Les motivations, en grande partie, relèvent du domaine de l'«*inconscient*». Ainsi, comprennent-elles des modalités de cognition ou des impulsions refoulées dont l'accès à la conscience émerge dans des conditions spéciales sous forme d'un langage symbolique qu'il faut savoir interpréter au moyen de méthodes adéquates. Les acteurs sont alors capables, dans la majorité des situations qui se présentent dans les champs d'action sociale, d'explicitier,

sous forme de discours, les intentions et raisons des actions qu'ils ont réalisé, mais il leur est plus difficile de s'exprimer quand il s'agit de parler de leurs motifs.

Au cours d'un processus de structuration d'un système comme celui de la santé, la réflexivité et la rationalisation permettent aussi un «*apprentissage collectif*». Les acteurs sociaux se servent de leurs capacités cognitives pour adopter des méthodes d'action et s'approprier des ressources et règles du jeu institutionnel, de nouvelles modalités de gestion du quotidien de leurs pratiques et des services fournis à la population. Les routines deviennent indispensables à l'accumulation d'un savoir-faire préalable à l'apprentissage institutionnel. Le développement d'un projet institutionnel exige alors des acteurs l'épanouissement de leurs potentialités cognitives pour l'évaluation continue de leurs pratiques. La continuité dans l'espace-temps de certaines règles et ressources plus au moins structurées pré suppose la mise en œuvre d'un processus d'institutionnalisation de relations dialectiques d'autonomie et de dépendance entre les acteurs, dans les divers contextes de ce champ.

L'autonomie de l'acteur est l'expression de sa compétence à contrôler les propriétés structurelles du système (règles et ressources) mais aussi à établir des relations d'altérité favorables à l'exercice de ses projets. Ainsi, la relation avec les autres l'aidera à construire les conditions de son autonomie. L'acteur est avant tout un sujet capable de mobiliser la confiance et la solidarité des autres, d'établir ce double rapport d'autonomie/dépendance qui lui assure son espace de convivialité dans le champ d'action. Par contre, l'action collective porte en soi la possibilité du conflit. L'acteur doit être capable de supporter les pressions

contraignantes de l'environnement, du système et des autres acteurs, de même que les pressions psychologiques, de façon à surmonter les situations de tension conflictuelle. Il s'agit alors d'avoir la compétence pour communiquer avec les autres, nouer des relations sociales, renverser les situations adverses dans le champ social d'action.

*«(...) les acteurs – leur liberté et leur rationalité, leurs objectifs et leurs 'besoins' ou si l'on veut leur affectivité – sont des construits sociaux et non pas des entités abstraites» (Crozier et Friedberg, 1977, p. 55).*

Contandriopoulos (1994; 2003) identifie quatre grands groupes d'acteurs porteurs de projets collectifs concourants quant aux finalités du système de santé: les professionnels (médecins, dentistes, infirmières, pharmaciens), les gestionnaires (fonctionnaires, agents payeurs, évaluateurs, planificateurs), le monde marchand (assurances, industries et entreprises du domaine de la santé), le monde politique (politiciens, syndicalistes, associations et groupes de pression pour les droits des patients). Chacun de ces groupes d'acteurs utilise une logique de régulation des systèmes de santé différente, sur lesquelles ils s'appuient pour développer leurs projets. Ces quatre logiques de régulation sont entretenues par des intérêts différents maintes fois opposés dans le domaine de la santé. L'intégration et la coordination du système sont alors au centre des conflits pour sa régulation, conflits qui quelquefois amènent à la paralysie mais aussi à des situations créatives pour leur résolution, où les acteurs doivent faire preuve de leur capacité de négociation.

En tenant compte de la concentration des ressources matérielles, organisationnelles et symboliques dans l'État (espace institutionnel du monde politique), il faut remarquer l'importance de ce dernier dans les sociétés contemporaines quant à la régulation du système de santé, en particulier à travers l'élaboration des politiques de santé. Les acteurs de l'État utilisent son pouvoir normatif centralisé et ses ressources (financières) pour chercher à contraindre ou inciter les autres acteurs à suivre ses propres orientations. Par contre, il faut souligner que l'État lui-même n'est pas un territoire homogène, il est aussi un champ d'action, d'où un champ de forces; là, divers acteurs exercent leur liberté et développent des projets conflictuels.

Au cours de leurs activités quotidiennes à l'intérieur de champs d'action sociale, face à des situations et contextes spécifiques, les acteurs se rencontrent. Le médecin prendra en charge le problème de santé de ses patients, en établissant des relations avec eux; l'autorité sanitaire prendra des décisions sur l'allocation des ressources du système, à travers des rapports complexes avec des acteurs collectifs puissants; les syndicats lutteront pour de meilleures conditions de travail dans les établissements de santé, construisant des alliances avec d'autres acteurs du système; les patients (individuellement ou à travers des associations) exerceront des pressions pour la défense de leurs droits. Les «*rencontre*» deviennent alors des situations éphémères et séquentielles au cours desquelles les acteurs se trouvent «*face à face*» dans le champ social. Ces relations s'évanouissent dans l'espace-temps (Goffman, 1974) mais, dans le rythme monotone des répétitions, construisent les routines de la vie sociale, fondement ontologique de la structuration du quotidien des acteurs du système. Goffman

souligne que les rencontres sont réalisées dans un cadre institutionnel (un ensemble de normes et règles spécifiques du jeu) qui les configure et donne du sens aux activités des acteurs.

*«L'évanescence des rencontres exprime la temporalité de la durée de la vie quotidienne et le caractère contingent de toute structuration (Giddens, 1984, p. 118).*

*(...) les règles appliquées de façon réflexive ne sont jamais restreintes à des rencontres particulières, elles s'étendent à la reproduction des modèles des rencontres à travers le temps et l'espace» (Giddens, 1984, p. 139).*

Pendant que la «*petite histoire*» quotidienne<sup>14</sup> se manifeste à travers les rencontres des acteurs, il existe d'autres situations dont l'histoire institutionnelle peut être retracée par des ensembles d'actes ou d'événements qui constituent des conjonctures historiques bien délimitées. Giddens (1984) a nommé «*épisodes*» les séquences de changements institutionnels du système (quelquefois de grande envergure) dont nous pouvons clairement identifier le début, la fin et reconstituer la narration. Dans les études sur les changements sociaux, les épisodes se révèlent particulièrement importants, car ils nous aident à délimiter, dans le temps et l'espace, les événements et leurs conditions de possibilité dans le champ social. L'occurrence variable de ces événements et conditions (selon les contextes spécifiques) dévoile la forme comme les acteurs prennent en charge leur propre histoire et celle du système.

---

<sup>14</sup> Nous la qualifions de «*petite histoire*» juste pour amplifier la dimension de visibilité institutionnelle des relations établies dans les rencontres. Par contre, celles-ci constituent des relations absolument fondamentales pour la structuration du système, en particulier la construction des routines et le processus d'institutionnalisation.

Finalement, les acteurs du champ social de la santé sont les personnages d'un jeu très complexe dont les actions renvoient à l'exercice du pouvoir. Dans cet espace de relations, s'affirme la différence entre les acteurs individuels et entre les acteurs collectifs sur le contrôle des propriétés structurelles du système (règles et ressources). En fait, le contrôle d'un ensemble de ressources d'autorité ou d'allocation, désignées par Bourdieu (1980; 1994) différentes modalités de «*capital*» (économique, social, symbolique), assure à chaque acteur une position relative dans le système. Celle-ci se situe à la racine de l'exercice du pouvoir, à travers des actions de domination ou d'émancipation. Dans le cadre des rencontres, les sanctions et les normes expriment de façon exemplaire les asymétries qui donnent lieu à ces rapports de pouvoir. Mais l'opacité des micropouvoirs exercés au jour le jour n'empêche pas les acteurs d'échapper à la domination à travers une «*dialectique du contrôle*» dont l'émancipation apparaît comme une virtualité du possible: «*où existe le pouvoir, il y a la résistance*» (Foucault, 1980). En outre, l'incertitude présente dans le système de santé est un élément structurant des asymétries, par là, des manifestations du pouvoir. Le contrôle des «*zones d'incertitude*» (Crozier et Friedberg, 1977) des autres permet à l'acteur de prendre une position stratégique pour se différencier, et ainsi, dans et par la différence, il reste capable de produire des actions visant son profit ou celui de la collectivité. Cette zone d'ombres nous laisse percevoir des chemins qui peuvent conduire à la permanence ou à son complément inversé: le changement.

## **Chapitre 2. Décentralisation et allocation des ressources du système de santé**

### **2.1. La décentralisation des systèmes de santé**

La décentralisation du système de santé pourrait-elle mener à des changements ? Interrogation souvent entendue, un peu partout. Ce genre de question soulève à la fois l'attente et l'espoir de quelques-uns et le scepticisme de quelques autres quant aux possibilités de détermination implicites d'une relation causale linéaire où la décentralisation engendre les changements. Nous allons recadrer le problème, en affirmant que les mouvements dans les sens de la polarité centralisation-décentralisation constituent des changements (dans l'une ou l'autre direction) et qu'ils peuvent ainsi contribuer à la création de conditions de possibilité pour l'émergence d'autres changements. Dans cette section, nous chercherons à montrer de quelle façon un processus de centralisation-décentralisation constitue un phénomène multidimensionnel, lequel signifie un changement de la distribution des propriétés structurelles du système, des nouvelles prises de position des acteurs, des nouveaux jeux de pouvoir, des nouvelles possibilités d'action dans le champ social de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté la typologie proposée par Mills et cols. (1991) pour décrire les processus de décentralisation de la santé. Dans celle-ci, la «*déconcentration*» correspond à une simple décentralisation administrative de l'État central à ses organisations périphériques, sans aucune autonomie. La «*délégation*» consiste dans le

transfert de quelques fonctions de l'État central à d'autres organisations périphériques relativement autonomes. La «*dévolution*», sous l'appellation «*décentralisation politique*», constitue des transferts de ressources, responsabilités et autorité vers des instances du gouvernement régional ou local. Élus au suffrage universel, leurs gestionnaires comptent sur la légitimité populaire pour prendre des décisions multisectorielles qui dépassent le système de santé, au même temps qu'ils sont soumis à des règles d'imputabilité. La «*privatisation*» est vue aussi comme une modalité de décentralisation radicale; la responsabilité de l'État se limitant à la régulation du fonctionnement des marchés.

Cette typologie demeure très descriptive, formaliste et pauvre pour l'analyse. En plus, penser la privatisation comme une décentralisation d'organisations de l'État pose des problèmes considérables. Les organisations privées sont d'une autre nature que les publiques, régies par une autre logique de régulation, d'autres intérêts, une autre éthique de fonctionnement. La privatisation impliquerait une rupture radicale avec le droit public et les valeurs qui priorisent l'équité et le souci avec la santé (individuelle et collective). Dans la logique de la privatisation, le système de santé se fracture pour donner lieu aux intérêts particuliers en compétition, régis par le droit privé, motivés par le profit, sans aucune préoccupation à long terme pour la santé, sauf pour son aspect d'être le négatif de la maladie.

Dans la vaste littérature sur la «*décentralisation*» de la santé, ce concept reste souvent défini par opposition à son négatif, la «*centralisation*» (Shabbir, Chelna & Rondinelli, 1983; Mills et al., 1991; Mir, 1991). Quelquefois, ces concepts sont utilisés pour désigner un



système de santé, une organisation, une société ayant l'attribut d'être centralisé ou décentralisé. D'autres fois, la décentralisation est associée à la réduction de la taille de l'État, ou de son rôle dans le domaine de la santé ou encore aux mouvements pour la démocratisation, en renforçant l'autonomie des pouvoirs locaux dans ce secteur (Teixeira, 1990; Luz, 2000). À son tour, la centralisation reste souvent associée à la croissance de l'État et de ses interventions dans la santé, ainsi qu'à la concentration du pouvoir, favorisant les gestions technocratiques et autoritaires (Luz, 1991). Il serait mieux d'abandonner les antagonismes et de complexifier la démarche.

L'opposition entre la centralisation et son pôle contraire la décentralisation, manifeste le dualisme présent dans la culture et la science modernes. En effet, il n'existe pas de systèmes décentralisés purs, ni complètement centralisés. La décentralisation constitue un transfert de ressources, responsabilités et pouvoir décisionnel d'un palier central à un autre plus périphérique; le mouvement inverse serait la centralisation (Bozzini & Bourgault, 1992). Les compétences, les ressources et l'autorité à l'intérieur des systèmes de santé sont alors partagées entre les instances «*centrales*» et «*périphériques*» composant un ensemble d'attributions centralisées-décentralisées distribuées dans l'espace-temps. La proportion d'attributions centralisées par rapport aux décentralisées varie beaucoup dans les contextes historiques successifs, entre les sociétés et à l'intérieur de celles-ci.

En vérité, la dichotomie «*centralisation/décentralisation*» ne représente que les deux pôles abstraits d'un processus continu et complexe dont les composants politiques,

administratifs, culturels et éthiques des systèmes et organisations de santé ont des possibilités multiples de s'articuler dans le monde empirique, en donnant lieu à des arrangements infinis, plus ou moins décentralisés. Cela nous permet de concevoir la centralisation-décentralisation comme un mouvement circulaire et récursif des attributions mentionnées, selon les contingences du contexte et la dynamique interne du système (les pratiques et les jeux des acteurs entraînant les changements ou de la reproduction des propriétés structurelles du système). Ces mouvements récursifs centralisation-décentralisation-recentralisation constituent à la fois des nouvelles configurations des systèmes de santé, en tant que systèmes complexes et dynamiques, en remarquant leurs caractéristiques d'instabilité et de recherche d'un équilibre toujours provisoire.

Les notions de «*centre*» et de «*périphérie*» constituent alors des polarités opposées mais aussi complémentaires qui nourrissent les images de ces mouvements vers l'une ou l'autre direction (centralisation-décentralisation). Dans cette perspective, l'État fédéral peut être vu comme le centre et les autres niveaux sous-nationaux du système en tant que paliers périphériques; la décentralisation et la centralisation sont perçues comme des politiques de l'État, dont les organisations d'un niveau central prennent la décision d'attribuer aux niveaux périphériques ou de reprendre à soi certaines compétences, sources de financement et postes d'autorité (Lemieux, 1997; 2001). Mais, il faut souligner que les notions de centre et de périphérie sont toujours relatives : une organisation centrale par rapport à une autre demeure périphérique dans sa relation avec une troisième. Un secrétariat à la Santé d'un état fédéré peut être vu comme une organisation centrale par rapport à un secrétariat municipal à la Santé;

par contre, il peut aussi être vu comme périphérique en relation avec le ministère fédéral de la Santé.

Une myriade d'organisations dans le domaine de la santé peut alors se situer dans cette matrice complexe dont les rapports central-local changent quelquefois et se déplacent, d'une conjoncture historique à une autre. Un ministère de la santé d'une province qui, pendant les années 70, était une organisation absolument périphérique dans le système de santé et totalement dépendante du ministère fédéral de la Santé peut changer de position, dans les années 80, après un fort mouvement politique qui pousse vers une décentralisation accrue. Dans cette géographie, central-local constituent des positions désignées par la proximité/distance de l'exercice des pratiques et des soins; des lieux où le champ de vision et les possibilités d'intervention dans le système sont plus ou moins globales/particulières; des places définies par le degré d'autonomie/dépendance des organisations à l'intérieur du système. Les mouvements pendulaires de centralisation-décentralisation-recentralisation constituent alors des phénomènes historiques qui changent les positions relatives de centralité-localité des organisations à l'intérieur du système. Le fait que l'État moderne (unitaire ou fédéralisé) reste plus ou moins stable dans sa position de centralité par rapport aux autres organisations publiques a renforcé la vision statique et dualiste. Aujourd'hui, même dans les fédérations dont les états fédérés et municipalités jouissent d'une grande autonomie, les organisations de l'État fédéral jouent encore un rôle central dans les systèmes de santé. Ce fait «*naturalise*» le dualisme central-local et nous donne l'impression d'une continuité

inchangeable. En fait, des changements de position sont évidents, quand nous examinons attentivement les organisations des systèmes de santé au cours de l'histoire<sup>15</sup>.

Les processus de centralisation-décentralisation des systèmes de santé sont des phénomènes historiques et politiques où l'État joue un rôle fondamental (Smith, 1985; D'Arcy, 1985; Préteceille, 1985; Collins, 1989; Teixeira, 1990; Contandriopoulos, 1991, 1993, 2004; Denis et al, 1998). Dans les sociétés modernes, l'État reste ancré sur la société dans une telle situation d'interdépendance pénétrante (Jalbert, 1992) qu'il devint impossible de discerner clairement les espaces du public et du privé. Des bornes bien délimitées n'existent plus. Les mouvements réciproques de l'État et de la société civile, l'un vers l'autre, ont inauguré une nouvelle dialectique: la socialisation de l'État et l'étatisation de la société (Habermas, 1978).

Cette nouvelle forme d'organisation d'un «*État élargi*» (Gramsci, 1976) fait partie d'une mutation institutionnelle de la structure des sociétés démocratiques modernes: l'État devient une arène politique où les intérêts des divers acteurs sociaux se traduisent en conflits, alliances, disputes, négociations, compromis. Les groupes de pression et les mouvements sociaux poussent sur l'État et les conflits d'intérêts se politisent et retournent à la société sous forme de politiques sociales, d'interventions normatives dans des domaines plus ou moins

---

<sup>15</sup> Au Brésil, par exemple, depuis les années 80, un mouvement centrifuge des organisations du système public de santé a commencé où le rôle des états fédérés est devenu central. Des mouvements récursifs successifs ont renforcé le rôle des municipalités dans le système. Plusieurs organisations intermédiaires ont été créées par les états fédératifs et les municipalités dans le domaine de la santé (Unités régionales d'appui aux municipalités, districts sanitaires, entre autres), jusqu'aux années 2000. La géographie du central-local s'est complexifiée.

spécifiques de la vie en société. L'image d'un État autonome au-dessus du social, arbitre neutre des enjeux sociaux en tant que seul représentant légitime du bien commun s'efface progressivement.

Cette «*civilisation du politique*» (Donzelot, 1989) ne signifie pas une rétraction de l'influence de l'État sur la société, mais plutôt une complexification de la structure et de la dynamique interne de celui-là, en tant que champs d'action sociale. Autrement dit, l'État moderne n'est plus (comme à l'époque de Marx) un «*comité pour défendre les intérêts de la bourgeoisie*». Une brèche s'est ouverte et de multiples intérêts se sont insinués dans l'État, incluant les classes subordonnées et les groupes minoritaires capables de s'organiser (Gramsci, 1976; Luz, 1981). L'État ne correspond pas alors à une entité abstraite, unitaire ou homogène. Il se constitue comme un champ social (Bourdieu, 1994) dont les différents acteurs se disputent l'hégémonie sur la conduction des politiques ; celles-ci n'étant que le résultat de solutions de compromis, d'accords momentanés autour d'intérêts, de valeurs, de projets de certains groupes de la société civile constitués comme forces politiques présentes dans ce champ.

Le discours pour la centralisation met l'accent sur la responsabilité de l'État central qui doit tenir compte les intérêts collectifs, de la protection du bien commun et sur sa fonction d'assurer l'équité (régulation des inégalités régionales) et l'unité nationale. Par contre, les arguments pour la décentralisation insistent sur les libertés et l'autonomie locales et le droit à la diversité, à la différence. Il faut nuancer les arguments des partisans de l'une ou l'autre de

ces tendances à la polarisation. Comme nous l'avons vu, l'État central n'est pas tout à fait le «gardien du bien collectif», parce qu'il n'est pas politiquement neutre non plus ; il subit des pressions puissantes, surtout des groupes les plus forts et des régions les plus influentes. En plus, les «lobbies» des grandes associations et entreprises sur et dans l'État ne vont pas toujours dans la même direction, ni dans celle des intérêts collectifs. Par contre, les représentants du pouvoir local (même les élus) ne sont pas toujours engagés dans la défense des libertés locales et du droit aux multiples préférences. Le clientélisme et les manifestations autoritaires des oligarchies locales sont très bien connus; la libre expression des individus en reste quelquefois écartée à cause d'une politique de voisinage et de loyauté au leader ou au groupe politique local dominant.

En fait, le dilemme décentralisation-centralisation s'articule autour de l'établissement d'un assemblage d'attributions centralisées/décentralisées acceptable pour la société, dans un contexte historique donné. Ce choix essentiellement politique nécessite que les forces en tension se mettent d'accord pour parvenir à un équilibre provisoire, jusqu'au moment où un autre «épisode» donne lieu à des changements de la corrélation des forces en question. Un nouvel équilibre sera alors recherché et établi, dans l'une ou l'autre direction, en suivant les multiples combinaisons possibles, dans un univers riche en nuances. Cet équilibre implique un nouveau partage des moyens (ressources et règles) pour l'exercice du pouvoir.

Les mouvements de centralisation-décentralisation de la santé sont des construits collectifs; ils ne résultent pas exclusivement des décisions des gestionnaires de l'État central.

En effet, la civilisation du politique a introduit des acteurs collectifs divers dans ce scénario; ils peuvent être impliqués comme protagonistes de ces processus. Ces acteurs peuvent voir la centralisation-décentralisation comme des mécanismes régulateurs du système de santé. Comme nous l'avons déjà mentionné, les acteurs sont regroupés autour de quatre logiques de régulation (technocratique, professionnelle, marchande et politique), constituant les quatre grands groupes d'acteurs collectifs identifiés par Contandriopoulos (1994; 2003). Quelquefois, une logique technocratique de contrôle des coûts du système ou encore une logique politique de désengagement de l'État central envers certaines responsabilités publiques comme la santé, entre autres, conduisent à des décisions de décentraliser. Quand ces logiques de régulation prédominent, une politique de décentralisation du «*haut vers le bas*», délibérée et planifiée par l'État central, peut être mise en œuvre. Par contre, des mouvements pour la décentralisation se développent de «*bas en haut*» et sont animés par les logiques professionnelle, marchande et aussi politique (groupes politiques locaux) qui aboutissent à la décentralisation du système de santé. Les choix sociaux pour la centralisation-décentralisation sont aussi révélateurs des changements du système de santé dans le temps, ou encore, du fait qu'est venu le temps des changements dans ce système.

Un processus de centralisation-décentralisation constitue un changement, une déstructuration-restructuration du système de santé. Quand nous changeons le volume et le type des ressources qui seront attribués aux divers niveaux du système (centraux et périphériques) et actualisons les règles pour le partage et la destination de ces ressources, nous sommes en train de transformer les propriétés structurelles du système. Toute l'architecture matérielle, organisationnelle et symbolique du système se renouvelle à partir du mouvement

continu des acteurs qui se rencontrent dans un scénario tout à fait renouvelé, dans un nouveau décor. Quelquefois, arrive le moment où entrent en scène de nouveaux acteurs, une réduction du rôle de quelques autres survient, parfois même une sortie de scène éventuelle s'impose. Les règles du jeu se restructurent, les acteurs se mobilisent autour de nouveaux enjeux, c'est un moment de tension, éventuellement de crise. De nouveaux équilibres se dessinent et donnent lieu à de nouvelles pratiques. Celles-ci commencent à être testées dans le quotidien des services et des bureaux; les acteurs s'approprient de nouvelles ressources, de nouvelles règles, de nouveaux discours, construisent de nouvelles images; commence alors la répétition sans cesse renouvelée jusqu'au moment où s'établit une nouvelle routine, absolument indispensable à la sécurité ontologique des acteurs. L'institutionnalisation de la centralisation-décentralisation s'accomplit.

En tant que changement, le processus centralisation-décentralisation est soumis aux mêmes dynamiques qui nous ont amené à établir la typologie déjà mentionnée dans ce chapitre. Ainsi, nous pouvons décrire des processus de décentralisation-centralisation radicaux et convergents, disruptifs et incrémentiels, délibérés et émergents, formels et informels, localisés et globaux, rapides et lents, de courte ou longue durée. Au long de ces processus, de nouveaux acteurs s'approprient des ressources qui se déplacent. Le champ de la dispute pour les ressources se déplace aussi pour constituer une nouvelle géopolitique; de nouveaux jeux de pouvoir s'établissent entre les acteurs en scène, autour de nouveaux enjeux; des nouvelles autonomies/dépendances se constituent. La construction d'un hôpital dans la municipalité X n'est plus décidée par le secrétaire à la Santé de l'état fédéré sur l'influence de la technocratie de l'état et des pressions des entrepreneurs et politiciens de l'échelon étatique



du gouvernement. Maintenant, même sous les pressions et la régulation des anciens acteurs, le gouvernement municipal décide, subissant en plus l'influence d'autres acteurs locaux. Le jeu devient plus complexe et les contextes national et local jouent un rôle fondamental dans le nouvel équilibre. La vague de gouvernements néolibéraux survenue à partir des années 80 a complexifié le jeu dans les systèmes publics de santé<sup>16</sup>. Face à la mondialisation (surtout financière), le contexte international influence chaque fois plus les processus de changement dans les systèmes de santé, au fur et à mesure que les économies nationales subissent l'impact des capitaux fluctuants. Les États-providence nationaux s'en trouvent déstabilisés.

Un processus de centralisation-décentralisation ne se produit jamais impunément. Les risques sont toujours présents: l'encadrement de l'hétérogénéité par l'unification centralisatrice de la prise des décisions, la fragmentation des politiques par la multiplication des sources de décision, l'autoritarisme débridé, le chaos, le patronage, entre autres. Les résistances s'organisent, les forces centripètes et centrifuges se dressent, s'interrogent, prennent conscience de leurs possibilités et jouent stratégiquement. Un processus de décentralisation reste constamment sous le regard attentif des agents de la centralisation et vice-versa. De plus, l'introjection de nouvelles normes à la conscience pratique et les nouvelles règles fixées par la structure organisationnelle se tiennent toujours à une distance prudente des anciennes qui, à leur tour, refoulées dans l'inconscient institutionnel retournent

---

<sup>16</sup> L'idéologie néolibérale amène les gouvernements centraux à une décentralisation motivée par le désir de réduction au maximum des responsabilités de l'État central avec le social, en particulier avec la santé. La privatisation est vue comme la stratégie la plus attendue, mais en face de difficultés opérationnelles et quelquefois de légitimité, la décentralisation des responsabilités à d'autres paliers de gouvernement sans le volume de ressources correspondantes peut se montrer une stratégie plus viable à court terme.

éventuellement, comme forces souterraines, à nourrir le comportement des acteurs dans l'institution. Des vieilles pratiques apparemment étranges se greffent au nouveau scénario du système de santé, contredisent les nouvelles routines incorporées; l'archaïque joint le nouveau dans le quotidien des services de santé. De nouveaux flux de communications s'établissent, à la fois plus fermés et plus ouvertes. Quotidiennement, dans les services de santé, il faut savoir développer les mécanismes d'intégration et les nouveaux équilibres possibles pour répondre aux besoins individuels et collectifs. Un défi se pose à la gouverne de la santé: établir une combinaison d'attributions centralisées-décentralisées pour faire face au triangle équité-efficiencelibertés individuelles, conformément aux valeurs accordées par les sociétés, à chaque période de l'histoire. Ainsi, l'espace multidimensionnel du système de santé devient un espace vivant; il n'est plus le domaine exclusif du central ni du local, du collectif ou du particulier; la question qui se pose n'est plus celle de l'unité, ni de la pluralité. Dorénavant, il peut être considéré dans toute sa complexité incluant tant les régularités que l'exception, les événements que les accidents, les assurances que les incertitudes, les équilibres que les déséquilibres. La théorie et les événements, la raison et la vie se réconcilient.

## **2.2. Allocation des ressources: les jeux derrière les décisions**

Dostoïevski disait que *«la monnaie c'est la liberté frappée»*. Cette référence littéraire renvoie à la préoccupation avec l'aspect obscur et inquiétant des rapports de l'homme avec l'argent. Elle évoque surtout l'égoïsme des puissants et l'exploitation des hommes par d'autres hommes; l'argent y symboliserait la richesse et le pouvoir résultant de ces rapports et

de ces inégalités. Par contre, l'argent peut aussi être perçu comme un instrument nécessaire pour remplir la fonction médiatrice des échanges matériels dans la vie quotidienne, permettant le développement de la subsistance et encore de l'épanouissement des individus et des sociétés (Richard, 1969). Symbole d'oppression ou de libération, l'argent a gagné dans les sociétés modernes le statut d'un instrument financier indispensable pour établir les échanges, en tant qu'outil pour la mesure des valeurs et la planification. L'argent circule dans le tissu social. À l'intérieur de ses circuits, il est possible de discerner la valeur qu'une société, particulièrement les groupes dominants attribuent, selon le moment, à certaines activités et secteurs sociaux, comme la santé. Le financement du système de santé traduit le portrait dynamique des choix sociaux sur le sort de ce système et l'attribution des ressources pour le financer. Cette dernière dévoile les enjeux, conflits, projets différents derrière une activité souvent considérée comme essentiellement technique: l'allocation des ressources financières. Ainsi, dans cette section, celle-là sera vue comme un moment privilégié pour la structuration du système de santé, un aspect emblématique du jeu d'acteurs conscients qui prennent des décisions en accord avec leurs désirs, intérêts, croyances et projets affectant l'organisation du système, leurs pratiques et routines, bref, la vie de l'institution.

Lamarche et al. (2005) ont décrit le financement du système de santé comme un processus dont l'argent médiatise la promotion des finalités de ce système. Il se compose de quatre fonctions: le prélèvement, le stockage, l'allocation et le paiement. Le «*prélèvement*» consiste à obtenir de l'argent auprès des individus et/ou des organisations et entités sociales pour être capable de faire face aux coûts du système de santé. Le «*stockage*» correspond à l'enregistrement de l'argent prélevé afin de constituer une réserve devant être allouée au fur et

à mesure des besoins du système de santé. L'«*allocation*» équivaut au processus de répartition de l'argent stocké entre les échelons du système (fédéral, étatique ou provincial, municipal), les régions, les programmes, les services, de façon à couvrir les besoins de santé individuels et collectifs. Le «*paiement*» comprend les mécanismes de rétribution des fournisseurs et producteurs des biens et services de santé (les professionnels, les centres hospitaliers, entre autres). Les auteurs soulignent que cette description mécanique du financement de la santé s'inscrit dans une perspective analytique plus dynamique où ressortent les influences contextuelles (idéologiques, politiques, économiques et culturelles) et le rôle des multiples acteurs du système.

L'argent représente une «*ressource d'allocation*», une propriété structurelle du système de santé; une fois prélevé, il est stocké et fait partie de sa structure matérielle. En effet, l'argent en soi n'est qu'une abstraction. Il ne gagne du sens qu'à partir de situations concrètes; là seulement, ce symbole revêt une signification individuelle ou sociale. Au moment précis des choix des acteurs quant au modèle de soins à adopter, aux pratiques à prioriser, aux professionnels à engager que se dessine la fonction de l'argent et le montant nécessaire pour le développement de ce modèle, de ces pratiques et de l'engagement du personnel. Ainsi, l'argent atteindra une destination précise d'où il tirera son sens et sa légitimité. Plusieurs chemins sont possibles, chacun correspondant à des choix sociaux différents; l'argent suivra son cours selon le chemin tracé, empruntant et ordonnant le monde du concret, devenant ainsi lui-même concret.

Le financement des systèmes de santé fonctionne comme un «réseau de circulation» de l'argent où plusieurs logiques spécifiques (quelquefois concurrentes) peuvent donner des configurations différentes à ce réseau (Lamarche et al, 2005). Cette image fait allusion aux diverses possibilités du flux du financement et à l'appropriation des logiques d'allocation par les groupes d'acteurs du système qui définissent les parcours de la circulation de l'argent. Les acteurs jouent un rôle autour des ressources du système, dès le début du processus de financement, à la recherche des meilleures formes de prélèvement, de stockage, d'allocation et des modes de paiement pour maximiser leurs intérêts dans le système de santé. Ces composants du financement constituent des processus dynamiques et complexes très enchevêtrés les uns aux autres, engageant des décisions fondamentales pour la définition du modèle de soins et de prestation des services du système de santé.

Une incertitude quant aux sources ou une chute du volume des ressources globales destinées à la santé (prélèvement) restent très importantes pour définir le palier de contraintes à l'allocation; la décision d'adopter un fond unique de santé (stockage) peut assurer plus de flexibilité à l'allocation; l'utilisation d'un mécanisme inflationniste de rétribution des services fournis (paiement), comme celui à l'acte<sup>17</sup>, contribue à augmenter les sources d'incertitude sur les possibilités de succès d'une allocation vouée à l'équilibre efficacité-équité-libertés individuelles; entre autres, toutes ces avenues demeurent ouvertes à la réflexion des acteurs et devraient influencer leur prise de position à chaque moment de ce jeu stratégique dans le système de santé. Ces processus jouissent d'une certaine autonomie/dépendance les uns par

---

<sup>17</sup> André-Pierre Contandriopoulos a suffisamment montré dans ses articles le pouvoir inflationniste du paiement à l'acte et son influence nuisible sur le système de santé (Contandriopoulos, 1980; 1986; 1989; 1993; 2000; 2003).

rapport aux autres, chacune des décisions prises lors d'un de ces composants du financement pouvant influencer les autres.

Au moment de l'allocation des ressources, le jeu devient encore plus complexe. L'allocation constitue le moment du partage, de la destination où les priorités spécifiquement reliées à la configuration des services et biens du système seront établies. Dans les moments antérieurs (prélèvement et stockage), les décisions affectent le système d'une façon générale et tous les acteurs de ce système sans distinction; l'allocation correspond au moment où les lieux, agents et modes d'utilisation de l'argent sont définis; alors, les conflits entre les acteurs du système éclatent. Quelles seront les priorités? La région du sud ou du nord? Les grandes ou les petites municipalités? Les hôpitaux ou les services de première ligne? Les investissements ou le maintien des établissements et des équipements? Les équipes multi-professionnelles ou les médecins? Spécialement dans les situations où les ressources n'arrivent pas à combler tous les besoins du système, les disputes deviennent plus acharnées et localisées sur des points spécifiques du réseau de circulation de l'argent. À cet instant, les jeux de pouvoir se révèlent de façon évidente. Les choix résultent d'un pacte provisoire dont les compromis assumés quant à la destination des ressources, dans ce contexte spécifique, constituent la synthèse des projets explicités ou cachés par les acteurs dans ce processus. Alors, dans chaque contexte, le processus peut prendre des formes diverses, plus ou moins autoritaires/démocratiques, flexibles/rigides, centralisées/décentralisées. Comme nous l'avons vu, un contexte néolibéral constitue une forte contrainte à l'épanouissement des solidarités collectives ; la tendance, dans ces contextes, va vers la réduction du financement, l'adoption de mécanismes d'incitation à la privatisation, au désengagement de l'État dans la santé. Il faut toutefois noter que le contexte

du système de santé n'est pas imperméable à l'action des acteurs de ce système et leurs influences sont réciproques. Les acteurs collectifs présents dans le système de santé participent aussi à d'autres champs d'action sociale. Aussi, se constituent-ils comme des groupes de pression de la société civile dans l'État, avec des possibilités éventuelles d'influencer les décisions à ce niveau. Les difficultés de certains gouvernements néolibéraux à désarticuler leurs systèmes de santé, en fonction de l'absence de légitimité dans la société civile sont bien connues; plusieurs acteurs sociaux différents ont établi des alliances en vue de neutraliser les efforts néolibéraux pour anéantir les responsabilités de l'État dans la santé<sup>18</sup>.

Au moment de l'allocation des ressources, les images du système de santé deviennent plus vives; la structure symbolique du système est mobilisée par les acteurs médiatisant leurs jeux sur la structure organisationnelle, de façon à l'ajuster à leurs intérêts. C'est là où les règles du jeu seront établies par rapport à l'allocation des ressources de la structure matérielle. Celle-ci n'est pas conçue comme un simple entrepôt de ressources financières. Une fois établi le budget de la santé, une part du montant des ressources stocké peut être investie dans le marché financier générant des surplus. Une partie peut être convertie en dépenses immédiates, une autre consacrée au capital virtuel, entre autres possibilités. À la fin de l'exécution du budget, quand les ressources viennent à manquer, la possibilité de demander des ressources supplémentaires au Trésor de l'État central existe toujours. Enfin, l'argent n'est pas si fixe ni

---

<sup>18</sup> Deux cas exemplaires dans l'histoire : les systèmes de santé anglais et canadien. Dans les années 80, malgré tous les efforts du gouvernement conservateur de Margareth Thatcher vers la privatisation du système de santé, il n'a réussi que de petits changements localisés, à cause de la résistance opposée par la population anglaise à ce projet. Au Canada, plusieurs tentatives de se lancer dans l'aventure de privatisation ont aussi été bloquées par le soutien de la population au système de santé.

prisonnier d'une structure hermétique à l'environnement et aux jeux des acteurs ; cet ensemble fluctuant de ressources reste dynamique et influence les décisions prises quant à son allocation. Il semble évident que, dans un contexte dont la structure matérielle compte avec des ressources abondantes, le comportement de certains décideurs à propos de son allocation différera grandement du comportement de ces mêmes décideurs placés dans une situation de carence. Une plus large marge de manœuvre pour l'allocation permettrait la flexibilité nécessaire pour répondre aux demandes des groupes d'acteurs et les coordonner d'une façon beaucoup plus libre. Il faut souligner que le monde structurel du système de santé impose des limites à l'action des acteurs (insuffisance d'argent, règles très strictes et rigides pour l'allocation, difficultés d'accès aux connaissances et informations sur les ressources, entre autres) mais, ces derniers demeurent toujours prêts à prendre en charge les structures pour les actualiser. Comme nous l'avons déjà rappelé, les propriétés structurelles du système s'influencent mutuellement et sont toujours en processus de structuration à partir de l'action des acteurs et l'influence du contexte.

L'allocation des ressources est souvent perçue comme un mécanisme de régulation du système de santé (Bégin et al., 1987; Vianna, 1990; Contandriopoulos, 1991, 2000; Kleiber, 1991; Mendes, 1993). La définition des objectifs reste influencée par les logiques de régulation décrites par Contandriopoulos et par la corrélation de leurs forces dans l'espace-temps. Il faut toutefois remarquer une autre démarche de l'allocation régulatrice: l'utilisation de l'influence des mécanismes d'incitation sur le comportement des acteurs et sur l'ensemble du système de santé (Evans, 1984, 2002; Contandriopoulos, 1986, 2001). Aux moments de l'allocation et des modes de paiement, ces mécanismes d'incitation s'inscrivent dans certaines



stratégies précises de changement des comportements des acteurs afin d'atteindre quelques objectifs de gouverne assez précis. La structure organisationnelle se mobilise pour faire face aux défis de coordination des activités des acteurs, recourant aux ressources d'autorité. Ainsi, l'allocation des ressources gagne le statut d'outil de gouverne<sup>19</sup> (Contandriopoulos, 2003) et mérite d'être analysée par rapport aux objectifs du système de santé et à ceux de la santé partagés par les divers groupes d'acteurs de la société. L'allocation des ressources ouvre alors la porte à l'évaluation sur la nature du système de santé désiré par la société et sur le prix qu'elle estime convenable de payer pour recevoir des services de qualité. L'analyse de l'allocation des ressources dans le système de santé autorise alors la proposition d'interventions visant la santé du système. À l'occasion d'une réforme qui implique un processus de centralisation-décentralisation du système, cet ordre de questions devient stratégique pour les changements attendus.

Dans un processus de centralisation-décentralisation du système de santé, le financement joue un rôle fondamental. Par exemple : un transfert de responsabilités plus important que celui des ressources nécessaires pour les assumer peut porter de graves problèmes à ce système. Nous nous retrouvons face à un piège contraignant: le niveau central s'est dégagé de la responsabilité du service mais le niveau périphérique n'a pas les moyens de le rendre. Dans un processus vers la décentralisation, le financement peut rester totalement centralisé ou il peut être décentralisé partiellement, quelques fonctions restant encore sous le contrôle du niveau central, d'autres étant transférées aux niveaux intermédiaires et/ou

---

<sup>19</sup> Le financement, la gestion et le système d'informations sont les composants qui assurent l'exercice de la gouverne de la santé.

périphériques du système, d'autres étant partagées entre des niveaux différents. Au-delà du potentiel des combinaisons des fonctions de financement à constituer plusieurs modèles, Lamarche et al. (2005) attirent l'attention sur le fait qu'au plan empirique, à chaque contexte historique, le nombre de configurations existantes reste très modeste: seulement cinq modèles de financement sont dégagés des analyses comparatives des systèmes de santé: le privé individuel, le privé collectif, le public d'assurance sociale, le fiscalisé centralisé et le fiscalisé décentralisé.

Le modèle *«privé individuel»* est constitué par des rapports directs entre les individus et les fournisseurs de soins (professionnel, hôpital). Toutes les fonctions de financement sont régies par une logique purement individuelle, régulée par le marché. Le modèle *«privé collectif»* s'applique à deux catégories de populations: les personnes assurées auprès de compagnies d'assurance-maladie privées, ces dernières étant responsables pour toutes les fonctions du financement; les populations spécifiques des non-assurées (populations de quelques quartiers pauvres, populations âgées) pour lesquelles l'État transfère des ressources fiscales à des caisses locales qui établissent des contrats avec des assurances pour la couverture des soins aux individus, les fonctions de financement étant établies par contrat résultant de la négociation des caisses avec les assurances et fournisseurs des services. Le modèle *«public d'assurance sociale»* utilise des ressources fiscales et des ressources prélevées auprès des individus et entreprises par cotisations sociales. Le stockage reste sous le contrôle de l'État, à même des caisses, des assurances publiques ou semi-publiques, responsables aussi de l'allocation et du paiement aux fournisseurs pour les services rendus. Le modèle *«fiscalisé centralisé»* constitue ses ressources à partir des impôts prélevés par l'état fédéral; le stockage,

l'allocation et le paiement restent centralisés, mais ce dernier parfois est décentralisé. Les règles d'affectation des ressources sont définies par le niveau central dans des cadres très stricts d'utilisation, sans laisser une marge de manœuvre suffisante pour permettre l'autonomie de gestion des niveaux périphériques du système. Le modèle «*fiscalisé décentralisé*» reste basé sur un prélèvement fiscalisé, mais partagé par les divers niveaux de la fédération<sup>20</sup>, tout comme les autres fonctions du financement. En général, l'allocation des ressources et les paiements s'effectuent de façon tout à fait décentralisée aux niveaux périphériques.

Il faut remarquer que, selon le contexte, quelques-uns de ces modèles de financement peuvent coexister en proportions différentes dans les sociétés concrètes. Par exemple: dans un certain pays, il est possible de trouver un système de santé constitué par un composant privé individuel, un autre privé collectif et encore un autre fiscalisé centralisé. Le modèle «*fiscalisé décentralisé*» demeure un type de financement compatible avec un système de santé dont la configuration générale est largement décentralisée. L'allocation des ressources peut alors être exercée par les niveaux intermédiaires ou périphériques du système, de façon autonome dans ses territoires, assouplissant la planification et la prise de décisions. Autonome ne signifie pas ici sans intégration avec la globalité du système; mécanismes de coopération et de coordination restent nécessaires pour assurer l'intégrité du système et bénéficier d'une allocation vouée à l'équilibre du triangle équité-efficience-libertés individuelles, en réduisant au minimum les risques de pulvérisation des politiques et des décisions.

---

<sup>20</sup> Le Brésil est un exemple de ce type de configuration du financement du système de santé, dont le prélèvement est partagé par les trois échelons de la fédération et les transferts sont négociés entre ces niveaux de gouverne.

Un processus de décentralisation du système de santé implique des changements qui affectent ses propriétés structurelles. Les transferts des ressources aux niveaux périphériques impliquent un changement de sa structure matérielle qui devient alors plus solide, permettant aux acteurs (gestionnaires locaux inclus) d'actualiser leurs démarches sur l'organisation du système. Le transfert des responsabilités et de l'autorité aux niveaux périphériques implique un déplacement des espaces de prises de décision, spécialement quant à l'allocation des ressources, mais aussi des prises de position des acteurs du système, motivés par les changements en cours et les possibilités qu'ils apportent au déroulement de leurs actions quotidiennes, à l'actualisation ou l'éventuel changement de leurs routines et habitus institutionnalisés. L'argent réveille, dans chaque acteur, l'objectivité nécessaire à la pensée réflexive et stratégique pour soutenir ses intérêts, mais aussi l'ensemble des représentations et images de la structure symbolique, une sorte de pensée magique qui éclate dans cette impulsion fragile soutenue par le désir et la nécessité, l'attente et la croyance, mue par le changement.

### **2.3. La restructuration du système de santé**

En profitant de la théorie de la structuration des systèmes sociaux (Giddens, 1984), nous pouvons affirmer que les processus de centralisation-décentralisation du système de santé constituent des restructurations de ce système dans l'espace-temps. Dans un contexte donné, les conditions favorables aux réaménagements des propriétés structurelles du système (les

structures matérielle, organisationnelle et symbolique, avec leurs règles et ressources) émergent et sont entretenues de façon récursive par les jeux des acteurs dans le champ social de la santé. Ces mouvements de structuration-déstructuration-restructuration quoique continus exigent tout de même des moments d'équilibre (instable) favorables à l'établissement de routines, arrivés par la reproduction de pratiques qui se répètent sans cesse au sein de l'espace social. Ces dernières deviennent essentielles pour assurer la sécurité ontologique des acteurs, assurant une continuité des actions, l'accumulation de connaissances pratiques. La continuité des actions résulte de l'exercice de la réflexivité et de la rationalisation des acteurs compétents qui, de leur côté, requièrent une certaine stabilité pour réfléchir à leurs actions et les rationaliser à partir de l'expérience accumulée et l'apprentissage collectif exprimés par les formes de conscience (pratique et discursive) et institutionnalisées par les normes, les valeurs, de même que la culture institutionnelle.

Les processus de centralisation-décentralisation constituent des mouvements de déplacement des propriétés structurelles, dans l'une ou l'autre direction à l'intérieur du système de santé. Ces processus de restructuration constituent les moments d'établissement des nouveaux pactes autour des propriétés structurelles du système, de son architecture institutionnelle et de son fonctionnement. C'est l'heure des changements. Les ressources d'allocation présentes dans la structure matérielle et les ressources d'autorité présentes dans les structures organisationnelle et symbolique du système de santé sont réparties d'une nouvelle façon, actualisant les possibilités des acteurs d'agir et, dans la positivité de leurs actions, d'exercer le pouvoir différemment. Mais, cette réorganisation du système ne se définit pas simplement par le changement de décor; les acteurs sont influencés par le changement des

structures mais ils se les réapproprient, les remodelisent, les réorganisent et, progressivement, ces dernières s'ajustent aux nouveaux jeux qui se construisent dans le champ social du système de santé. Ces nouveaux jeux contiennent des fragments des vieilles structures, des règles et ressources dépassées, d'anciennes zones d'incertitude, mais sont toujours soumis au nouvel ordre du système. Lui, il rassemble ces fragments et les greffe aux nouvelles structures et zones d'incertitude en leur attribuant de nouveaux sens dans la dynamique du système. Le monde du structurel actualisé sera contrôlé par une nouvelle configuration d'acteurs: quelques-uns sortent, certains restent, de nouveaux entrent en scène; les positions correspondront aux nouvelles possibilités d'action dans le nouvel ordre établi.

Les jeux de pouvoir actualisés se répandent à travers l'espace social du système sous une nouvelle forme, conformément aux nouvelles conditions et relations. De nouvelles autonomies/dépendances s'inscrivent dans les relations dialectiques entre les acteurs, les structures, les contextes. Le système de santé se montrant complexe et dynamique, ces jeux ne sont pas complètement contrôlés par chaque acteur (individuel ou collectif); le hasard joue son rôle. Quelquefois, des éléments refoulés de l'ancienne structure symbolique émergent de l'inconscient institutionnel pour influencer le comportement des acteurs, sous la forme de conduites dépassées, hors du contexte. Ils s'imposent éventuellement avec une force disruptive puissante; cette irruption de l'archaïque dans le nouveau, loin de représenter un élément étrange à la nouvelle configuration du système doit être vue comme l'un de ses éléments constitutifs. La dialectique archaïque-nouveau prend forme à partir des relations entre les motivations et les intentions des acteurs, les dernières explicitées sous forme d'une conscience pratique ou discursive et les premières, maintes fois refoulées (à cause de leur

inadéquation au nouvel ordre institutionnel du système) ou projetées dans l'avenir sous la forme de projets (Giddens, 1984). Dans ce cadre général du changement, la rupture et l'évolution se complètent et ouvrent la porte aux paradoxes. Le changement lui-même constituant un paradoxe, il annonce l'avenir mais exige sa construction, une construction marquée par le temps, qui suit le rythme et les circonstances du présent.

*«Le paradoxe du changement c'est qu'il s'agit d'un processus social complexe qui demande du temps, des informations, des compétences de haut niveau et des ressources matérielles, financières et humaines souvent importantes (...) Par ailleurs, il doit être implanté quand les ressources sont rares, quand il faut agir vite, quand les informations dont on aurait besoin pour prendre des décisions rationnelles ne sont pas disponibles, quand personne n'a le temps de faire autre chose que ce que son travail exige» (Contandriopoulos, 2005).*

L'allocation des ressources constitue un moment où la synthèse de ces changements peut être considérée d'une façon spéciale. L'allocation est un moment du processus de financement du système mais, dans les circuits de la circulation de l'argent, celle-là assume les formes d'outil de gouverne (spécialement, par les mécanismes d'incitation) et de régulation du système. Mais, au-delà de toutes les contraintes, l'allocation correspond au moment où les acteurs s'engagent de façon résolue pour prendre position et défendre leurs intérêts. Ils ont besoin d'utiliser tout leur pouvoir de persuasion ou d'imposition, d'établir des alliances, d'être impliqués dans un effort de coopération et/ou de compétition, de développer des stratégies pour influencer les décisions selon leurs perceptions, leurs attentes, leurs désirs, leurs valeurs, leurs intérêts, leurs projets. C'est le moment du partage des ressources, de la définition des modèles d'organisation des services, de la priorité accordée à quelques actions pour les

financer. Ce moment sert à effectuer des choix face à des enjeux majeurs du système, déterminant ainsi la destination de l'argent. Ces choix demeurent au centre des conflits entre les intérêts et les projets divergents, soutenus par des valeurs contradictoires/complémentaires dont le triangle équité-efficience-libertés individuelles reste emblématique.

Là, au cœur des relations dialectiques entre le changement et la permanence, la centralisation et la décentralisation, les déplacements de l'exercice du pouvoir et les attentes des acteurs pour la maximisation de leurs intérêts, l'allocation décentralisée constitue un phénomène qui mérite d'être analysé. En fait, tout se passe comme dans l'image d'un hologramme dont le tout (le système) est contenu dans ses parties (les composants) qui renvoient au tout, lequel se reproduit dans l'espace-temps. L'interdépendance entre le tout et les parties reste marquée par l'originalité de l'autonomie des parties par rapport au tout. Les mécanismes de coordination et d'intégration sont alors requis pour établir la configuration d'une combinaison d'attributions centralisées-décentralisées acceptable pour le système de santé et la société à un moment donné. L'allocation, une partie de cet hologramme, nous pouvons la regarder, comme dans un miroir magique, et discerner une synthèse de l'image multidimensionnelle du système.

Dans cette thèse, nous analysons le déroulement d'un processus de municipalisation du système de santé, effectué au Rio Grande do Norte (RN), un des états fédérés du nord-est du Brésil. En tenant compte des contextes historiques d'implantation (économique, social, politique, culturel et organisationnel), aux niveaux national et de l'état fédéré, nous cherchons



à comprendre plusieurs composants du champ de structuration du système de santé et leurs interactions réciproques. Nous avons en particulier centré notre attention sur la contribution des acteurs impliqués dans ce processus, spécialement dans l'allocation des ressources financières du système. Les croyances, perceptions, attentes, représentations, connaissances, intérêts, soit l'ensemble des facteurs qui contribuent à la constitution des capacités cognitives de ces acteurs, favorise la réflexivité sur leurs actions et la définition des diverses stratégies qu'ils mobilisent pour atteindre leurs objectifs dans le système de santé. Ils sont vus ainsi comme des agents compétents et réflexifs (Giddens, 1984), capables de s'approprier des propriétés structurelles du système (règles et ressources), de façon à prendre position dans l'espace social du système de santé en structuration pour favoriser le changement ou la permanence du statu quo.

Ainsi, au cœur de nos réflexions sur la problématique de notre étude, de nouvelles questions ont émergé, quelques-unes en relation avec la capacité locale de contribuer aux changements:

- Les municipalités disposeraient-elles des conditions nécessaires pour assumer leurs nouvelles responsabilités face au système de santé ?
- Les acteurs locaux, responsables de l'implantation des sous-systèmes de santé municipaux, se sentaient-ils concernés par les changements proposés ?
- Si le désir de changement se manifestait au niveau local (municipal), quelle serait la signification attribuée par ces acteurs aux changements attendus et de quelle marge de manœuvre jouiraient-ils pour effectivement les produire ?

- En mettant dans une balance les contraintes et les possibilités de la municipalisation, pouvons-nous envisager un potentiel de transformation du système de santé à l'intérieur de ce processus ?

D'autres préoccupations étaient cependant présentes dans nos objectifs de recherche par rapport à la nature même des changements intégrés dans le système et les contextes.

D'autres questions ont été relevées:

- La politique de municipalisation a été accompagnée de changements dans les rapports entre les échelons de la gouverne de la santé ? Dans quel sens ? d'un pacte fédératif coopératif ou plutôt de compétition et disputes ?
- L'entrée dans la scène de la santé de nouveaux acteurs collectifs, au niveau national et des états fédérés et municipalités (comme les COSEMS et le CONASEMS) a-t-elle été favorisé des changements dans l'allocation des ressources, de la gestion, de l'organisation des services de santé ?
- L'introduction éventuelle de changements dans le modèle d'allocation des ressources suite à la politique de municipalisation de la santé a-t-elle pris la forme d'incitation à la réduction des inégalités, à l'élargissement de l'accès, à la qualité et à l'intégralité des soins ?
- Les grands enjeux structurés et structurants du système de santé ont-ils subi des changements pendant le processus de décentralisation? Comment les acteurs s'approprient-ils les règles et les ressources du système pour favoriser les changements ou la reproduction des règles du jeu autour de ces enjeux ?
- Pendant la période à l'étude, des émergences capables de bouleverser le système et de donner lieu à des changements radicaux ont-elles surgi?
- Quels types de changements ont été apportés ?

Cette thèse constitue une tentative de répondre à ces questions, à travers une documentation exhaustive du cas de la municipalisation de la santé au RN, où nous parcourons une période de dix-neuf ans de l'histoire du système de santé brésilien dans cet état fédéré. Notre double condition d'acteur-chercheur du système nous procure l'occasion de le pénétrer dans son intimité et de mettre en relief ses principaux enjeux, ses propriétés structurelles, la capacité des acteurs de s'appropriier de ces dernières et de leur donner de nouvelles significations, conformément à leurs intérêts et objectifs et, enfin, de poursuivre le processus de structuration du SUS au RN.

## **Chapitre 3. Décentralisation et changements du système de santé: aspects méthodologiques**

### **3.1. La complexité, la transdisciplinarité et le dialogique**

Jean Perrin affirmait que «*le rôle de la connaissance consistait à expliquer le visible complexe par l'invisible simple*» (Morin, 1999). En dépit de la complexité évidente des phénomènes, des organisations et des systèmes, la science traditionnelle a bâti leurs assises en cherchant à établir des lois générales et universelles capables de les expliquer et de les prédire, employant une méthodologie de réduction/simplification par l'analyse. Ainsi, a priori, la science traditionnelle croyait pouvoir isoler les parties pour bien expliquer l'ensemble; disjoindre les éléments pour formuler des généralisations; exclure les contradictions et enfin, dégager la cohérence. Dans cette démarche, la normalité statistique et la cohérence logique se substituent à l'originalité; l'ordre abstrait écarte le chaos, les bruits et les irrégularités originelles. De plus, il s'agissait de promouvoir l'objectivation du phénomène à l'étude, par la neutralisation de la subjectivité des chercheurs menant potentiellement à une «*contamination*».

La pensée complexe n'est pas advenue pour remplacer la pensée cartésienne dominante. Elle ne prétend pas s'instaurer comme projet «*alternatif*». La pensée complexe élargit le regard, pour inclure au lieu d'exclure, relier au lieu de séparer, combler les insuffisances du regard cartésien introduisant des oppositions mais aussi des

complémentarités. Ainsi, le désordre (l'alternative) ne remplacera pas l'ordre ; la pensée complexe propose un dialogue fécond entre l'ordre, le désordre et l'organisation ; les parties (séparées auparavant du tout et analysées individuellement) sont mises en relation, en rapport avec l'ensemble et replacées dans leur contexte. Finalement, la pensée complexe ne veut pas abandonner la logique inductive-déductive-identitaire de la pensée cartésienne, mais plutôt *«établir une combinaison dialogique entre son utilisation, segment par segment, et sa transgression où elle n'est pas opérationnelle»* (Morin, 1999).

L'accent est mis sur le phénomène, multidimensionnel, exigeant plusieurs angles d'observation, qui ne peut adéquatement être saisi par une seule spécialité. Par exemple : en même temps que la dépendance chimique constitue un problème médical, elle relève aussi de problèmes psychologiques, culturels, sociaux, anthropologiques, juridiques, politiques, économiques et de sécurité publique. Un changement de la situation ne se produira jamais en essayant de résoudre chacun de ses aspects séparément, sans établir des relations entre les nombreuses facettes de ce problème. Une pensée complexe se construit à partir d'une démarche de base transdisciplinaire qui ne se limite pas à la juxtaposition sommaire des diverses connaissances sur le sujet apportées simultanément par plusieurs spécialistes ; elle n'est pas le simple résultat de la somme des connaissances de ces spécialistes. La transdisciplinarité exige une sorte de curiosité, d'ouverture, à toutes les dimensions du phénomène en question (Morin, 1984), un dialogue et une synergie entre les connaissances qui nous donnent une perspective phénoménologique globale. La mesure et la qualité, l'objectif et le subjectif, l'individuel et le collectif sont réunis et mis en dialogue ; là, ils dévoilent la complexité cachée dans les brèches des couches de connaissances juxtaposées.

La pluralité (culturelle, politique, scientifique, historique), les émergences (mouvements et événements nouveaux dissociés des structures classiques), les ruptures (avec les dichotomies traditionnelles comme sujet-objet, observateur-observé), les processus de restructuration (mentale, sociale, politique, organisationnelle) et la réorientation des valeurs pour tenir compte de systèmes ouverts et marqués par l'incertitude, l'instabilité, l'imprévisibilité et la vulnérabilité, restent comme les caractéristiques essentielles de la nouvelle démarche de complexité (Morin, 1986; Soedjatmoko, 1986; Rosnay, 1995). Mais, pour entreprendre une démarche de complexité, il faut promouvoir une réforme de la pensée. Et pour cela, comme l'affirmait Morin (1977), loin de se débarrasser des incertitudes et des contradictions présentes dans l'univers concret des problèmes, il s'agit plutôt de les affronter.

Au long de son œuvre, Edgar Morin (1990; 1991; 1994; 1999) a identifié quelques principes (dialogique, récursif et hologrammatique) essentiels à la démarche de complexité. Le principe «*dialogique*» consiste dans la mise en relation de deux notions antagonistes mais aussi complémentaires, les «*polarités dialogiques*» desquelles nous avons parlé dans le chapitre antérieur. Il faut tenir compte que les contraires ne s'excluent pas nécessairement ; ils peuvent correspondre aux faces opposées d'une même réalité. «*Le contraire d'une vérité n'est pas l'erreur, mais une vérité renversée*» (Pascal, 1962). Le principe de la «*récursivité*» met en question l'exclusivité de la logique linéaire de causalité, même lorsque multilinéaire (Macedo, 1998). Les boucles causales forment des relations de détermination par mouvements circulaires dont la cause et l'effet demeurent interchangeable. Le principe

«*hologrammatique*» dévoile un paradoxe des systèmes: le tout reste dans les parties et celles-ci sont présentes dans le tout, qui renvoie aux parties. Malgré leurs différences, l'un est contenu dans les autres et vice-versa. La pensée complexe constitue une approche incluant l'intégration, l'inclusion, la liaison, pour enfin parvenir à la distinction (Tableau 2).

**Tableau 2. Caractéristiques des pensées cartésienne et complexe**

<b>Pensée Cartésienne</b>	<b>Pensée Complexe</b>
Universalité – lois générales	Universalité et singularité
Simplification/réduction des parties	Complexité/rapports Tout-parties
Observation des parties isolées	Observation des parties, de leurs relations entre elles, avec le système et le contexte
Déterminisme (exclusion du désordre, prévisibilité)	Dialogique (ordre-désordre-organisation, complémentarité et probabilité)
Causalité linéaire	Linéarité et récursivité (boucles causales récursives)
Unidimensionnalité	Multi-dimensionnalité/Hologramme

Cette thèse s'inscrit dans cette perspective épistémologique qui oriente notre regard sur l'objet/sujet de l'étude. Ainsi, pour renforcer cette démarche complexe, nous nous référerons à plusieurs auteurs aux orientations théoriques et méthodologiques différentes (Morin, Giddens, Bourdieu, Contandriopoulos, Watzlawick, entre autres). Ils ont été choisis et retenus pour nous aider à poursuivre nos objectifs de recherche parce que, malgré leurs différences,

tous partagent une perspective scientifique qui nous permet de comprendre les systèmes de santé dans leur complexité. Le déterminisme est substitué par la complexité des relations causales et non-causales, symétriques et asymétriques, aux boucles récursifs des actions des acteurs sur les structures, aux mouvements auto-organiseurs du système. L'ouverture sur les aspects multidimensionnels des phénomènes à l'étude nous a aidé à éclairer les nombreux angles des phénomènes de la décentralisation et de l'allocation des ressources, en tant que changements du système de santé. Cela n'exprime pas une perspective éclectique, mais plutôt l'émergence d'une sorte de syncrétisme théorico-méthodologique orienté par une impulsion au dialogue. Ce syncrétisme se base sur une exigence ontologique des rapports établis entre le chercheur et le terrain et aussi sur notre besoin de trouver des outils intellectuels adéquats pour comprendre le phénomène à l'étude. Ainsi, à l'intérieur de ce processus de construction du réel où nous sommes engagés, nous avons recherché la complémentarité dans la différence. L'imagination et la créativité se sont ajoutées à cet effort de «*bricolage*» intellectuel avec le compromis de contribuer aux changements nécessaires aux systèmes de santé.

L'adoption du concept de Giddens de «*propriétés structurelles*» et son application au système de santé s'est inscrit dans cette perspective afin de favoriser une approche multidimensionnelle et dialogique. Les propriétés du monde structurel (les structures matérielle, organisationnelle et symbolique), loin d'être renfermées sur elles-mêmes, se montrent plutôt dynamiques et intégrées, agissant les unes sur les autres. Il en va de même des «*routines*» établies au jour le jour par la répétition chronique des actions effectuées par les acteurs du système. Elles subissent des influences des propriétés structurelles mais les



reproduisent ou les actualisent en même temps, par de microchangements régulateurs. Les images dualistes structure/action, contexte/système s'effacent.

*«Quand nous replaçons notre être dans notre vouloir, et notre vouloir lui-même dans l'impulsion qu'il prolonge, nous comprenons, nous sentons que la réalité est une croissance perpétuelle, une création qui se poursuit sans fin. Notre volonté accomplit déjà ce miracle. Toute œuvre humaine qui renferme une part d'invention, tout acte volontaire qui renferme une part de liberté, tout mouvement d'un organisme qui manifeste de la spontanéité, apporte quelque chose de nouveau dans le monde». (Bergson, 1998, p. 240)*

### **3.2. La stratégie de la recherche**

Après le moment où nous prenons la décision d'effectuer une recherche, plusieurs avenues s'ouvrent à nous, pour mener à bien son développement. Au carrefour des idées, concepts, méthodes, techniques qui se présentent l'un après l'autre en tant que possibilités, les chercheurs se retrouvent devant des décisions stratégiques à prendre qui détermineront la trajectoire de la recherche. Ces décisions ne relèvent pas de la «neutralité»; les motivations subjectives du chercheur, ses croyances, sa formation professionnelle et académique, son expérience antérieure face au sujet de la recherche et des recherches en général, le cadre institutionnel où la recherche se réalise, le contexte intellectuel dominant, entre autres questions ne peuvent pas être éludés. L'objectivisme perd ici tout son sens, car la trajectoire de toute recherche reste contingente et résulte d'un ensemble de choix quant aux circonstances individuelles (des chercheurs, des interviewés) et collectives (des institutions, du contexte politique, social, culturel, scientifique) présentes au moment de sa réalisation.

Le choix du sujet de la recherche qui a donné lieu à cette thèse est étroitement lié à l'engagement personnel de l'auteur dans la réforme de la santé brésilienne, aux niveaux national et local (auprès des organisations de santé étatiques et municipales de l'état fédéré du Rio Grande do Norte). En tant qu'intellectuel (professeur et chercheur de l'UFRN), médecin du ministère de la Santé du Brésil (MS) et membre du conseil de consultation de l'Association brésilienne de postgraduation en santé collective (ABRASCO), nous avons participé activement au mouvement politique pour la réalisation de cette réforme et ainsi d'une grande partie des événements qui seront décrits dans cette thèse. Notre engagement politique dans le mouvement de la réforme a suscité l'intérêt d'étudier ce système dans ce qu'il présentait comme sa proposition la plus innovatrice: la décentralisation.

L'occasion de sortir du pays pour suivre un doctorat en santé publique à l'Université de Montréal nous a permis la distance nécessaire pour mener à bien une réflexion sur ces événements et accompagner de loin ceux qui sont survenus pendant la période 08/1991-07/1995. À notre retour au Brésil, nous avons réalisé le travail de terrain et replongé une autre fois dans le système de santé brésilien. Mais, cette fois-ci avec un nouveau regard, en tant que chercheur et observateur privilégié de la scène ; tenant un double rôle face aux acteurs du système qui nous reconnaissent comme l'un d'eux, mais endossant simultanément la condition de quelqu'un d'autre, porteur d'une connaissance à laquelle ils n'avaient pas eu accès. Le statut de collègue, d'égal, de familier, nous a facilité les contacts, les interviews, la participation à des réunions tenues à huis-clos, l'entrée dans l'intimité du système. La seconde

condition nous conférait une certaine respectabilité auprès de ces mêmes acteurs qui nous considéraient, pour certains, comme leur ancien professeur, avec qui ils établissaient un rapport de confiance. En plus, tous nous percevaient comme celui qui était en train d'écrire l'histoire du système, ils se sentaient fiers d'appartenir à cette histoire et d'être invités à fournir leur témoignage. Ces conditions particulières de l'insertion du chercheur au sein du système de santé au RN ont largement contribué à saisir les sens cachés derrière les discours et les pratiques, ainsi que les conditions de possibilités de changement.

Notre double rôle d'«*acteur-chercheur*» au sein du processus de décentralisation et de construction du SUS a favorisé l'accès aux informations et aux réflexions des acteurs sur leurs positions, stratégies et pratiques. Par contre, la fonction d'acteur du système exige une prise de position face aux forces qui s'affrontent dans le champ social de la santé. L'exercice du contrôle réflexif et systématique sur les actions développées dans le système (une caractéristique des acteurs compétents) demeure absolument nécessaire pour réussir à dégager la double herméneutique où le chercheur (comme acteur) et les autres acteurs (porteurs d'une connaissance pratique) sont plongés. La double herméneutique suppose alors que tous les acteurs (chercheurs inclus), sont porteurs d'une subjectivité et d'une capacité interprétative, se montrent aptes à construire des théories. Ainsi, l'acteur-chercheur reste simultanément au cœur de cette expérience synthétique de construction du système, des théories-pratiques et des métathéories sur la connaissance des acteurs.

*«L'objectivité découle de l'application rigoureuse et honnête des méthodes de recherche qui nous permettent de réaliser des analyses qui ne se*

*réduisent pas à la reproduction anticipée des préférences idéologiques de ceux qui les font. (...) Ni l'objectivité, ni la neutralité sont possibles en termes absolus ». (Santos, 2002)*

Face aux nombreuses options pour mener une étude sur la décentralisation, nous avons décidé d'étudier une question centrale qui puisse devenir un point de repère pour nous permettre d'observer le processus de décentralisation du système de santé; un enjeu spécifique à travers lequel nous puissions observer plusieurs angles de la décentralisation et les changements réels ou potentiels susceptibles de transformer le système. Nous avons trouvé dans l'«*allocation des ressources*» financières aux municipalités cet observatoire privilégié pour relier plusieurs informations et connaissances sur le système de santé en plein processus de changement de son organisation, de ses pratiques, de son histoire. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'allocation des ressources représente un moment où les acteurs du système se mobilisent autour des ressources et se positionnent (de façon explicite ou tacite) pour faire des choix importants sur l'avenir de l'organisation du système, à partir de la définition des priorités sur les services et les pratiques. L'argent joue un rôle structurant essentiel dans le processus de décentralisation ; en observant sa trajectoire dans le système de santé, mais surtout les décisions sur son allocation, nous pouvons percevoir les jeux des acteurs autour de ces ressources pour viabiliser leurs projets et les possibilités concrètes du développement de ces projets au cours de l'histoire.

Après les premiers choix initiaux sur la problématique générale et le sujet de l'étude, il fallait retenir une stratégie de recherche cohérente avec nos objectifs, notre perspective scientifique, les exigences académiques d'une thèse de doctorat et les limitations d'amplitude

posées par l'absence de financement . En tenant compte de cet ensemble de conditions, nous avons décidé de choisir une stratégie de recherche à travers laquelle les événements et les données du terrain puissent s'exprimer en toute liberté pour favoriser l'approfondissement de l'étude, dans le contexte déjà énoncé. Il fallait aussi préserver les possibilités des rapports du chercheur avec le terrain, car il était impliqué dans le processus (de façon plus évidente dans les premières phases). Nous avons alors opté pour une «*étude de cas*», stratégie qui nous permettrait de focaliser notre attention sur le développement du processus de décentralisation et d'allocation des ressources aux municipalités, de façon à pouvoir établir les rapports entre les différents niveaux du système.

Les études de cas sont particulièrement indiquées pour des recherches synthétiques dont on prétend comprendre, expliquer ou même examiner les conditions de probabilité d'un phénomène complexe à l'intérieur de son contexte (Contandriopoulos et al, 1990), comme les changements dans les systèmes de santé. Dans ce type d'études, il faut établir une documentation la plus exhaustive possible sur le phénomène en question; une richesse détaillée sur les événements, les processus, les pratiques, les rapports des acteurs impliqués est requise pour aider à tisser la trame des concepts au plan théorique dans leur relation avec le monde empirique. Nous n'entretentions pas non plus la prétention de nous présenter sur le terrain avec des conceptions préétablies basées sur un modèle théorique rigide et prêt à encadrer d'avance la réalité.

Notre étude s'inscrit avant tout dans une perspective «*constructiviste*» (Knoor-Cetina, 1999; Latour, 1984) dont les données issues du terrain constituent la source permanente d'un dialogue entre le monde empirique et la construction théorique, menant à l'interprétation et la compréhension du phénomène à l'étude pour, finalement, en tirer des conclusions. Évidemment, nous avons une expérience antérieure, la connaissance du terrain, des hypothèses et un cadre conceptuel minimum comme repères. Mais, en arrivant sur le terrain, nous avons tenté de créer les conditions favorables à l'émergence des données concrètes, saisir les diverses dimensions du phénomène, assouplir les rapports pour faciliter l'ajuste de l'outillage théorique et des hypothèses émises au début.

### **3.3. Les procédures opérationnelles**

Dans les études de cas, les observations sont réalisées à l'intérieur de chaque cas. Ces études autorisent une grande souplesse dans la collecte et la production des données et des informations, de multiples techniques peuvent également être utilisées pour les accomplir; l'espace pour la créativité du chercheur face à des situations inattendues est prévu. Nous avons privilégié comme outil méthodologique le contact direct avec le terrain plutôt que l'emploi de questionnaires standardisés. Dans les interviews, les groupes focaux, l'observation directe et les entretiens informels enregistrés sur un cahier de notes, il demeure possible d'enregistrer les impressions, les «*insights*», des questions imprévues surgies au cours de ces différents types de contacts directs; la rigidité des questionnaires standardisés, avec

leurs questions fermées et formulées d'avance, ne nous permettrait pas la flexibilité nécessaire pour atteindre nos objectifs.

Le nombre d'unités d'analyse doit être cohérent avec les objectifs de la recherche et la méthodologie adoptée. Généralement, les recherches qualitatives, spécialement dans les études de cas, les chercheurs en choisissent un petit nombre; maintes fois, une seule unité d'analyse (le cas) suffit à atteindre les objectifs de la recherche. Le potentiel explicatif et/ou compréhensif (selon l'approche) de ce type d'étude réside dans la cohérence des rapports entre les composants de chaque cas et sa variation dans le temps (Contandriopoulos et al., 1990). Alors, le plus important ici ne correspond pas au nombre d'unités d'analyse étudiées (la représentation statistique/quantitative de l'ensemble), mais plutôt l'approfondissement de l'étude qui révèle les attributs du phénomène (ses qualités) et l'appréhension de ses diverses dimensions, sens et significations. La dimension temporelle permettra de retrouver l'histoire, les tendances, les ruptures, les accidents, les événements du phénomène (Morin, 1984). En considérant l'amplitude de l'étude et nos limitations déjà énoncées, nous avons décidé de mener une étude de cas unique, sélectionnant le système de santé d'un état de la fédération brésilienne pour constituer notre seule unité d'analyse. Ainsi, en utilisant quelques critères de sélection, nous avons choisi d'étudier le cas de la décentralisation/ municipalisation de la santé et de l'allocation des ressources aux municipalités dans l'état fédéré du RN.

Nous avons considéré quatre critères: pour la sélection du cas, l'ouverture des acteurs locaux à prendre part à la recherche, l'appui des autorités locales du système de santé à son

développement, les expériences antérieures d'organisation de services de santé dans l'état fédéré, les facilités opérationnelles pour la réalisation de la recherche. À l'état fédéré du RN, nous avons trouvé une grande ouverture des acteurs locaux à parler de leurs expériences dans le système de santé et le fait que l'auteur connaissait certaines des autorités locales a facilité l'adhésion de ces dernières à la recherche. Ces critères prennent de l'importance, car l'opposition des autorités et la méfiance ou encore l'absence de volonté des acteurs de contribuer à la recherche constituent de grandes contraintes à sa réussite, quelquefois même des obstacles insurmontables. En plus, le RN s'est constitué comme un vrai laboratoire d'expériences d'organisation des services et programmes de santé au Brésil (Hetzl de Macedo, 1982).

Finally, the fact that the author has a fixed residence in Natal, capital of the state of RN and that he can rely on the infrastructure of the UFRN facilitated the operationalization of the research in this state, as a large part of the decisions on the dynamics of the process of decentralization and allocation of resources take place in Natal. Thus, the Secretariat of Health of the Federal State (SSE-RN) is located in Natal; the meetings of the Commission for Intergovernmental Bipartite (CIB-RN) and the Council of Municipal Secretaries of Health (COSEMS-RN) take place in Natal, where they have their seats; the municipal secretariat of Health the most powerful is that of Natal. It also played a significant role in the development of the process of municipalization of health in RN. Taking into account all the conditions mentioned above, RN was chosen to represent the «*cas*» of our study; this federal state was satisfactory to all the selection criteria fixed beforehand.



Après notre arrivée et notre immersion, nous avons pu saisir les catégories empiriques qui se dégagent du terrain, nous avons établi l'état des connaissances sur le sujet de l'étude et les réflexions théoriques indispensables à notre travail. Ainsi, à partir d'un dialogue entre l'aspect empirique et la réflexion théorique, nous avons dû construire un cadre conceptuel pour la recherche (présenté dans le chapitre précédent). À partir de ce dernier, nous avons défini les trois dimensions de l'étude. Les dimensions structurelles et de l'action des acteurs, sont récursives et intégrées à la dimension systémique dans l'espace-temps. À la dimension de l'«*action des acteurs*», nous avons observé leurs caractéristiques, les jeux de pouvoir, les positions, les intérêts, les routines et la forme d'agir de ces acteurs autour de l'allocation des ressources. À la dimension «*structurelle*», l'attention s'est portée sur les propriétés structurelles du système (matérielles, organisationnelles et symboliques), les règles et les ressources, les incitations et les contraintes, les décisions prises relativement au processus d'allocation des ressources et à la destination de l'argent. L'observation de la dimension systémique dans les contextes historiques successifs (économiques, sociaux, politiques, culturels, organisationnels) nous a permis d'établir les articulations nécessaires entre les composants structurels et les actions des acteurs. Dans la dimension systémique les liens se révèlent dans leur complexité, le processus de structuration à partir de l'action réflexive des acteurs gagne du sens et devient plus clair, suite à la décentralisation vers les municipalités.

La recherche a couvert une période de dix-neuf ans (1986-2004) dont les six premiers précèdent la municipalisation de la santé, la phase d'organisation du mouvement politique par

le réforme, moment fondamental pour comprendre l'émergence des forces nouvelles, les défis de la réforme sanitaire et de la municipalisation au RN, les acteurs impliqués, leurs jeux de pouvoir, les enjeux principaux, les avances et reculs, la création des conditions de faisabilité de l'implantation de la municipalisation, lors d'une prochaine phase. Le concept d'«*épisode*» (Giddens, 1984) nous a permis de définir les conjonctures de l'étude; un épisode constitue une période où les repères du début et de la fin reposent sur des événements aux dédoublements pratiques dans le champ social de la santé.

La collecte des données a été réalisée par la recherche d'une documentation exhaustive sur le développement du processus de municipalisation au RN, auprès de sources premières et officielles:

- Documents officielles (arrêtés ministériels, normes opérationnelles, règlements, plans, rapports, ordres de service, actes de réunions) du MS, SSE-RN, SMS de Natal, COSEMS-RN, NESC-UFRN et de la CIB-RN;
- Procès verbaux de réunions de la CIB-RN (172), ordinaires (132) et extraordinaires (40);
- Entrevues libres (de nature exploratoire) avec des acteurs clés de l'histoire de ce système (4). Ces témoignages nous ont indiqué des pistes importantes et, au même temps, nous ont orienté vers d'autres acteurs à interviewer et d'autres documents à rechercher;
- Entrevues semi-dirigées (42) réalisées pendant les différents moments de la recherche (un total de 96 heures d'entrevues enregistrées). Quelques acteurs nous ont donné accès à des documents, à même leurs archives personnelles sur le système de santé du RN;

- Focus groups (2) avec des acteurs du processus de décentralisation et d'allocation des ressources au RN (cinq interviewés dans chaque groupe);
- Recherche dans les sites internet du CONASS et du CONASEMS pour avoir accès à plusieurs documents représentatifs de la pensée et des positions de ces acteurs sociaux;
- Consultation des banques de données de la CIB-RN, du SSE-RN et de quelques-unes du MS, comme le SINTESE et le DATASUS (SIA, SIH, SIOPS), pour obtenir des données sur les modalités de gestion, le financement et l'allocation des ressources, l'évolution de la couverture des services de santé, entre autres;
- D'innombrables entretiens informels enregistrés dans nos «*cahiers de notes*» sous forme d'informations, indications, contradictions, impressions pour mieux nous situer et pouvoir confronter avec les autres sources de données recueillies contribuant ainsi à la «*crédibilité*» (critère de validation) de la recherche;
- L'observation directe de quelques réunions de la CIB-RN, espace de négociation et de décision sur les processus de décentralisation et d'allocation des ressources aux municipalités du RN, a été d'un apport majeur principalement pour prendre connaissance d'aspects qui ne sont pas explicités dans les documents comme la position des acteurs, leurs alliances, leurs stratégies (quelquefois dissimulées mais plus perceptibles en présence des autres acteurs);
- L'observation, à titre d'acteur privilégié profitant de notre condition de consultant du secrétaire à la Santé de l'état fédéré, de certaines réunions huis clos entre les acteurs du système, où la discussion portait sur des questions relatives au processus de décentralisation.

Il faut souligner que toutes ces techniques s'incorporent dans un processus actif de communication entre l'observateur et les observés : «*L'art de l'interview est de surmonter les inhibitions en faisant appel au besoin de communication de l'interviewé*». (Morin, 1984. p. 169)

Les procès verbaux de la CIB-RN se sont révélés des documents fondamentaux pour cette étude. Les réunions de cette Commission intergouvernementale constituaient l'espace privilégié de discussions et de prises de décision sur le SUS-RN où les acteurs collectifs se rencontraient, prenaient des positions selon leurs intérêts, attentes, croyances, connaissances pour poursuivre des objectifs dans le système de santé. Au fil du temps, nous avons suivi les mouvements de ces acteurs dans cet espace privilégié pour l'opérationnalisation de la décentralisation et l'allocation des ressources du SUS. L'analyse de ces procès verbaux n'a pas suivi une grille fermée d'analyse préétablie. La lecture de ces documents (très fidèles aux réunions, élaborés à partir de la transcription des discours enregistrés sur cassettes) nous a permis de suivre les événements et de repérer les situations, les positions, les routines, les émergences et les enjeux. Peu à peu, les thèmes, les contextes d'action, les jeux, les conflits, la coopération, les décisions et les épisodes ont émergé du terrain.

Pour définir les interviewés nous avons réalisé un échantillonnage intentionnel, à partir des trois critères de sélection : être membre de la CIB-RN (secrétaires à la Santé de l'état fédéré et des municipalités du RN ou gestionnaires du SSE-RN), une autorité de la santé alors responsable dans la prise de décisions sur la décentralisation et l'allocation des ressources; représenter un des groupes d'acteurs impliqués dans le processus de structuration du système (technocrates, professionnels de la santé, intellectuels, fournisseurs de services de santé privés conventionnés par le SUS, politiciens, directeurs de syndicats professionnels du domaine de la santé); avoir participé activement au processus de décentralisation, au moins dans une de ses

phases (mouvement pour la municipalisation, par exemple). Le nombre d'entrevues a été déterminé par la méthode de «*saturation des informations*»: la collecte des données, au moyen d'entrevues, s'est achevée quand ces dernières ne révélaient plus rien de nouveau. Toutes les entrevues (les «*focus groups*» inclus) ont été enregistrées sur des cassettes, transcrites et soumises aux interviewés pour leur approbation du texte.

Les deux «*focus groups*» (entrevues semi-dirigées en groupe) ont été réalisés de façon à réunir des représentants des divers groupes d'acteurs afin de mieux les confronter à des questions conflictuelles spécifiques émergées lors d'entrevues individuelles; ces occasions nous ont permis d'apprendre de nouvelles informations concernant la période la plus récente et aussi la plus longue (1995-2004), du processus. Ces «*focus groups*» offrent les avantages de pouvoir collecter un volume considérable d'informations dans un laps de temps plus court, confronter des opinions diverses, valider nos interprétations à travers les propres acteurs. Par contre, cette technique ne parvient pas au degré d'approfondissement des questions atteint par les entrevues individuelles.

Après la transcription des enregistrements des entrevues et des «*focus groups*», nous avons créé une banque de données qui incluait aussi les notes sur les entretiens, les observations directes et les documents dépouillés. Ensuite, nous avons procédé à la comparaison des récits oraux entre eux, avec les documents et notes se rapportant aux mêmes événements ainsi que la confrontation des versions et interprétations des différents acteurs sur les faits.

L'analyse des données collectées repose essentiellement sur des méthodes qualitatives. D'abord, nous avons systématisé les données repérant les événements significatifs dans le système de santé du RN et son contexte, ainsi que leurs implications sur la dynamique de ce système, de manière à en retracer l'histoire et pouvoir en définir les principaux épisodes. La description des propriétés structurelles du système au RN, de leurs dynamiques et de leurs interrelations a été réalisée, en tenant compte des changements intervenus. Encore, pendant cette phase descriptive, une identification et caractérisation des acteurs impliqués dans ces processus à l'étude nous semblait fondamentale pour établir une sorte de cartographie de la distribution du pouvoir utilisée dans la compétition pour les ressources financières du SUS. Ensuite, nous avons analysé le discours présent dans les entrevues et documents (Bardin, 1977; Mynaio, 1992; Miles et Huberman, 1994). Le repérage des thèmes significatifs dans le discours des acteurs nous a permis de faire ressortir les enjeux principaux autour de la décentralisation et de l'allocation des ressources dans le système de santé du RN, et de percevoir les acteurs en scène, les jeux et les stratégies développées par ces derniers pour faire face à ces enjeux.

### 3.4. La qualité de la recherche

Quand nous sommes en train de réaliser une recherche sur les systèmes sociaux, nous nous retrouvons face à une «*double herméneutique*» (Giddens, 1984) dont les phénomènes sont interprétés selon un double registre: celui des chercheurs et celui des acteurs sociaux. Les scientifiques, par leurs recherches, prétendent identifier et décrire les cadres de signification utilisés par les acteurs pour orienter leurs actions. Par contre, ces descriptions constituent un ensemble de catégories interprétatives (des sciences sociales) qui, pour être diffusées, exigent un travail de traduction et retraduction des différents langages, pour permettre d'entrer et de sortir de l'univers de l'analyse interprétative des sciences sociales. Le discours du scientifique correspond toujours à un effort d'interprétation du langage d'un agent social, alors porteur d'une connaissance qui demeure à la base du discours scientifique. Mais, ce qu'ils explicitent (agents sociaux), par leurs discours ne suffit pas pour dévoiler les logiques subjacentes à leurs actions; il faut surmonter l'«*illusion de transparence*» des discours des acteurs sur leurs pratiques (Bourdieu et Wacquant, 1992). Ainsi, une partie du sens et de la signification des conduites des acteurs échappe à se laisser encadrer par le langage discursif de l'acteur individuel.

Assurer la qualité d'une recherche dans ce domaine exige l'utilisation de plusieurs techniques (exclusivement discursives ou associées à d'autres non -discursives) pour favoriser l'expression la plus libre du terrain. Il faut observer les phénomènes selon différents angles, en considérant leurs nombreuses dimensions, établir des comparaisons, relier les informations,

les confronter et finalement, parvenir à des interprétations valides. Nous sommes au milieu d'un champ de communication où chercheurs et acteurs, porteurs de langages, d'expériences et de connaissances diverses, livrent des messages pas toujours bien compris, soit des acteurs, soit des chercheurs. Des troubles de communication peuvent survenir et il s'agit de rester attentif pour s'assurer à plusieurs reprises que ce que l'on a dit a bien été compris et interprété par l'autre et vice-versa.

L'intersubjectivité tient alors un rôle décisif dans ce type de recherches comme élément fondamental pour assurer sa qualité. De la confrontation des interprétations individuelles découle le pouvoir de juger de la validité des informations fournies. Toutefois, il faut prendre garde de ne pas exclure d'avance une information fournie par un acteur et non confirmée par les autres. Quelquefois, l'exception nous révèle les informations les plus valables. Quand nous établissons la confrontation des discours avec la pratique (à travers les observations directes ou même de certains documents qui traduisent bien les pratiques), maintes fois, nous nous trouvons en présence d'une information dont la majorité des acteurs ne veut pas parler ou donne une version déformée des faits. Alors, contrairement aux recherches quantitatives, où la statistique établit la norme comme significative et les «*outsiders*», exclus, dans les recherches qualitatives, ce sont parfois les «*différents*» qui nous communiquent quelque chose de vraiment révélateur.

Ainsi, revenons-nous à traiter d'un problème qui s'impose également aux attentes de qualité des recherches, à savoir «*l'illusion d'objectivité*». Elle consiste à croire en la



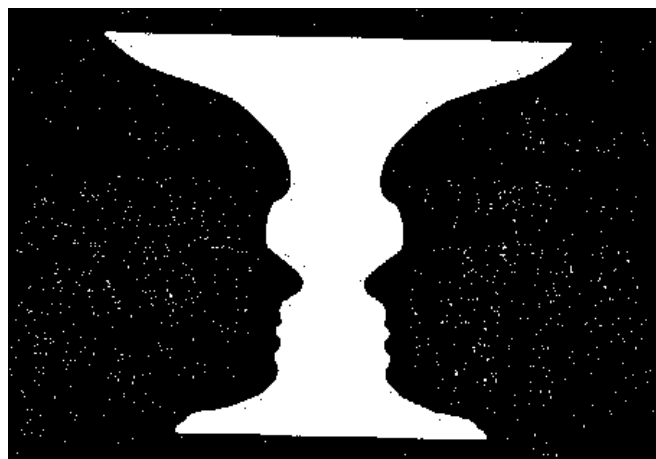
possibilité d'une observation «neutre» des faits, phénomènes et événements à l'étude; l'observateur étant dans une position telle, qu'il s'éloigne de la réalité pour la décrire et ainsi pouvoir établir des conclusions objectives, sans aucune contamination personnelle. C'est croire à la possibilité d'un monde où la réalité demeure indépendante de l'observateur et que son travail, en tant que chercheur, réside dans la découverte de cette réalité, à travers une description qui reste comme l'unique vérité existante (Vasconcellos, 2002). Dans le chapitre précédent, nous avons suffisamment discuté de la question de l'«objectivisme» en sciences sociales. Cependant, faut-il rappeler qu'une grande partie des critères de rigueur établis par la science traditionnelle demeurent marqués par la préoccupation de l'objectivité quant aux rapports entre les sujets et les objets de la recherche.

Vasconcellos (2002) souligne que l'objectivisme suppose la possibilité d'écarter la subjectivité des chercheurs, éliminant, dans la pratique, la possibilité de l'interprétation dans la science. L'auteur remarque que, dans leur effort d'objectivation, ce que les observateurs aperçoivent ne constitue pas le résultat de leur focalisation sur des aspects de l'objet, donc une sélection «subjective» au moment de la perception ; ce qui ne correspond pas à la «réalité» plus large. La figure 4, illustre deux types absolument différents d'images qui se complètent dans le tout. En général, ce qui arrive aux observateurs équivaut à la focalisation du regard sur le détail (le calice), ou sur un champ de vision plus large (deux visages, l'un en face de l'autre). Ainsi, focaliser le regard sur les relations (calice-visages), résulte de l'intégration de l'objet dans le contexte, ce qui correspond à une vision synthétique facilitant l'interprétation. Cet exemple très simple peut être imaginé à une échelle beaucoup plus large des relations à l'intérieur de systèmes complexes (comme celui de la santé) ou encore dans les connexions

intersystémiques. Dans ces cas, la focalisation peut produire des effets mutilateurs dans une perception du système en tant que tel ; un recadrage de la situation s'impose alors, mettant l'accent sur les relations plutôt que sur l'analyse «*objective*» des parties.

Évidemment, nous ne pouvons nier le besoin d'avoir recours à des critères de rigueur pour pouvoir juger de la qualité des recherches. Nous voulons surtout attirer l'attention sur le caractère historique, contingent et toujours arbitraire de l'établissement de ces critères par la communauté scientifique. Foucault (1966; 1969); Beck (2001) et Santos (2002) ont souligné le caractère essentiellement historique des règles de formation du discours scientifique et que, dans l'âge moderne, la science a développé le projet d'établir son monopole sur la production de la vérité. L'hégémonie de la connaissance scientifique par rapport aux autres formes de savoir dans la modernité dévoile aussi les relations entre le savoir et le pouvoir et la constitution de dispositifs de pouvoir, répandus de façon capillaire dans le tissu social.

**Figure 4. Le calice et les visages.**



Bourdieu (1989; 1997) remarque que la science a constitué un champ social spécifique dont les acteurs (les scientifiques) se disputent le contrôle des ressources et des règles de production et diffusion des connaissances. Les jeux de pouvoir provoqués par les acteurs dans le champ scientifique sont médiatisés par des incitations économiques, politiques et symboliques. En fait, ce champ équivaut à tous les autres, avec des conflits, des luttes, des forces antagoniques, des alliances et stratégies, des monopoles dont la spécificité réside dans le type de biens produits (les connaissances scientifiques) et le type de gratifications ou «*crédits*» reçus qui relèvent de l'ordre du symbolique et du politique. Ces crédits sont accumulés sous forme de «*capital symbolique*» qui assure du prestige parmi les pairs ou même dans la société plus large ou, encore, de «*capital politique*» dans le champ, ce qui permet d'assumer des postes d'autorité dans les institutions et sociétés scientifiques. Cependant, les règles de validation de la scientificité résultent toujours d'accords temporaires sur les formes de production scientifique considérées adéquates dans un scénario dont les formes de capital (politique et/ou symbolique) accordées aux acteurs ne sont pas distribuées de façon égalitaire.

Considérations faites sur l'impropriété d'affirmer la souveraineté atemporelle des règles de validation scientifique, en particulier les mécanismes de recherche d'objectivité à tout prix, nous énoncerons quelques remarques sur la question de la généralisation des connaissances produites dans une recherche sur les systèmes sociaux. Giddens (1984) attire l'attention sur le fait que les adeptes de l'objectivisme et du structuralisme cherchent, par la régularité des conduites des acteurs sociaux, à découvrir des lois universelles et atemporelles, basées sur le pouvoir de généralisation des connaissances produites par les recherches, qui puissent servir à la prédiction des faits et des événements sociaux. En affirmant que, dans

l'actualité, même dans les sciences de la nature, les lois universelles sont remises en question, Giddens s'interroge sur leur pertinence dans le domaine du social. Affirmant l'inexistence de lois universelles connues dans les sciences sociales, il mettra l'accent sur le besoin des scientifiques de trouver des outils pour mieux comprendre ce que les acteurs savent sur ce qu'ils font et pourquoi ils le font plutôt que de se préoccuper des généralisations.

Les sciences sociales produisent des connaissances ouvertes sur la société, en étant basées sur les connaissances des acteurs et, exerçant simultanément une influence sur les conduites de ces derniers, au fur et à mesure qu'elles sont retraduites par les moyens de communication et se répandent dans le tissu social. Alors, au moment où un chercheur publie les conclusions de sa recherche sur les tendances du financement du système de santé d'un pays, affirmant qu'une certaine décision peut affecter le niveau d'emploi des professionnels de la santé et que ces conclusions sont diffusées, parvenant à la connaissance de ces acteurs, cette connaissance peut (ou non) produire des réactions en chaîne provoquant des répercussions sur les décisions des gestionnaires. D'une part, nous faisons face à une connaissance scientifique acquise à partir de la connaissance des acteurs, qui a le potentiel de modifier la connaissance de ces mêmes acteurs ; ainsi, le cercle de production de connaissances se poursuit-il de façon récursive. D'autre part, nous sommes face à une connaissance sur un phénomène spécifique survenu dans un contexte précis dont les conclusions ne peuvent absolument pas s'appliquer et se généraliser à d'autres phénomènes semblables arrivés dans un autre contexte. Alors, le problème des généralisations en sciences sociales est loin d'être prioritaire et se constitue seulement l'une des préoccupations parmi d'autres des scientifiques ; elle doit être présente en

fonction des objectifs, de la nature et de la stratégie méthodologique choisie pour une recherche.

Cette thèse est le résultat d'une recherche empirique sur la décentralisation/municipalisation du système de santé brésilien au RN, pendant la période 1986-2004; elle porte une attention particulière à l'allocation des ressources financières aux municipalités qui constitue un enjeu de taille dans le changement du système. En tenant compte des spécificités du système de santé dans chaque état fédéré et des hétérogénéités entre les états et municipalités, ce phénomène demeure une expérience singulière qui ne peut pas être reproduite dans un autre espace-temps. Par contre, comme nous l'avons déjà mentionné, malgré l'autonomie et les spécificités des niveaux périphériques du système, certaines caractéristiques du Tout (le système de santé brésilien) restent présentes dans les parties. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné, le RN est exemplaire pour étudier les politiques de santé, car toutes les expériences développées par l'État fédéral ont été réalisées dans cet état fédéré, sous des couleurs régionales. Une compréhension des processus de décentralisation et d'allocation des ressources au RN renvoie nécessairement à leurs articulations dans le contexte national du système de santé brésilien. En plus, compte tenu de la forte centralisation des organisations de l'État brésilien dans le passé récent, l'importance de l'action de l'État fédéral dans les états et municipalités demeure encore significative. Les rapports d'autonomie/dépendance entre le niveau central et les niveaux périphériques du système restent marqués par la présence omniprésente de l'État central, lequel contient, dans son intérieur, tous les éléments périphériques.

Dans presque toutes les initiatives concernant les politiques de santé nationales, avant leur implantation à l'échelle nationale, le RN était toujours choisi pour participer à des études-pilotes. La compréhension des changements du système de santé au RN peut contribuer à comprendre la dynamique des transformations connues par le système de santé brésilien; en effet, le RN a-t-il expérimenté toutes les tentatives, incluant même celles tenant compte de la singularité de chaque état fédéré, mises en œuvre par l'état fédéral. Le processus de développement de la construction du SUS sous la tutelle de l'état central, basé sur des normes strictes appliquées à large échelle au niveau national, entre autres facteurs déjà mentionnés, nous incite à oser généraliser quelques résultats.

Nous n'utilisons pas ici une logique de réplication des résultats trouvés dans l'étude de ce cas appliquée à d'autres unités fédératives brésiliennes. Nous cherchons tout simplement, par la connaissance de quelques processus, situations, mécanismes communs à tous les états fédérés, à contribuer à la connaissance des processus nationaux (les politiques de santé brésiliennes), car ils sont présents de façon évidente dans les processus de décentralisation/municipalisation en cours dans les états fédérés et municipalités. Ainsi, la globalité des résultats de cette recherche ne peut être généralisée aux autres états fédérés, mais une grande partie de ces résultats peut certainement être généralisée à l'échelle nationale.

Pour atteindre les objectifs de la recherche, dans une approche de complexité, nous avons pris quelques précautions méthodologiques pour assurer la qualité de notre étude, en

particulier des critères de crédibilité et de confirmabilité (Tableau 3). La «*crédibilité*» consiste dans l'homomorphisme existant entre les réalités construites par les acteurs et celles qui leur sont attribuées par le chercheur, dans le processus de recherche (Giddens, 1984; Guba et Lincoln, 1989). Le critère de «*confirmabilité*» prétend assurer l'intégrité des données et des résultats de la recherche et la cohérence des articulations conceptuelles pour permettre une compréhension théorique adéquate des phénomènes à l'étude (Guba et Lincoln, 1989). Ces critères de rigueur ont été utilisés dans la perspective d'assurer la qualité de la recherche sans toutefois perdre en flexibilité, créativité et complexité. Le théorique et l'empirique, les acteurs et le chercheur, les données et les méthodes étaient immergés dans un champ de communication permanente pour permettre la construction de connaissances valides. Là, dans ce champ communicationnel, la flexibilité des ajustements donne tout son sens à la rigueur.

**Tableau 3. Critères et procédures pour assurer la qualité de la recherche**

Procédures	Critères
1. Utilisation de plusieurs informateurs-clés représentant diverses positions et perspectives ;	CR
2. Utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données : documents, entrevues, les focus groups, observation directe, entretiens informels ;	CR
3. Production de banques de données : transcription des entrevues et “focus groups”, organisation des documents et d’archives informatisées ;	CF
4. Soumission des entrevues et “focus groups”, transcrits aux interviewés pour certification de leur contenu ;	CF
5. Triangulation des méthodes et des sources d’information (comparaison des récits oraux entre eux et avec les documents et les notes sur les observations directes et les entretiens par rapport aux mêmes événements) ;	CR
6. Confrontation de nos interprétations avec les acteurs dans “focus groups” ;	CR
7. Construction d’un cadre conceptuel à partir des informations du terrain et de la recherche de concepts dans la littérature adéquats pour la compréhension des phénomènes à l’étude ;	CF
8. Ajustements du cadre théorique à l’émergence des données du terrain ;	CF

Crédibilité (CR)

Confirmabilité (CF)



**II - MUNICIPALISATION DE LA SANTÉ AU BRÉSIL : LE CAS DU RIO GRANDE DO NORTE**

## Chapitre 4. Politiques de santé au Brésil: les antécédents de la réforme.

Au début des années '80, le contexte international était plongé dans une forte récession de l'économie mondiale<sup>21</sup>. Plusieurs pays subiront de grosses difficultés<sup>22</sup> et l'accès aux nouveaux crédits resterait soumis aux propositions des programmes d'ajustement économique imposés par le «*Fonds monétaire international*» (FMI). Le Brésil, à son tour, subissait une crise économique prolongée<sup>23</sup>, aggravée par le contexte international et l'absence de politiques nationales adéquates aux besoins du pays. L'ancien modèle de développement national ancré sur l'État, comme catalyseur des processus de croissance économique et de développement social, se voit alors menacé par cette crise. En plus, les modèles de financement de l'État sont remis en question.

Au plan politique, malgré les politiques de libéralisation du régime militaire implantées après l'échec électoral de 1974, le déchirement progressif des forces de soutien à la dictature s'accompagne d'une vitalisation des forces d'opposition. Une crise d'hégémonie politique s'installe, par le biais d'une confluence de la crise économique et politique, menant au

---

<sup>21</sup> Le deuxième choc des prix engendré par la crise du pétrole et l'explosion des taux d'intérêt internationaux, entre autres problèmes, aboutira à cette récession économique mondiale.

<sup>22</sup> La Pologne et le Mexique sont des cas exemplaires de ces pays en crise ; ceux-ci ont fini par annoncer un moratoire.

<sup>23</sup> L'augmentation accélérée de l'inflation, la très basse croissance moyenne du P.I.B., les chutes significatives des revenus «*per capita*» et des investissements productifs et, finalement, l'expansion démesurée des taux d'intérêt nationaux en suivant un mouvement circulaire de spéculation financière constituaient les éléments les plus évidents de cette crise (Fiori, 1994). Le déséquilibre dans le bilan des paiements et l'augmentation des services de la dette extérieure seront aussi fort remarquables.

dévoilement de la grave situation sociale existante et des grandes insatisfactions cachées. Une explosion de mouvements sociaux d'opposition sera déclenchée par des groupes les plus divers, mobilisés par leurs intérêts spécifiques et une insatisfaction généralisée face à l'absence de libertés individuelles et politiques. Les élections de 1982 constitueront alors le grand miroir de cette crise du régime politique en place : la grande majorité des gouverneurs élus appartiennent à l'opposition.

Les publications de l'ABRASCO et du CEBES, spécialement la revue «*Santé en débat*» éditée par ce dernier, constituaient des références pour le mouvement, diffusant partout au Brésil leurs idées, des analyses et des informations stratégiques. Le titre de cette revue du CEBES évoquant le débat, les ententes, la remise en question de l'ancien système révélait l'approche des réformistes, leur souci de créer les conditions favorables pour la construction du nouveau.

Le système de soins présentait de graves problèmes: centralisation, absence de coordination et d'intégration entre les diverses institutions de santé existantes, plusieurs modèles d'organisation des soins écartés du profil épidémiologique de la population, difficultés d'accessibilité, inefficacité, inefficience, forte influence d'intérêts lucratifs, clientélisme, inexistence de participation sociale et de contrôle sur la qualité des services dispensés à la population. Les instances responsables de la prise des décisions, la planification et le financement du système centralisés au niveau fédéral, les états fédérés et municipalités se limitaient au simple rôle d'exécuteurs de la politique de santé, surtout celle centrée sur les «*actions primaires de santé*» et les activités d'urgence médicale.

L'allocation des ressources, également, était réalisée de façon centralisée, sans tenir compte des besoins de santé de la population, suivant des critères relatifs aux services existants, à la taille de la population et surtout aux relations clientélistes consolidées entre la technobureaucratie de l'État, quelques secteurs de la société civile et les partis politiques. En plus, l'allocation des ressources renforçait un modèle de prestation des services centralisé sur les soins (au détriment des actions de santé), les hôpitaux, les actes médicaux (surtout les spécialisés) et les services privés conventionnés par le système public de santé. Le paiement par services, utilisé comme une incitation favorisant les établissements privés, s'est révélé une «*source incontrôlable de corruption*» (Gentile de Melo, 1977). La participation des ressources fiscales du Trésor national au financement de la santé était très limitée et ce dernier dépendait des cotisations sociales, en particulier du budget de la sécurité sociale. À son tour, la sécurité sociale avait subi des crises successives reliées à son incapacité de percevoir les cotisations qui lui étaient dues, principalement celles des entreprises et du gouvernement fédéral, et à une tendance au déséquilibre entre recettes et dépenses. Ces crises de la sécurité sociale associées aux fluctuations conjoncturelles des finances de l'État national représentaient un facteur d'instabilité perturbant le financement du système de santé.

Les critiques du modèle dominant d'organisation des services de santé relevaient ses problèmes : exclusion sociale, faible impact sur la santé de la population et absence de contrôle public sur les distorsions, comme le coût croissant des interventions, gaspillages et fraudes (Gentile, 1981; Cordeiro, 1991). De nouvelles tentatives de rationalisation du système de santé réalisées au cours des années 80, le «*Plan du CONASP*», les «*Actions intégrées de santé*» (AIS) et les «*Systèmes unifiés et décentralisés de santé*» (SUDS) constituaient des politiques de décentralisation du système de santé.

En 1982, un nouveau plan sera élaboré à l'intérieur du «*Conseil d'administration supérieur de la sécurité sociale*» (CONASP). Ce plan avait comme objectif de promouvoir l'efficacité et l'efficience du système de santé; il s'inscrit dans l'esprit de rationalisation du moment : régionalisation des services, intégration des organisations de santé (fédérales, étatiques et municipales), création de nouveaux mécanismes de planification, d'allocation des ressources et des modes de paiement<sup>24</sup>. Néanmoins, sans l'appui effectif de la technobureaucratie de la sécurité sociale et subissant d'énormes résistances des secteurs médical et hospitalier privés, la politique des «*actions intégrées de santé*» (AIS), la plus importante de ce plan, restera très limitée jusqu'en 1983 et son implantation sera très hétérogène dans le territoire national (Noronha et Levcovitz, 1994).

En 1984, le «*Programme des actions intégrées de santé*» accordera la priorité à la politique des AIS, à peine amorcée par le programme antérieur. À chaque niveau du système de santé (national, étatique, régional et local), seront créées des formes collégiales de gestion, les «*Commissions interinstitutionnelles de santé*». En plus, de nouvelles conventions entre les échelons gouvernementaux renforceront l'idée d'une intégration entre les soins médicaux et les pratiques de santé publique. C'est un moment favorable à l'expansion des expériences municipales en santé qui profitaient de l'apport des ressources des AIS<sup>25</sup>. Les conventions se multipliaient partout au pays et les ressources décentralisées par les AIS arrivaient à 5% du budget global de l'«*Institut national des soins médicaux de la sécurité sociale*» (INAMPS)

---

<sup>24</sup> Le Plan du CONASP a fixé des paramètres de planification basés sur la demande/offre de services, selon l'orientation de l'INAMPS, ainsi que les «*Autorisations des hospitalisations*» (AIH), un mode de paiement par services hospitaliers informatisé, entre autres mesures de rationalisation du système de santé.

<sup>25</sup> Le mouvement pour la municipalisation de la santé gagne progressivement de la force. En février 1985, sera réalisée la Troisième rencontre nationale des secrétaires municipaux à la Santé, à Montes Claros (Goulart, 1996).

(Mendes, 1993); les états fédératifs et quelques municipalités étaient intégrés au système de santé en tant que fournisseurs de services, payés pour leur production mensuelle.

Après la composition d'un «*pacte pour la démocratie*», s'inaugure une nouvelle phase de la vie du pays appelée «*La Nouvelle république*» (1985-1989). Au début, cette période sera perçue par la population comme le retour à la démocratie. Le programme d'ajustement financier, connu sous le nom de «*Plan Cruzado*», vise le contrôle de l'inflation, la stabilisation de la monnaie, le contrôle des prix, entre autres mesures de régulation économique; il apportera un souffle d'espoir au Brésil : une possibilité de sortir de la crise. C'est un moment de grands débats publics et du retour au thème des réformes politiques et sociales ancrées dans la modernisation et la démocratisation. Le slogan «*tout pour le social*» sera largement utilisé, annonçant que la Nouvelle république privilégierait le développement social.

En 1986, le ministère de la Santé convoque tous les acteurs du système de santé pour participer à la «*VIII<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé*». Les enjeux principaux de cette conférence concernent la structure institutionnelle, le modèle d'organisation et de prestation des services ainsi que le financement du système de santé. Cet événement se caractérisera par une large participation sociale<sup>26</sup> et dans son rapport final, seront explicités les principes de base pour le nouveau prétendu système de santé, à savoir : 1) l'universalisation de l'accès aux actions et services de santé; 2) l'équité dans l'allocation des ressources et l'offre de soins; 3) l'intégration des organisations de santé autour d'un système unique de santé, sous la gestion d'une seule autorité à chaque niveau du système; 4) la décentralisation de la gestion, planification, exécution et évaluation des activités afin d'atteindre la souplesse nécessaire aux

---

<sup>26</sup> Le nombre de participants la VIII<sup>e</sup> CNS s'élève à 5000 personnes. Elle s'est tenue peu après l'implantation du Plan Cruzado et le président José Sarney comptait alors sur une grande légitimité populaire.

adéquations régionales et locales; 5) l'intégration des soins individuels et des actions collectives de santé, dans un réseau régionalisé et hiérarchisé de services; 6) la participation sociale dans la gestion et régulation du système de santé (Brasil, 1987). La création de «*fonds uniques de santé*» à chaque niveau du système (national, étatique et municipal), gérés par les autorités de santé de ces niveaux et fiscalisés par les «*conseils de santé*» correspondants, en tant qu'outils de gestion collégiale du système est aussi suggérée (Brasil, 1987).

Après la VIII<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé, la direction de l'INAMPS a commencé un mouvement pour l'adoption de mesures effectives de décentralisation du système de santé, en accord avec les principes définis par cette conférence, sans attendre la réglementation du SUS par le parlement national. Sera alors élaboré un document par les ministères de la sécurité sociale (MPAS) et de la santé (MS) proposant la création de «*Systèmes unifiés et décentralisés de santé*» (SUDS), axés sur les états fédératifs et unifiés par des mécanismes de coopération et d'intégration. En juillet 1987, le gouvernement fédéral créera les SUDS dont l'objectif annoncé visait à «*contribuer à la consolidation et au développement qualitatif des AIS*» (MPAS/MS, 1987) comme stratégie d'implantation d'une politique sociale de «*transition démocratique*» (Noronha et Levcovitz, 1994).

Au plan stratégique, la direction de l'INAMPS prétendait développer un processus de déconstruction de la structure et du pouvoir de cette institution (Cordeiro, 1991). Celle-ci avait suivi un processus de modernisation administrative et technologique intense comparativement aux autres institutions publiques de santé et le fait de concentrer la majorité des ressources financières du système lui conférait un pouvoir considérable sur son organisation. Doté d'un grand pouvoir réglementaire et financier, l'INAMPS constituait une sorte d'institution symbole du système de santé à réformer, surtout en ce qui concerne ses rapports privilégiés avec les établissements privés et le réseau clientéliste installé dans les organisations de santé.

Le transfert des responsabilités de gestion et des ressources financières de l'INAMPS aux états fédérés favoriserait alors un changement des règles du jeu institutionnel, nettement convenable aux intérêts privés, et un réaménagement des stratégies des acteurs dans le système de santé (Cordeiro, 1991).

Malgré l'action d'ensemble du MS et du MPAS, les conflits entre ces deux ministères à propos des SUDS semblaient évidents. Le MS priorisait l'unification de la gestion de la santé, à travers le transfert de l'INAMPS à ce ministère. Après la résolution de ce « *conflit originel* », le MS déclencherait un processus de décentralisation programmé, cherchant à réduire les résistances corporatives existantes. Par contre, la direction générale de l'INAMPS argumentait pour une décentralisation immédiate profitant du contexte favorable, rendant celle-ci irréversible: « *j'oppose à cette idée d'unification centralisée, l'idée d'une unification décentralisée (...) en appuyant les structures des états fédérés et municipalités* » (Cordeiro, 1987). En effet, le MS continuera immergé dans ses disputes internes, sans vraiment décentraliser aucune de ses organisations jusqu'à 1993<sup>27</sup>.

Les états fédératifs devenaient les grands interlocuteurs du gouvernement fédéral au cours de ce processus de « *décentralisation* » de la santé. Celui-ci répondait aux besoins des nouveaux gouverneurs élus de présenter des innovations administratives à la population et faisait partie de la stratégie déployée par les dirigeants de l'INAMPS dans leur quête d'appui politique (Levcovitz, 1997). Le constat que la somme des ressources financières transférées était substantielle a compté beaucoup dans le fort appui des gouverneurs des états aux SUDS. En plus, cette politique a servi à freiner une décentralisation plus large aux municipalités, ce

---

<sup>27</sup> Ils sont connus les « *lobbies* » exercés par le personnel de la FSESP, la SUCAM e les programmes du MS auprès des députés et sénateurs pour préserver la déconcentration de ces organisations, en empêchant la décentralisation prétendue (Noronha et Levcovitz, 1994 ; Xavier, 1999 ; Mattos, 2000).



qui a résulté en plusieurs conflits et courts-circuits dans les rapports entre les niveaux de gouvernement (Silva, 2001). L'enjeu «*municipalisation-districtalisation*»<sup>28</sup> de la santé reste emblématique de cette tentative d'arrêter la décentralisation au niveau des états fédérés. C'est le moment d'émergence du « *Conseil national des secrétaires à la Santé des états fédérés* » (CONASS) comme l'un des acteurs centraux de la politique nationale de santé, influençant les gouverneurs et poussant pour la décentralisation de la santé vers les états.

Pendant l'implantation des SUDS, le discours officiel remarquait les transferts substantiels des ressources, de la planification et d'une tranche du pouvoir décisionnel de l'INAMPS aux états fédérés. L'implantation de la «*Programmation budgétisation intégrée*» (POI) exprime bien l'idée de décentralisation unifiée des organisations de santé appartenant aux SUDS. La POI devait constituer le résultat des efforts de coopération/intégration de ces organisations pour réduire les actions inefficaces et parallèles. Par contre, la décentralisation du système de santé se limitera à un transfert des ressources de l'INAMPS aux SSE. Le premier imposait des limites normatives et budgétaires à l'autonomie de gestion des états fédérés, car il continuait d'être le responsable pour la définition des critères et normes pour les dépenses et activités à développer, laissant une marge de manœuvre très étroite aux décisions vraiment décentralisées. Décentralisation des ressources et de l'exécution des activités du système de santé mais avec régulation réglementaire et financement centralisés, tel était le modèle d'organisation des SUDS.

---

<sup>28</sup> Les gestionnaires des états fédérés argumentaient que la décentralisation aux «*Districts Sanitaires*» était plus approfondie que celle aux municipalités. La majorité des municipalités étant petites, ces districts étaient constitués du territoire de deux ou plus de municipalités, chargés d'une responsabilité qui transcendait l'échelon municipal de gouvernement.

À la fin de 1988, le gouvernement fédéral établira de nouvelles compositions politiques où la priorité allait aux alliances avec les secteurs conservateurs. Dans ce nouveau contexte, quelques ministres seront remplacés et le cadre des gestionnaires de ces ministères sera aussi renouvelé. Dans cette conjoncture, la nouvelle présidence de l'INAMPS tentera de déconstruire les SUDS par une réduction du volume des ressources financières transférées aux états fédérés et de retards systématiques dans ces transferts. Ces problèmes seront plus cruciaux dans les états où le gouverneur faisait partie de l'opposition au gouvernement fédéral. Une forte campagne contre l'administration décentralisée des SUDS sera prise en charge par le gouvernement fédéral, utilisant la presse pour dénoncer l'incompétence et la corruption des états fédérés et des municipalités. Les SUDS subiront alors de grosses difficultés jusqu'à la fin de 1990, quand ils seront remplacés par le nouveau système national de santé. Selon Levcovitz (1997), sans l'appui politique des gouverneurs, du « *Conseil national des secrétaires à la Santé des états fédérés* » (CONASS) et aussi de l'émergent « *Conseil national des secrétaires municipaux à la Santé* » (CONASEMS), les SUDS n'auraient pas survécu jusqu'au moment de l'implantation du SUS.

En 1988, une nouvelle constitution brésilienne était sanctionnée. Celle-ci était fortement inspirée par les idéaux démocratiques du moment politique national et les idées de décentralisation et d'un nouveau pacte fédératif y faisaient bonne figure. Les municipalités passent à la condition de nouveaux membres de la fédération et leur rôle s'accroît. Dans un contexte d'ouverture politique<sup>29</sup>, la constitution inscrira, dans son texte, les fondements de

---

<sup>29</sup> La période 1964-1985 reste dans la mémoire de la population brésilienne comme l'image en blanc/noir des années de la dictature militaire. Ensuite, un gros mouvement populaire pour la démocratisation a abouti à des changements dans l'ordre institutionnel.

l'approche réformiste, la santé<sup>30</sup> comme un droit de tous les citoyens et l'État comme l'institution responsable pour assurer ce droit. Elle créera aussi le «*Système unique de santé*» (SUS), basé sur les principes prévus d'universalisation, d'équité, d'intégration, de décentralisation, de régionalisation/ hiérarchisation et de participation sociale (Tableau 4). Le projet du SUS s'oriente vers la reconstruction de l'architecture institutionnelle du secteur de la santé et, suivant l'exemple des démocraties modernes organisées autour des États-providence, prétend chercher l'équilibre entre l'équité et le respect des libertés individuelles.

Au cours de l'histoire brésilienne républicaine, les rapports entre l'État et la société brésilienne ont subi des changements significatifs qui contribuèrent à bâtir le système de santé. Des idéologies diverses ont influencé le comportement des individus et groupes sociaux. Parmi elles, deux sont parvenues à réussir l'hégémonie nécessaire pour induire les modèles d'intervention de l'État : la «*développementiste*» et la néolibérale. Après 1930, l'État sera ancré sur l'idée d'induction du développement national. Cette idéologie sera dominante jusqu'aux années 90 et, dans plusieurs conjonctures historiques, l'État changera de régime politique, ses rapports avec la société et ses modalités d'intervention: populisme, dictature et démocratie alterneront, riches en nuances. Finalement, arrive le retour aux idées libérales, actualisées par un contexte où la présence de l'État dans la vie en société renforce cette voie. Dorénavant, le néolibéralisme prescrit au marché de réguler tout ce qu'il peut, mais en comptant sur un État moderne et le plus petit possible, capable d'assumer de nouvelles fonctions : agent des politiques économiques, régulateur des dérives du marché et inducteur des politiques sociales.

---

<sup>30</sup> Le concept de santé est perçu dans une vision élargie (O.M.S., 1986), remarquant le besoin d'articuler le secteur de la santé avec les autres instances de la vie collective.

**Tableau 4. Diagnostic du SNS et principes de base du SUS**

Système national de santé	Système unique de santé
<b>Sélection de la clientèle</b>	<b>Universalité</b> (accès)
<b>Inégalités des soins</b>	<b>Équité</b> (correction des inégalités)
<b>Prestation fragmentée des services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dichotomie préventif/curatif</li> <li>- dichotomie individuel/social</li> <li>- ancrée sur les hôpitaux et les spécialités</li> </ul>	<b>Intégralité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intégration des actions et des soins</li> <li>- articulation intersectorielle de la santé</li> </ul>
<b>Centralisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- normative</li> <li>- du financement</li> <li>- de la gestion</li> <li>- des soins</li> <li>- du contrôle et de l'évaluation</li> </ul>	<b>Décentralisation</b> (avec unification) <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la gestion (commandement unique)</li> <li>- des soins et services (réseau public unique)</li> <li>- du contrôle et de l'évaluation</li> <li>- du financement</li> </ul>
<b>Multiplicité</b> (des responsables p/santé) <ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de coordination</li> <li>- absence ou superposition des programmes</li> <li>- demande libre</li> <li>- superposition des actions</li> </ul>	<b>Régionalisation et hiérarchisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- définition de territoires</li> <li>- programmation intégrée</li> <li>- définition de clientèle</li> <li>- système de référence</li> </ul>
<b>Gestion technocratique et politique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hybridisme public/privé</li> <li>- clientélisme</li> </ul>	<b>Participation sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans la gestion</li> <li>- dans la planification</li> <li>- dans l'évaluation et le contrôle</li> </ul>

Le montage du système de santé brésilien demeure une grande œuvre d'architecture institutionnelle qui débute dans les années 30. La médicalisation progressive de la société, la centralisation institutionnelle, la concentration du pouvoir au niveau fédéral, l'instabilité des sources de financement, la difficulté à contrôler les coûts des soins, la distribution inégalitaire des ressources et des services de santé, l'absence d'une politique adéquate pour les ressources humaines, les liens du système avec les intérêts de groupes privés (politiques ou économiques), la culture clientéliste, caractérisent structurellement ce système de santé. À la fin des années 70, ce système sera remis en question et un grand mouvement social émettra des critiques, avancera et défendra la proposition d'une réforme. Pendant les années 80, les premiers pas seront franchis au plan législatif, mais l'implantation du SUS verra le jour sous l'administration de gouvernements néolibéraux. Les paradoxes de l'implantation de ce système resteront évidents ; une proposition socialisante lui a en effet donné vie. Les contraintes et possibilités imposés par le contexte national aux changements du système constituent des éléments essentiels pour parvenir à bien comprendre cet univers complexe et plein d'incertitudes de la politique de santé.

Le projet de réforme de la santé représente un clivage entre toute une histoire d'exclusion, de corporatisme et de prestation de services, selon l'ordre de la hiérarchie sociale. Il adopte un discours voué à la solidarité, à l'inclusion sociale, à l'équité, à l'intégration institutionnelle et à la coopération fédérative. Ce discours s'en prend à un «*a priori*» idéologique : dans un pays de grandes inégalités, en voie de démocratisation, il est possible d'assumer la prétention d'universaliser le statut de citoyenneté sociale pleine et entière, comme dans les sociétés démocratiques modernes, par le biais de la loi et des politiques de l'État. Cette vision optimiste prétend que le niveau local saura surmonter les énormes

contraintes existantes et réaliser les changements nécessaires pour modifier la tendance déjà cristallisée des inégalités dans le système de santé. La perspective de décentralisation de ce système aux états fédératifs et municipalités a favorisé l'émergence d'acteurs nouveaux dans ce processus, tels les gouverneurs, maires et secrétaires à la Santé des états fédérés et municipalités, entre autres. La décentralisation offrait des enjeux nouveaux dont certains acteurs du SUS et de la société civile s'accordaient avec les principes maîtres de la réforme tandis que d'autres semblaient plutôt s'y opposer. La mobilisation de ces acteurs autour des enjeux, motivés par leurs intérêts particuliers, engendrait des comportements stratégiques divers et des jeux de pouvoir localisés dans le système de santé.

La municipalisation de la santé apparaît ici sous un double registre : d'un côté, la perspective de renforcer les municipalités comme niveau local du système de santé, en vue d'assurer une gestion de ce système la plus proche possible des usagers, professionnels et problèmes, augmentant ainsi l'efficacité et la qualité de la prestation des services ; de l'autre côté, le discours néolibéral d'efficience de la décentralisation cherche à masquer la déresponsabilisation progressive du niveau fédéral vis-à-vis de la santé, transférant ses responsabilités aux municipalités. Au moment de l'élaboration des politiques de santé, ces deux perceptions différentes se confrontent et donnent lieu à des réaménagements systémiques possibles.

Le projet réformiste sanctionné par la constitution fédérale de 1986 ne connaîtra pas d'oppositions explicites. Mais, les résistances s'exercent à travers les sabotages, les lobbies auprès des parlementaires, gestionnaires et technocrates du SUS, les pratiques conservatrices de quelques acteurs. Corporatisme, clientélisme et pressions privatistes reproduisent un cadre

où les institutions publiques de santé sont piégées. Les coupures budgétaires, le financement insuffisant et l'allocation des ressources inégalitaire complètent le scénario contraignant. Toutefois, au cœur des turbulences de ce contexte, les acteurs réformistes ont su trouver l'élan nécessaire pour rendre possibles des détours afin de poursuivre leur projet. Au cours de l'histoire, de nouveaux acteurs s'y grefferont, de nouvelles voies seront tracées et le projet de construction du SUS se confondra avec les allers et retours des mouvements pendulaires animés par la décentralisation-centralisation. Une longue route reste encore à parcourir, perspective dont les retombées demeurent toujours imprévisibles.

## **Chapitre 5. L'émergence du mouvement pour la municipalisation de la santé au RN.**

### **5.1. L'émergence du mouvement**

Au Rio Grande do Norte (RN), 1986 représente une année particulièrement riche en événements dans le domaine de la santé publique. Le maire de la municipalité de Natal crée le «*secrétariat municipal à la Santé*» (SMS). Le premier secrétaire à la Santé de Natal, un médecin adepte de la social-démocratie, cherche à composer une équipe formée principalement de jeunes professionnels, issus pour la plupart des cours de spécialisation en santé publique offerts par le «*Département de santé collective et nutrition*» de l'«*Université*

*fédérale du Rio Grande do Norte»* (UFRN)<sup>31</sup>. En plus de se constituer comme la première organisation municipale de santé au RN avec l'objectif explicite de prendre en charge la santé de sa population, le SMS de Natal jouera un rôle très significatif dans le mouvement pour la municipalisation du système de santé au RN. L'alliance entre les gestionnaires du SMS de Natal, les intellectuels et les professionnels engagés dans le processus de réforme de la santé, amorce un mouvement pour la municipalisation de la santé au RN.

Au delà des effets au plan organisationnel et politique dans le secteur de la santé local, la création du SMS de Natal s'imposait comme un acte à forte portée symbolique : les municipalités sont capables de prendre en charge la santé de leurs citoyens. Dorénavant, la municipalisation devient partie constituante des discours de l'ensemble des acteurs participant aux processus d'organisation du système de santé et d'offre des soins au RN. Cela ne signifie pas qu'un consensus existait, mais bien que cette notion demeurera toujours présente dans les débats et le jeu institutionnel de la santé ; implicitement ou explicitement, pour ou contre, elle pointera à l'horizon des idées, des sentiments et des stratégies des acteurs.

La période 1986-1990 présentait un contexte national plutôt favorable à une réforme en profondeur du système de santé : le climat de re-démocratisation, les débats pour l'élaboration de la nouvelle Constitution fédérale, le « *mouvement sanitaire* », les recommandations énoncées dans le rapport de la « *VIII<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé* », le projet d'implantation des SUDS, à travers lesquels sera réalisée la décentralisation des ressources de

---

<sup>31</sup> Outre les contenus techniques nécessaires à la formation de ce type de spécialiste, il était reconnu que ces cours diffusaient largement les idées du mouvement national pour la réforme de la santé. Ainsi, ils ont produit nombre de professionnels à l'esprit critique et prêts à se battre pour cette réforme.



l'«*Institut national des soins médicaux de la sécurité sociale*» (INAMPS) au profit des «*secrétariats à la Santé des états fédérés*» (SSE) et, finalement, l'émergence d'un mouvement pour la municipalisation de la santé.

Dans plusieurs états fédérés brésiliens, les secrétaires municipaux à la Santé ont réussi à s'organiser autour des «*conseils des secrétaires municipaux à la Santé*» (COSEMS), pour défendre les intérêts des municipalités dans le domaine de la santé et déclencher le mouvement pour la municipalisation dans chaque unité fédérative. Progressivement, l'idée de constituer un réseau national de ces conseils, agglutinés autour d'une association nationale s'impose. En 1987, à la suite de plusieurs réunions nationales du mouvement pour la municipalisation de la santé, le «*Conseil national des secrétaires municipaux à la Santé*» (CONASEMS) voit le jour. Il a comme principale mission la coordination nationale de ce mouvement.

Le secrétaire municipal à la Santé de Natal et quelques membres de son équipe ont participé activement aux réunions nationales qui ont favorisé la fondation du CONASEMS. En tant que professeur de l'UFRN, il a cherché l'appui des intellectuels du secteur (en particulier des professeurs de santé publique de cette université), pour effectuer un travail de «*sensibilisation*» des maires et professionnels de la santé des autres municipalités, quant à l'importance de la création d'autres SMS et du développement des structures municipales de prestation des services de santé. Selon lui, pour réussir dans cette tâche, «*il fallait montrer*

*que la SMS de Natal fonctionnait bien dans un milieu où il y avait une hypertrophie du SSE-RN et une culture de méfiance envers les services municipaux de santé»<sup>32</sup>.*

La structuration du SMS de Natal et la diffusion des idées municipalistes du secteur santé au RN constituent deux mouvements différents étroitement soudés l'un à l'autre. Afin de réunir la force politique nécessaire pour exercer l'hégémonie sur les autres municipalités et les convaincre de l'importance de leur adhésion au mouvement, le SMS de Natal avait besoin de prouver aussi sa propre efficacité dans la prise en charge de la santé de ses citoyens; autrement dit, son efficience administrative et sa capacité d'apporter des réponses techniques de qualité aux problèmes de santé de la population lui conférait la crédibilité nécessaire pour soutenir un discours fort et convaincant à propos de la municipalisation de la santé.

Les municipalités au RN, pour la plupart, ne bénéficiaient pas de structures pour dispenser des services de santé à leurs populations. Le mouvement pour la municipalisation dans cet état était récent et, en grande partie, stimulé par le SMS de Natal et les intellectuels, eux-mêmes inspirés par un courant plus large, à l'échelle nationale, ayant réussi à pénétrer les cercles d'élaboration de politiques de santé. À partir du milieu des années 80, toutes les politiques implantées (Plan du CONASP, AIS, SUDS) traitent de l'idée de décentralisation du système de santé et de l'importance d'une participation des municipalités dans ce système. Toutefois, il existait une forte résistance des maires à l'institutionnalisation de la prestation de services de santé par les municipalités et ce, de façon systématique. Pour assumer ces

---

<sup>32</sup> Ex-secrétaire municipal à la Santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

responsabilités, il fallait investir pour établir les structures administratives, techniques, informatives, entre autres, et engager le personnel qualifié pour administrer, organiser, planifier, fournir et évaluer les services.

La majorité des maires se laissait influencer par une logique purement politique basée sur une espèce de «*comptabilité électorale*», selon laquelle les investissements dans la santé représentaient un coût très fort à payer. Pour ces politiciens, la population était déjà habituée à recourir aux services de santé assurés par le «*secrétariat à la Santé de l'état du RN*» (SSE-RN) et continuerait probablement à voter sans tenir compte du fait que les soins leur soient administrés par l'état fédéré ou les municipalités. Alors, créer des services municipaux de santé entraînait nécessairement des coûts additionnels, en plus d'attribuer de nouvelles responsabilités aux maires, sans pour autant leur apporter de nouvelles ressources, ni aucun avantage spécifique au plan strictement politique. Autrement dit, la situation pouvait se résumer à «*dépenser pour rien*». Fortement motivés par cette logique politique, les maires attendaient de la municipalisation de la santé une sorte d'incitation économique qui, à ce moment-là, n'était pas fourni par le gouvernement fédéral, ni par l'état du RN.

Malgré la résistance des maires à la municipalisation, l'«*effet démonstration*» causé par la création du SMS de Natal fonctionnait comme une sorte de «*capital symbolique*» (Bourdieu, 1994) dans les échanges d'information que les municipalistes utilisaient pour stimuler la création des nouveaux SMS. Dans leur discours, ils annonçaient la municipalisation comme incontournable et irréversible, une tendance des systèmes de santé. Ils soulignaient aussi les avantages financiers à court terme de la municipalisation de la santé

et démontraient aux maires que, pour bien en profiter, il fallait créer des structures municipales pour administrer et assurer des services de santé : un secrétariat, un conseil, un fonds et finalement des centres de santé. Alors, il fallait se préparer pour l'avenir.

*«Même dans la condition de conseiller technique du COSEMS-RN, je n'étais pas un municipaliste radical. Je soutenais les intérêts des municipalités, de la décentralisation, mais je reconnaissais aussi l'importance du rôle à jouer par les autres échelons du gouvernement. Mais, comme stratégie, nous utilisions un discours plus radical pour réussir à attirer l'attention des maires sur la question financière de l'allocation des ressources dans les 'fonds municipaux de santé' (FMS). De cette façon, nous avons réussi à ouvrir leurs yeux sur la municipalisation de la santé. Ils n'étaient pas intéressés au développement des activités d'un système municipal de santé, ni à la démocratisation et à l'administration de conflits à travers la création de conseils municipaux de la santé. Ils étaient intéressés à l'argent ; ils étaient très sensibles à ça»<sup>33</sup>.*

La capacité du SMS de Natal à convaincre les autres municipalités entraînait l'adhésion progressive des municipalités au mouvement et, en conséquence, la croissance du nombre de SMS au RN : *«pour la période 1986-1988, dans un univers de cent cinquante-deux municipalités existant au RN, un tiers de celles-là ont créé des SMS»<sup>34</sup>*. Ce fait renforçait l'idée de la viabilité d'implantation de la municipalisation et l'image des municipalités, en tant qu'entités responsables de la santé, gagnait du terrain ce que soutenait, de son côté, le SMS de Natal dans sa perspective de pousser pour une municipalisation effective de la santé dans son propre territoire.

---

<sup>33</sup> Ex-conseiller technique du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>34</sup> Ex-secrétaire municipal à la santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

Le «*Conseil des secrétaires municipaux à la Santé du RN*» (COSEMS-RN) sera créé, à la fin de 1987, sous la direction du SMS de Natal et dépendra encore de celui-ci. Pendant toute l'année 1988, le secrétaire municipal à la santé de Natal s'est dévoué à l'organisation de ce conseil. Il sera élu le premier président du COSEMS-RN et tiendra des réunions avec l'ensemble des secrétaires des autres municipalités, pour définir les stratégies afin de poursuivre le mouvement. Le fait que 1988 soit une année électorale et que, conséquemment, les maires les plus impliqués dans le processus de municipalisation de la santé devaient s'engager dans la campagne politique conduiront à une paralysie momentanée du mouvement municipaliste. Il faudra attendre les nouveaux maires et les nouveaux secrétaires à la Santé pour constater les grandes fragilités de tous ordres et les défis à affronter et surmonter.

À la fin de 1988, le «*Département de la santé collective et de la nutrition*» de l'UFRN créera le «*centre d'études en Santé collective*» (NESC-UFRN). Ce dernier jouera un rôle très important dans les politiques de santé du RN, comme une sorte de «*conscience critique*» du système de santé, diffuseur des idées de la réforme sanitaire, formateur de ressources humaines, promoteur d'événements pour inciter au débat sur la santé et finalement, producteur de connaissances dans ce domaine.

Il est encore tôt pour la municipalisation effective, mais c'est le moment de constituer des conditions de faisabilité. Dans ce contexte, le COSEMS-RN en tant que pion avancé du mouvement, tiendra un rôle de premier plan, mettant de l'avant la municipalisation de la santé. Malgré les résistances des maires, du SES-RN, entre autres, les secrétaires municipaux à la Santé continueront à s'organiser et à développer des stratégies pour soutenir l'idée d'une

décentralisation accrue. Mais, il manquait encore un cadre institutionnel convenable, des ressources et suffisamment de force politique pour réussir.

## **5.2. La décentralisation aux états: municipalisation ou districtalisation?**

En 1987, l'INAMPS a déclenché un processus de décentralisation de ses ressources aux états fédérés, à travers l'implantation des «*systèmes unifiés et décentralisés de santé*» (SUDS). Ils représentaient le premier pas vers la décentralisation effective du système de santé, mais sans répercussions majeures sur le processus de municipalisation. Au RN, le SUDS sera implanté comptant sur le transfert des ressources et la cession des structures de l'INAMPS au «*secrétariat à la Santé de l'état fédéré*» (SES-RN), sous la gestion du secrétaire à la santé de cette unité fédérative. L'INAMPS sera réduit à un petit bureau régional destiné à s'occuper exclusivement de l'administration du personnel. Ainsi, les professionnels et les fonctionnaires de cette institution fédérale existant au RN seront mis en disponibilité, en vue d'être affectés aux services du SUDS-RN ; ils resteront toutefois régis par la législation fédérale et reliés administrativement à ce bureau. Toutes les ressources financières du budget de l'INAMPS destinées au RN seront transférées au SUDS-RN<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Le SSE-RN continuera à payer son personnel mais, progressivement, les autres dépenses du SUDS-RN seront presque totalement soutenues par les transferts fédéraux de l'INAMPS.

L'implantation du SUDS-RN a été réalisée de façon très brusque, ce qui a donné lieu à plusieurs conflits<sup>36</sup>. Il faut souligner les divergences des équipes de gestionnaires et professionnels du SMS de Natal et du SSE-RN à propos de la décentralisation du système de santé. Chez les technocrates partisans de la réforme de la santé, le SUDS représentait un acte stratégique très important pour la réforme sanitaire ; l'étape intermédiaire entre l'ancien système et le SUS à venir.

*«En 1987, était survenue l'explosion de l'INAMPS. C'était une folie absolument nécessaire, à ce moment-là, pour le processus de décentralisation. Il y avait des critiques sur la forme, comme elle est arrivée. Mais, en vérité, à ce moment, la violence du SUDS a été très importante pour pousser le processus de décentralisation. Les ressources qui, par tradition, restaient à Brasilia, ont commencé à arriver aux états fédérés»<sup>37</sup>.*

Décentralisation limitée, sans franchir les frontières de l'état, le SUDS-RN a apporté au RN une grande somme de ressources financières, la responsabilité d'allouer ces ressources et la gestion effective de ce système de santé décentralisé. Il s'agissait aussi de prendre en charge les soins spécialisés dispensés avant par les unités sanitaires de l'INAMPS et aussi d'établir des rapports avec le secteur privé fournisseur de services au système public de santé. Les gestionnaires, les professionnels et les fonctionnaires du SSE-RN commencent à recevoir une gratification pour leur participation au SUDS-RN. Elle était tellement très significative,

---

<sup>36</sup> Après la signature du contrat pour l'implantation du SUDS au RN, le personnel de l'INAMPS-RN a poursuivi un mouvement de résistance à la décentralisation. La technocratie du Bureau régional de cette institution ne prétendait pas perdre sa position dans la structure de pouvoir du système de santé et le contrôle sur l'allocation des ressources. Quant aux professionnels et autres fonctionnaires, ils avaient peur de perdre leur niveau de salaire et les autres droits acquis dans cette institution fédérale.

<sup>37</sup> Ex-secrétaire à la santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

au point même de doubler leur salaire<sup>38</sup>. La peur de perdre cette gratification demeurera l'un des facteurs alimentant la résistance du personnel du SSE-RN à la municipalisation de la santé. Ce sentiment s'intensifiera, stimulé par les gestionnaires de cette organisation. En assumant la gestion du système de santé au RN, ils ne voudront plus entreprendre une décentralisation jusqu'aux municipalités.

*«Nous [le SSE-RN] sommes à survivre avec les ressources des conventions, des recettes hospitalières, parce que les ressources du Trésor de l'état fédéré sont rares. Ces ressources sont destinées au paiement du personnel, parce que ce qu'ils remettent pour le soutien administratif, même de la Régie centrale, ce n'est presque rien. (...) Si les ressources du SIA e des AIHs s'épuisent, tout va finir pour nous»<sup>39</sup>.*

Pour le secrétaire à la santé du RN et les technocrates du SSE-RN, la décentralisation du système de santé apportée par le SUDS représentait la possibilité de s'approprier du contrôle sur l'allocation des ressources de ce système et de la définition des politiques de santé, dans cet état fédératif. Il s'agissait de passer de la condition périphérique d'un simple fournisseur de services publics de santé à celle d'agent régulateur et gestionnaire de ce système. Dans un milieu où la culture politique clientéliste dominait les relations institutionnelles, cette nouvelle condition a engagé ces acteurs dans des rapports privilégiés avec les entrepreneurs du secteur et les autres instances du gouvernement de l'état<sup>40</sup>. Enfin, ils

---

<sup>38</sup> La justification pour cette gratification était le besoin d'équité salariale entre le personnel du SSE-RN et de l'INAMPS. En fait, elle représentait une incitation du gouvernement fédéral pour compenser les bas salaires payés par l'état fédéré.

<sup>39</sup> Ex-chef de la section du Budget du SSE -RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>40</sup> Les prises de décision sur les autorisations de séjours hospitaliers constituaient un des grands enjeux du secteur santé. Les intérêts privés et le jeu clientéliste de la politique locale seront fortement mobilisés autour des séjours hospitaliers. Ceux-ci étaient largement utilisés comme «*monnaie courante*» dans les rapports établis avec la population.



se sont confortablement installés sur les acquis apportés par leur condition de gestionnaires exclusifs du système de santé au RN.

La municipalisation sera alors vue comme une contrainte aux intérêts du secrétaire de santé du RN et des technocrates, entre autres membres du personnel du SSE-RN, au fur et à mesure qu'elle pouvait résulter en un changement ou réaménagement du jeu clientéliste, suite à la perte de pouvoir politique du SSE-RN et à la réduction significative de son pouvoir d'allocation des ressources. Aussi, se sont-ils opposés aux efforts du SMS de Natal pour s'engager dans le SUDS-RN, en posant les premiers jalons d'une décentralisation qui dépassait l'état fédéré. Dans cette démarche, le SMS de Natal a négocié avec la présidence de l'INAMPS la possibilité d'assumer l'administration de l'ensemble des centres de santé existant dans son territoire, incluant ceux qui appartenaient au SSE-RN. Cependant, cette ébauche de municipalisation sera frustrée par l'action de l'état fédéré qui a poussé politiquement pour changer les termes du contrat et retirer les articles concernant le transfert des unités sanitaires. Le SMS de Natal a signé un «*terme d'adhésion au SUDS*»<sup>41</sup>, par lequel cette institution municipale intégrait le SUDS-RN, mais il se bornera tout simplement à fournir des services de santé de première ligne, à travers ses propres centres de santé, et à recevoir le paiement mensuel de l'INAMPS pour les services fournis.

Malgré un certain compromis assumé à l'endroit de la municipalisation de la santé, établie comme un des buts du «*Plan d'action du SUDS-RN*», le SSE-RN cherchera à

---

<sup>41</sup> Étaient prévus dans les documents de création des SUDS les «*termes d'adhésion des municipalités*», connus aussi comme «*conventions de municipalisation*». Ils constituaient des contrats spécifiques à travers lesquels une municipalité assumait la responsabilité de fournir des services de santé dans le cadre du SUDS de son état fédéré.

développer progressivement un discours critique à propos de son implantation effective. Le secrétaire à la santé du RN et son équipe relevaient une grande immaturité des municipalités pour parvenir à assumer les responsabilités inhérentes à une décentralisation comme celle que souhaitaient les municipalistes. De plus, ils mettaient en relief les risques politiques et les difficultés opérationnelles que comportait une telle entreprise. Ainsi, ils posaient des questions et remettaient en doute le besoin de poursuivre la municipalisation. Devons-nous remettre aux municipalités la responsabilité d'administrer le système de santé, les hôpitaux, les centres de santé et le personnel, si elles n'ont aucune tradition dans le domaine de la santé, aucune structure administrative adéquate pour le faire, aucun désir d'investir dans ce secteur, aucune compréhension de ce qu'implique prendre en charge la santé de leurs citoyens? Vaut-il la peine de municipaliser le système de santé pour le confier à des maires corrompus qui ne pensent qu'à l'argent et à leur avenir politique ? Devons-nous municipaliser la santé et prendre le risque de rendre le système de santé à nos adversaires, qui l'utiliseront comme outil politique contre nous ? En plus, pratiquement, comment devons-nous nous y prendre pour décentraliser la santé vers des municipalités très hétérogènes, quelques-unes très petites, sans ressources, sans professionnels ni administrateurs pour faire face à ces nouvelles attributions ?

Le SSE-RN essaiera alors d'opposer à la municipalisation un nouveau modèle de décentralisation : la «*districtalisation*». La notion de «*district sanitaire*, appelé plus tard «*système local de santé*» (SILOS)<sup>42</sup>, faisait partie de l'ensemble des modalités d'organisation

---

<sup>42</sup> Au Brésil, le concept de «*district sanitaire*» a été développé dans le même sens que celui de «*système local de santé*», différemment de l'expérience anglaise et d'autres pays.

des services de santé, soutenu par le mouvement pour la réforme de la santé et l'implantation de ces districts était incluse dans les directives générales des SUDS.

Les territoires des districts sanitaires ne seraient pas définis par des critères politico-administratifs, mais plutôt par des critères techniques. Comme la majorité de ces districts ne correspondraient pas au territoire d'une seule municipalité, l'équipe du SSE-RN affirmait que l'état fédératif était mieux placé pour coordonner leur implantation et mise en œuvre, se situant au-dessus des problèmes intermunicipaux. Elle relevait l'importance de la décentralisation pour le système de santé, soulignant que la districtalisation allait encore plus loin que la municipalisation, qu'elle constituait une forme de décentralisation encore plus poussée que celle soumise aux limites de l'organisation politico-administrative de l'État brésilien. Comme «*l'Organisation panaméricaine de la santé*» (OPS) en était à diffuser l'idée de district sanitaire et à inciter les divers pays à mettre en place les modèles de districts sanitaires «*adéquats à chaque contexte local*», les technocrates du SSE-RN en ont profité pour utiliser ce discours afin de soutenir cette organisation de santé à continuer comme seule responsable pour la gestion de la santé au RN.

*«L'OPS a financé une opération de districtalisation au RN, en cherchant à trouver des formules adéquates à l'implantation de ce modèle de décentralisation dans cet état. Pour le développement d'une expérimentation d'implantation de districts sanitaires, quatre territoires ont été choisis, la zone nord de Natal entre eux. On attendait que ce projet puisse fournir des informations, accumuler de l'expérience pour ensuite la répandre. Mais, ça n'est pas arrivé. Cet essai d'implantation des districts sanitaires n'a pas réussi et on est resté là. (...) à ce moment, l'intérêt prédominant était celui de retenir la décentralisation du niveau fédéral en*

*tant qu'accumulation de pouvoir au niveau de l'état fédéré. Mais, lorsqu'on a commencé à parler de la décentralisation pour les municipalités, ce qui était nécessaire, on a mis le pied sur la pédale douce»<sup>43</sup>.*

En septembre 1987, pendant le «Séminaire interinstitutionnel sur la réforme sanitaire et l'organisation des services de santé au RN», dont l'objectif était de promouvoir le débat sur les stratégies d'implantation du SUDS dans cet état fédéré, les municipalistes en ont profité pour répondre aux questions posées par le SSE-RN à propos de la municipalisation de la santé. D'abord, selon ces acteurs, la corruption et le clientélisme n'étaient pas des caractéristiques des municipalités du RN, mais existaient partout dans les institutions publiques brésiliennes. Il fallait alors les combattre à tous les échelons du gouvernement, le municipal inclus, et l'existence de cette contrainte ne constituait pas un argument de poids pour invalider le projet de municipalisation. En outre, si les municipalités n'étaient pas encore assez matures pour assumer les responsabilités dans le domaine de la santé, ce n'était pas tout à fait leur faute ; c'était plutôt le résultat d'un long processus de centralisation des ressources et du pouvoir au niveau fédéral, centralisation encore accrue pendant les années de la dictature. Ainsi, cette «immaturité» proviendrait du dépouillement des états et municipalités de leurs responsabilités vis-à-vis de leurs populations, de l'expropriation de leurs ressources, enfin, de la négation de leur autonomie. Il fallait alors reconquérir le terrain perdu et amorcer un long processus de renouvellement des municipalités où les états fédérés auraient un rôle très important à tenir<sup>44</sup>. Dire que les municipalités sont immatures et leur nier le droit au développement constituait

---

<sup>43</sup> Ex-coordonateur de planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>44</sup> La discussion sur le rôle des états fédératifs et des autres échelons du gouvernement dans le système de santé municipalisé sera développée au cours des années dans les espaces institutionnalisés de négociation.

alors une position équivoque. Finalement, les risques politiques et les difficultés opérationnelles existaient ; il fallait les affronter et non renoncer au projet.

Les municipalistes ont aussi profité de ce séminaire pour rejeter l'argument considéré fallacieux d'opposer municipalisation et districtalisation. Le district sanitaire ne constituait qu'une structure fonctionnelle du système de santé, une des possibilités d'organisation et d'offre de services, entre autres, qui impliquait nécessairement la décentralisation de ce système vers les états fédérés et municipalités. Le choix du niveau de décentralisation du système de santé (état ou municipalité) et celui d'organiser les services (districts sanitaires, régionalisation à partir des hôpitaux, entre autres) constituaient alors des phénomènes d'ordres différents. Tout comme les états fédérés, les municipalités pouvaient également adopter le modèle des districts sanitaires pour organiser leurs services de santé. Une grande municipalité pouvait implanter plusieurs de ces districts dans son territoire ; une seule municipalité de taille moyenne pouvait se constituer en tant que territoire d'un district sanitaire unique ; en plus, plusieurs petites municipalités pouvaient s'organiser en régime de partenariat pour implanter un seul district sanitaire. Dans cette démarche, municipalisation et districtalisation constituaient alors des phénomènes différents ; l'un n'excluait pas l'autre. Il revenait aux municipalités de choisir la modalité d'organisation des services la plus appropriée aux besoins de santé de leurs populations. Il était question de respecter l'autonomie des municipalités.

En dépit du discours favorable à la municipalisation, le «*ministère de la Santé*» (MS) n'a pris effectivement aucune initiative en ce sens. Au niveau local, la direction du Bureau du MS au RN et les régies de la «*Fondation services spéciaux en Santé publique*» (FSESP) et de

la «*Surintendance des campagnes sanitaires*» (SUCAM) resteront tout à fait absentes de ce processus, pendant toute cette période. Par contre, le processus de décentralisation par le biais du SUDS-RN sera totalement accompli. Mais, tandis qu'à Brasilia, la présidence de l'INAMPS continuera à contrôler le financement et à définir les règlements concernant l'allocation des ressources des SUDS dans les états fédérés, le SSE-RN se conformera aux directives de l'INAMPS, tout en les adaptant aux «*besoins locaux*». À vrai dire, ces adéquations ne représentaient qu'une soumission aux pressions politiques à l'usage clientéliste des ressources du SUDS-RN.

Finalement, en 1988, la nouvelle constitution fédérale sera sanctionnée. Elle créera le «*Système unique de santé*» (SUS) dont la réglementation, à travers des lois spécifiques, attendra 1990. De quelque façon, dans le cadre de la loi fondamentale du pays, il existait une définition claire du désir de décentraliser la santé et d'intégrer toutes les organisations et institutions publiques de ce domaine dans un système unique. Un contexte national favorable à la réforme de la santé sera alors aussi opportun pour le mouvement en faveur de la municipalisation du nouveau système de santé.

### **5.3. Le recul du mouvement**

En 1989, le maire élu aux dernières élections à Natal choisira un secrétaire de santé qui ne s'identifiait pas au mouvement pour la municipalisation. Au contraire de son prédécesseur, le nouveau secrétaire adoptera dorénavant une position d'isolement des autres SMS et d'indifférence par rapport au COSEMS-RN, se penchant exclusivement sur l'administration de la santé de cette municipalité. Face à l'absence du SMS de Natal, aggravé par le fait que la

grande majorité des nouveaux secrétaires municipaux à la Santé n'avaient aucune information sur ce mouvement et n'étaient pas impliqués dans le projet de réforme de la santé, le COSEMS-RN sera amené à une situation de vide politique. En conséquence, le mouvement subira un recul qui révèle sa condition de fragilité et de dépendance par rapport au SMS de Natal. La nouvelle direction du COSEMS-RN cherchera à renouveler l'élan du mouvement, comptant sur l'appui du NESC-UFRN, mais le contexte n'était pas favorable.

*«C'est ce que j'appelle la deuxième vague. Un moment de reflux. Un moment où les nouveaux maires élus en 1988 et leurs secrétaires à la Santé commencent à assumer les nouvelles responsabilités, mais il n'y a pas encore une directive claire du gouvernement fédéral pour cette décentralisation. C'est un moment où moi et le président du COSEMS, avec l'appui du NESC-UFRN, nous avons organisé de véritables croisades. Malheureusement, nous avons réussi à atteindre un certain niveau de mobilisation, au début, mais cet enthousiasme tombera tout de suite»<sup>45</sup>*

Les technocrates du SSE-RN élaborent des rapports très optimistes relativement à la performance du SUDS-RN mais, en fixant un regard plus attentif sur le sujet, Vasconcelos (1997) souligne une chute de son financement global et une crise du système de santé, à partir de 1989. La réduction proportionnelle de la participation fédérale dans les dépenses du SUDS-RN devient très évidente et, comme conséquence de la rétraction des autres sources gouvernementales, une augmentation de la participation proportionnelle des ressources de l'INAMPS dans le financement fédéral de ce système s'effectuera (Tableau 5).

---

<sup>45</sup> Ex-conseiller technique du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

**Tableau 5. Pourcentage des dépenses du SUDS-RN par source de financement, 1987, 1988, 1989**

Source	1987	1988	1989
Transferts fédéraux	71,4	71,0	51,8
- INAMPS	-	75,0	87,0
Trésor du RN	28,6	29,0	48,2
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0

Source : Section du budget du SSE-RN

Nous pouvons ajouter que cette perspective de désinvestissement général du gouvernement fédéral dans la santé constitue l'un des composants de la crise des SUDS, aggravée au RN par le fait que cet état n'a pas décidé d'investir de ressources additionnelles dans ce secteur. Les ressources du «*Budget global de l'état fédéré*» (OGE-RN) étaient presque totalement consacrées aux rétributions du personnel. Ainsi, l'augmentation proportionnelle des ressources du Trésor du RN dans les dépenses du SUDS-RN, en 1989, ne signifie pas une croissance du volume global des ressources dépensées par cet état fédéré dans le domaine de la santé, mais plutôt un résultat de la chute globale des ressources fédérales transférées.

À l'instar des autres états brésiliens, le déclin du SUDS-RN s'intensifie, à partir de 1989. La première conséquence visible de la compression du volume global des ressources du SUDS-RN sera l'impossibilité de soutenir la gratification de participation au SUDS. Elle sera



progressivement réduite, contribuant à une détérioration des salaires du personnel<sup>46</sup>. Le secrétaire à la santé subira de multiples critiques sur sa façon clientéliste et autoritaire d'administrer et surtout de se soustraire à certains compromis assumés : les changements du système dans la direction de la réforme sanitaire annoncée, les améliorations salariales et conditions de travail du personnel, la municipalisation de la santé, entre autres. Dans ses dernières années, le SUDS-RN subira un processus de désenchantement.

Malgré le contexte défavorable, les nouveaux membres du COSEMS-RN chercheront l'appui du CONASEMS et réaliseront un grand événement, à Natal, pour rétablir le débat sur la municipalisation de la santé. Le séminaire «*Perspectives de la municipalisation de la santé au Rio Grande do Norte*», une promotion du NESC-UFRN avec le CONASEMS et le COSEMS-RN sera réalisée, en septembre 1989, avec la participation de plusieurs secrétaires municipaux à la Santé, technocrates du SSE-RN et des SMS, professionnels de santé, intellectuels, membres de la direction du COSEMS-RN et du CONASEMS. Les participants signeront la «*Lettre de Natal*», synthèse des compromis fixés et acceptés, pendant ce séminaire, à propos de la municipalisation.

À partir de 1990, le contexte national deviendra très restrictif. Le nouveau président de la république du Brésil adoptera une perspective néolibérale et prendra des mesures comme la réduction significative du financement du système de santé et l'encouragement de la croissance du secteur privé autonome, au moyen d'incitations fiscales à l'utilisation des soins

---

<sup>46</sup> Une insatisfaction face aux salaires mènera aux confrontations des professionnels et des fonctionnaires avec la direction du SSE-RN : deux grèves de longue durée et une sorte de paralysie corporative frappent le système de santé.

privés. À la fin de cette année, malgré les contraintes du contexte national, deux lois fédérales importantes seront sanctionnées par le Congrès national : La Loi 8080 (réglementation du SUS) et la Loi 8142 (réglementation des conseils et conférences sur la santé). En plus, une réforme administrative sera réalisée et l'INAMPS sera transféré du « *Ministère de la sécurité sociale* » (MPAS) au MS<sup>47</sup>. Le gouvernement fédéral commence à assumer progressivement une position contraire à la réforme de la santé, mais profite de quelques idées de ce mouvement. L'une d'elles sera la perspective de décentralisation. Cette notion sera très bien acceptée mais avec l'objectif de déresponsabiliser le gouvernement fédéral quant à la santé, maintenant considérée plutôt comme une responsabilité des états et municipalités.

Pendant les années 1990-1992, le SUS subira une dérive du projet réformiste original en promouvant une pulvérisation des demandes sociales de même que le paradoxe appelé par Faveret Filho et Oliveira (1989) « *universalisation par l'exclusion* ». Ces auteurs soulignent que l'universalisation formelle, assurée par les lois, peut être contredite par l'offre des soins et des services de santé. Pour répondre au besoin de rationalisation, le gouvernement fédéral adoptera une coupure linéaire des dépenses, limitera l'accès aux services de haute complexité et fixera l'objectif principal du SUS, à savoir offrir des soins médicaux simplifiés aux catégories sociales défavorisées. Au plan du discours, le gouvernement accordait de la priorité aux pauvres mais, au plan de l'application des politiques de santé, il n'offrira aux démunis qu'un panier de services de première ligne. En plus, la chute remarquable du financement du SUS (Figure 5) empêchera les investissements dans les structures et la technologie

---

<sup>47</sup> À l'intérieur de l'INAMPS sera créé un « *Département du système unique de santé* », ce qui montre l'importance donnée au SUS par le gouvernement fédéral. De système de santé à département responsable pour le processus de décentralisation du système de soins, le SUS mérite dans cette administration d'être perçu par la population comme une nouvelle désignation donnée à l'INAMPS, le noyau d'agglutination des technocrates réformistes le plus visible.

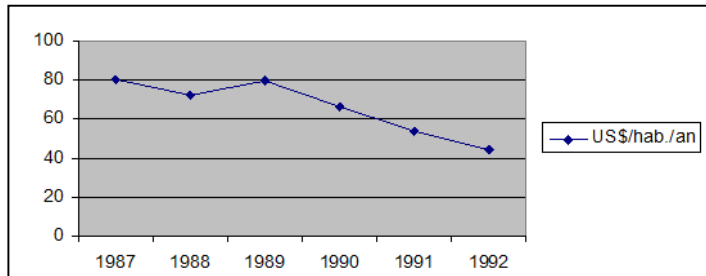
nécessaires, le paiement adéquat des professionnels et des fournisseurs de services et la mise à jour des professionnels. De plus, le volume très insuffisant de ressources contribuera à la détérioration de la qualité des services et ainsi à l'image négative du SUS, laquelle provoquera son abandon par les couches moyennes et riches de la population.

Les incitations fiscales à la consommation de services de santé obtenus au moyen d'assurances-maladies privées ont autorisé, en quelque sorte, la constitution d'une médecine à deux vitesses. Les hôpitaux, cliniques médicales, laboratoires, cabinets privés de médecins ont trouvé finalement une source de financement qui leur permettait d'exercer une pratique de qualité associée à la réalisation du profit<sup>48</sup>. Faveret et Oliveira (1989) remarquent que, face au manque de services de qualité dans le système public, les riches et la classe moyenne s'«*excluent*» du SUS qui devient alors un système de santé plutôt réservé aux pauvres. Pour leur part, les compagnies d'assurance-maladie privées refusaient de rendre certains services de haute complexité à leurs clients et d'assumer des soins pour certaines maladies très coûteuses comme le SIDA, les cancers, l'insuffisance rénale et d'autres maladies chroniques. Le SUS restera le seul recours pour recevoir les soins les plus coûteux, sauf pour une mince tranche de la population qui pouvait se les offrir parce que capable de les payer directement. En comptant sur leur pouvoir de pression, la couche aisée de la population brésilienne sera favorisée pour obtenir ces services, au détriment des pauvres, les «*exclus*» des services de qualité du SUS (Faveret et Oliveira, 1989). Le début du processus d'implantation du SUS fera l'objet d'une très vive controverse et sera plein en contradictions et malentendus résultant des jeux des acteurs favorables ou contraires à la réforme en profondeur du système de santé.

---

<sup>48</sup> Le secteur privé des soins de santé a bénéficié de toutes sortes d'incitations depuis les gouvernements militaires et a réussi à se structurer comme un secteur moderne aux plans économique, technologique et organisationnel. Le cycle néolibéral, inauguré par le gouvernement fédéral en 1989 et la détérioration du secteur public, ont favorisé l'émergence des assurances-maladies privées comme une alternative de qualité aux soins offerts par le SUS, renforçant l'idéologie d'une plus grande efficacité et efficacité du privé par rapport au public.

**Figure 5 - Ressources fédérales pour la santé au Brésil, 1987 - 1992**



Source : DATASUS/MS, 1993

Au RN, cette période sera marquée par une paralysie dans l'implantation des projets réformistes. La réduction des transferts financiers fédéraux crée les conditions favorables à l'éclatement d'une crise du système de soins, caractérisée par les affrontements entre le gouvernement et les professionnels de la santé. Ce gouvernement est confronté à une crise de légitimité et les acteurs sociaux ne croient plus aux promesses de changements inaccomplis. En plus, ils refusent les pratiques de gestion traditionnelle du gouvernement (Vasconcelos, 1997). Les problèmes d'implantation du SUS deviennent évidents et le gouvernement de l'état subira les conséquences de n'avoir pas réalisé les projets annoncés.

Face à des élections, le SSE-RN cherchera encore une réhabilitation de son image de marque, en faisant des concessions au personnel insatisfait et annonçant le début du processus de municipalisation de la santé. Quelques réunions seront tenues avec des maires sur les formalités préalables pour signer les termes d'adhésion au SUDS-RN, suivis d'autres actes légaux pour la cession de centres de santé, des équipements et du personnel. En décembre 1990, après l'échec électoral, quarante conventions de municipalisation seront signées. Les municipalités sélectionnées étaient administrées par des maires alliés au gouverneur. Cette

farce de municipalisation reste emblématique d'une perception de la santé comme «*capital électoral*», outil d'un dispositif politique clientéliste.

*«C'est très important aussi tenir compte de la catégorie des politiciens locaux. Ils sont très arriérés et toujours, quand ils ont eu l'opportunité de rendre viable les processus de décentralisation, ils ont posé des contraintes, en utilisant l'argument de ne poser pas l'avenir de la santé dans les mains d'une opposition, d'un adversaire. Ça se passe comme si la santé était un matériel exclusivement relié aux demandes politico-électorales. Ce type de situation est arrivée dans la gestion du Dr. P.M., que je suis en train de focaliser<sup>49</sup>».*

En 1991, le nouveau gouverneur du RN tiendra un discours néolibéral d'appui au gouvernement fédéral en place. Il adoptera de sévères mesures de resserrement des dépenses même si le SSE-RN comptait sur les ressources des transferts fédéraux, malgré le contexte restrictif, ce secrétariat était toujours considéré comme le plus aisé de l'administration publique de l'état. Ainsi, l'assignation des ressources du Trésor du RN à ce secrétariat sera restreinte au minimum possible et le fonctionnement des services de santé du SSE-RN sera financé presque exclusivement par les ressources fédérales destinées au SUS.

Le nouveau secrétaire à la santé du RN commence alors sa gestion en annonçant un programme de municipalisation de la santé. Par contre, il refusait les quarante termes d'adhésion au SUDS, signés par le gouvernement antérieur, sous l'argument d'illégalité. Selon lui ces conventions de municipalisation étaient signées sans aucun critère technique de sélection des municipalités pour s'assurer qu'elles étaient préparées à fournir des services de

---

<sup>49</sup> Ex-coordonateur de planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

qualité aux citoyens de leurs territoires. L'un des premiers actes du gouverneur sera la suspension de ces conventions de municipalisation.

En tant qu'allié politique du gouverneur, le maire de Natal développera des démarches visant à parvenir à une entente pour détenir le contrôle des unités sanitaires de première ligne du SSE-RN dans son territoire. Finalement, vingt-trois unités sanitaires du SSE-RN seront cédées au SMS de Natal avec tout leur personnel et les équipements existants. Comme les autres conventions de municipalisation déjà signées n'ont jamais vu le jour, elle constituera la première cession de patrimoine et du personnel de la santé effectivement réalisée, au profit d'une municipalité au RN. Cependant, il faut remarquer que le transfert de quelques ressources de l'état fédéré aux municipalités (bâtiments, personnel, outils) ne peut être confondu avec une «*municipalisation*», comprise comme «*décentralisation*» effective du système de santé vers les municipalités. Le SMS de Natal élargira ses possibilités d'offre de soins, exercera le contrôle sur les services de première ligne du secteur public dans leur territoire, mais n'aura pas encore la gestion du système de santé. Autrement dit, à ce moment, ce secrétariat n'avait pas l'autonomie financière pour allouer les ressources de ce système, agissant comme simple fournisseur des services payés par le MS. De quelque façon, cette expérience annonce des défis que la municipalisation de la santé affrontera dans l'avenir : les problèmes avec les ressources humaines, les difficultés administratives, le financement.

*«Moi, je pense que ce moment fut traumatique pour les fonctionnaires de la SMS de Natal ainsi que pour nous, les fonctionnaires du SSE-RN. Comme nous étions en train d'arriver au SMS, les autres nous considéraient des intrus. Finalement, au fur et à mesure que les unités sanitaires étaient incorporées au réseau municipal et qu'augmentait l'effectif du SMS, il n'y avait rien de plus naturel que des gens du SSE travaillant dans cette SMS.»*

*C'était une chose naturelle qui aurait dû arriver, tout simplement». (...) «C'est juste quand le SMS de Natal a commencé à incorporer les unités sanitaires du SSE-RN dans son réseau qu'on a pu évaluer dans quelle mesure une municipalité était structurée pour assumer la mise en œuvre d'un certain nombre de ces unités. Je considère l'administration une question cruciale, l'appui administratif. À ce moment, le SMS avait déjà des problèmes pour administrer ses unités sanitaires. Alors, imagine-toi comment ils ont fait pour administrer toutes les unités de Natal. Mais, malgré tout, je trouve encore que la municipalisation, c'est le chemin à suivre<sup>50</sup>».*

Face à l'impossibilité des lois d'assurer le fonctionnement du SUS en adéquation avec la complexe dynamique régionale et locale, riche en hétérogénéités, les technocrates réformistes de l'INAMPS ont décidé d'établir des normes opérationnelles pour permettre le développement des changements prétendus de façon graduelle, flexible, tout en respectant la maturité de chaque état fédéré ou municipalité et à chaque conjoncture historique donnée. Dorénavant, ces règlements nommés « *Normes opérationnelles de base* » (NOB) constitueront les outils normatifs les plus importants pour orienter le « *processus de construction* » du SUS<sup>51</sup>. La NOB/1991 et la NOB/1992 établiront les premières règles pour l'implémentation de la gestion du SUS, le « *Système d'informations des hôpitaux* » (SIH) et le « *Système d'informations des ambulatoires* » (SIA), les transferts des ressources financières fédérales et la prestation des comptes. Toutefois, ces transferts resteront encore dans le cadre de paiements des services de santé déjà rendus par les états et municipalités.

À la recherche d'une base d'appui politique plus large, car la majorité des gouverneurs appartenaient aux partis d'opposition, le MS adoptera un discours favorable à la municipalisation, tout en faisant une lecture bien différente de celle des réformistes quant à sa mise en œuvre. La perspective systémique d'un « *réseau national de services de santé* » sera

---

<sup>50</sup> Représentant du COSEMS-RN dans le « *Secrétariat exécutif* » de la CIB, en entrevue avec l'auteur.

<sup>51</sup> Dans le jargon réformiste, le SUS était considéré un système ouvert, en processus de permanente construction.

écartée et le gouvernement fédéral établira des négociations directes avec les maires<sup>52</sup>. Alors, en profitant des modèles de «*convention de municipalisation*» des SUDS, sous le prétexte de concrétiser la décentralisation de la santé, le MS établira des relations directes avec les municipalités, sans tenir compte du rôle constitutionnel des états fédérés de coordonner les politiques de santé dans leurs territoires. Le MS donnera aussi son appui au mouvement municipaliste de la santé, en octroyant des subventions au financement du CONASEMS<sup>53</sup> (Levcovitz, 1996). Les négociations individualisées ont mené à une pulvérisation de la politique de décentralisation et d'allocation des ressources, celle-ci réalisée sans aucun critère, sauf le jeu clientéliste local et régional résultant des appuis des maires et d'autres politiciens au gouvernement fédéral.

En même temps que les réformistes commencent à formaliser le processus d'implantation du SUS, à travers les «*Normes opérationnelles de base*» (NOBs), les rapports intergouvernementaux établis avec l'ensemble du MS se démarquent grandement par leurs intérêts clientélistes. L'allocation des ressources aux unités sanitaires (publiques ou privées) s'effectuera sans aucun critère, de façon anarchique. Le clientélisme reste la norme et le MS établira des conventions avec les municipalités directement, où elles étaient payées pour fournir des services de santé. À son tour, les technocrates du SSE-RN dénonçaient la «*perte du contrôle*» sur le système de santé : d'une part, la politique fédérale s'imposait aux technocrates

---

<sup>52</sup> Les réformistes disaient que le gouvernement n'avait pas une position d'appui à la municipalisation mais plutôt à une «*mairisation*», jargon pour désigner que les rapports étaient centrés sur la figure du maire.

<sup>53</sup> Les secrétaires municipaux à la Santé du SUS ont créé des organisations pour défendre leurs intérêts : le «*Conseil national des secrétaires municipaux à la Santé*» (CONASEMS) et les «*Conseils des secrétaires municipaux à la Santé*» de chaque état fédéré (COSEMS). Ils ont suivi l'exemple des secrétaires à la Santé des états fédérés qui ont créé, dans les années '80, une organisation pour défendre leurs intérêts spécifiques, le «*Conseil national des secrétaires à la Santé des états fédérés*» (CONASS). Ces organisations ont démontré une grande efficacité politique à l'égard des enjeux développés dans le système de santé, en participant aujourd'hui au «*Conseil national de la santé*» et à la «*Commission tripartite du SUS*».



de l'état fédéré et, d'autre part, la «décentralisation» accomplie n'était pas accompagnée d'une autonomie normative et institutionnelle de ces unités fédératives. Les technocrates du SSE-RN accusaient le MS de centraliser la responsabilité institutionnelle dans le SUS, à travers ces rapports directs avec les maires, tandis que les états fédératifs ont été vidés de leur fonction de coordinateurs régionaux du SUS et sont restés à la dérive.

*«En 1990, eut lieu une vraie course de quelques maires au Ministère et alors la municipalisation ici, au RN, a été réalisée de façon très accélérée, par la voie d'une politicaillerie, une politique basse, on pourrait dire. À l'époque, le maire qui avait quelque influence auprès de certaines personnes du Ministère, menait son dossier sous le bras, et celui-ci était approuvé par le Ministère. Quand on regardait, il était déjà publié dans la Presse officielle de l'Union. Cette phase de la municipalisation a vu le jour ici, au RN<sup>54</sup>»*

Les accusations de corruption du gouvernement fédéral ont débouché sur de grandes manifestations de masse partout au Brésil et un gros mouvement se développe pour exiger l'«impeachment» du président de la république. En 1991, au milieu de cette effervescence politique, le MS décide de convoquer les institutions du secteur et la société en général pour participer à la réalisation de la «IX<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé» dont le thème central sera la municipalisation de la santé et le rôle des trois échelons du gouvernement dans la mise en œuvre du SUS. En tant que coordinateur de la politique de santé dans l'état, le secrétaire à la santé du RN décide de déclencher le débat et délègue au NESC-UFRN la coordination des travaux d'organisation des conférences sur la santé des municipalités et de l'état du RN, préparatoires à l'IXe CNS. Pendant la «II<sup>e</sup> Conférence sur la santé de l'état du RN», réalisée en octobre 1991, le secrétaire à la santé assumera une position neutre et les technocrates du

---

<sup>54</sup> Ex-coordinatrice des Ressources humaines du SSE/RN, en entrevue avec l'auteur.

SSE-RN adopteront une position ambiguë, en général contre la municipalisation, mais sans l'explicitement ouvertement.

Après les conférences sur la santé, le SSE-RN abandonnera progressivement son «*plan de municipalisation*» et cherchera à retarder au maximum la décentralisation. Le secrétaire à la santé affichera une position d'indifférence, mais des raisons d'ordre économique et politique justifiaient qu'il eût une position contraire à la municipalisation. Dans un contexte restrictif, la dépendance des ressources des transferts fédéraux pour soutenir les services de santé et l'administration du SSE-RN amenait ce secrétariat à adopter une stratégie de survivance organisationnelle, en évitant de décentraliser les ressources de la santé vers les municipalités. En plus, les technocrates du SSE-RN dépendaient aussi des gratifications assurées par les ressources fédérales pour augmenter leurs revenus, considérant les bas salaires de cette institution. Alors, une forte motivation économique empêchait le SSE-RN et ses technocrates de se mobiliser pour une municipalisation du SUS. Mais, la loi et les directives nationales fonctionnaient comme des interdits à l'explicitation de leurs positions.

#### **5.4. Les contraintes financières et le retour du mouvement**

Dès le début des années 90, pendant l'implantation du «*Système unique de santé*» (SUS), avant d'amorcer la municipalisation, le SSE-RN était le seul responsable pour l'allocation des ressources du SUS au RN. Le secrétaire à la santé lui-même et la «*Coordination de contrôle, évaluation et soins de santé*» (COCASE) prenaient en charge toutes les décisions quant à la distribution des ressources aux hôpitaux et autres unités du système de santé. Les critères d'allocation des ressources étaient basés sur les séries historiques de production des services et sur une ancienne norme de l'INAMPS qui

déterminait des standards de services fournis, à partir de la taille de la population et de la complexité des services offerts par les établissements de santé. Après cette première étape de définition technique, une autre démarche plutôt politique d'allocation des ressources devait être franchie, à savoir des ajustements, sous les pressions, exercées par les politiciens. Le secrétaire à la santé et la COCASE cherchaient alors à répondre aux intérêts clientélistes des politiciens alliés au gouverneur.

Les transferts du MS constituaient la source principale des ressources pour le financement du SUS. Les transferts des ressources fédérales de la santé au RN étaient stockées dans le «*Fonds de la santé du RN*» (FUSERN) et le montant de ces ressources était défini par l'INAMPS (transféré au MS en mars 1990) et diverses coordinations des programmes du MS. Cet institut continuera à soutenir le projet de décentralisation jusqu'à son extinction, en juillet 1993. Il sera responsable du paiement pour les services rendus par le SSE-RN et pour le maintien du réseau de santé du SUS-RN, incluant une prévision de ressources pour les investissements et les gratifications au personnel du SSE-RN. Quant aux programmes, ils révèlent la structure fragmentée du MS en tant qu'organisation et les positions divergentes au sein de ce ministère à propos de l'implantation du SUS. La logique d'organisation de ces programmes ne s'inspire pas sur une vision systémique, basée sur une planification générale du système de santé. Ces programmes isolés, sans communication ni liens entre eux et complètement désarticulés s'établissent indépendamment de la structure générale du MS. Ils ont réussi à reproduire et institutionnaliser, dans les états fédérés, les mêmes propriétés structurelles et dynamiques internes des acteurs de ces programmes au niveau fédéral. Cette relative autonomie des programmes du MS a entretenue leur isolement

d'une structure plus étendue, comme de véritables sous-systèmes, ce qui les a rendus très stables dans l'espace-temps.

Chaque coordination de programme du MS fonctionnait comme une source de subvention au développement de ces programmes dans les états et, plus tard, dans les municipalités. Les ressources transférées pour la coordination des programmes du MS au FUSERN étaient rigoureusement évaluées, sans laisser beaucoup de marge de manœuvre pour leur utilisation à d'autres types de dépenses que celles préalablement établies. Les ressources du MS étaient aussi directement versées aux autres fournisseurs de services de santé, à partir des informations des systèmes SIH-SUS et SIA-SUS<sup>55</sup>. La «*Fondation nationale de la santé*» (FUNASA), organisme du MS qui fournissait encore des services de santé de première ligne et hospitaliers dans quelques municipalités, touchait aussi des versements en argent du «*Fonds national de la santé*», administré par le MS.

Le SUS-RN était également financé par d'autres sources, comme le Trésor de l'état du RN et celui des municipalités (Tableau 6). Le premier contribuait au SUS avec une partie du «*Budget global de l'état fédéré du Rio Grande do Norte*» (OGE-RN) qui était versée dans le FUSERN. De même, les Trésors des municipalités qui possédaient déjà un SMS contribuaient au moyen d'un pourcentage des «*Budgets globaux des municipalités*» (OGM) alloué aux «*Fonds municipaux de la santé*» (FMS). Les ressources fiscales des états et municipalités servaient à financer le paiement de son personnel et quelques dépenses administratives reliées

---

<sup>55</sup> Respectivement «*Système d'informations des hôpitaux*» (SIH-SUS) et «*Système d'informations des ambulatoires*» (SIA-SUS).

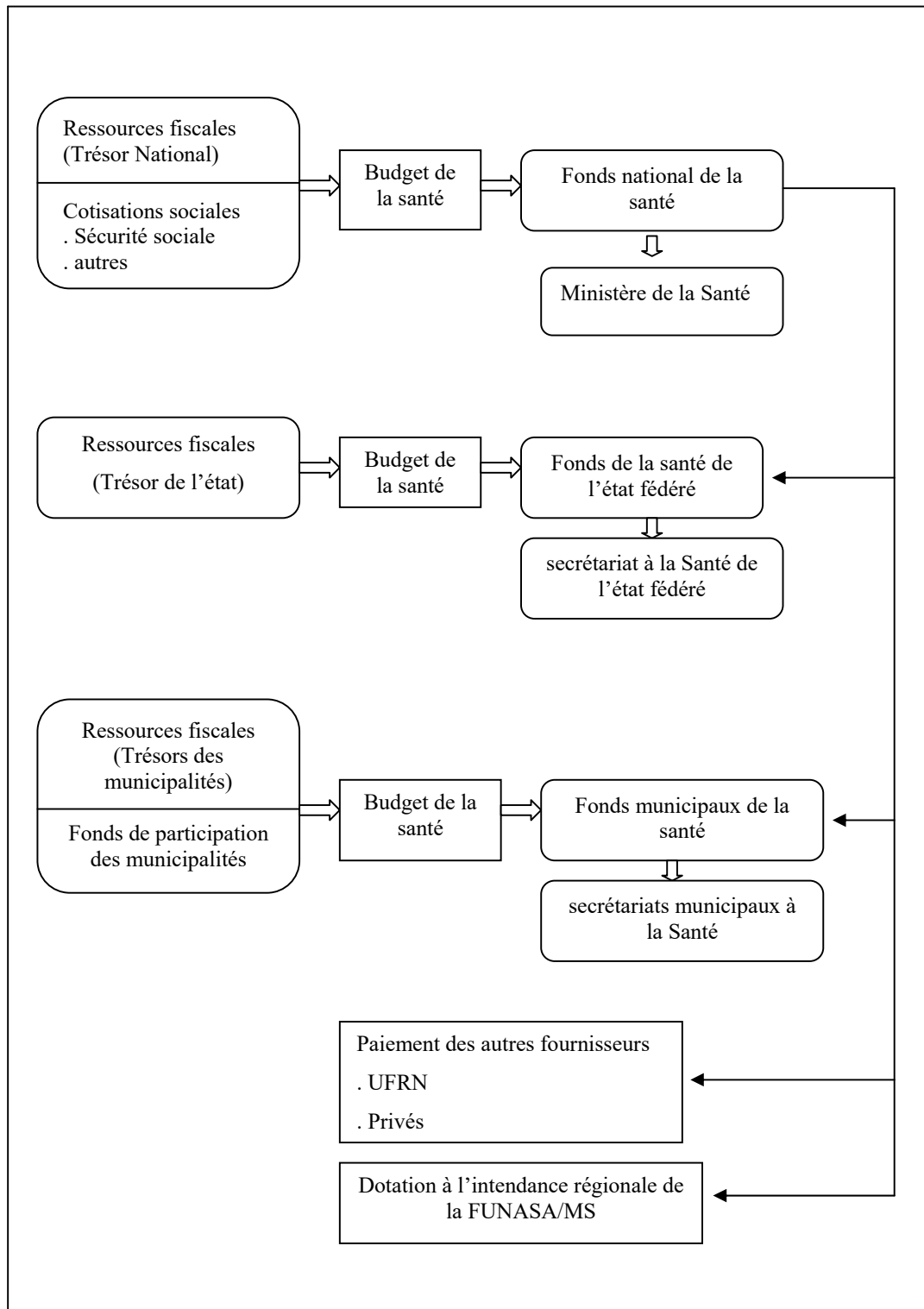
au maintien de la «*machine administrative centrale*». Les petites municipalités dont les ressources fiscales étaient quasi inexistantes comptaient sur les «*Fonds de participation des municipalités*» (FPM) pour parvenir à verser leur contribution au SUS. Ces fonds étaient constitués à partir du transfert financier des ressources fédérales fiscales correspondant à la taille de la population de chaque municipalité. Mais, dans un cadre d'inégalité fiscale où l'image d'une réforme tribulaire demeure toujours présente, les dotations budgétaires décidées par l'état et les municipalités du RN restent encore très modestes. De plus, l'instabilité de ces sources de financement maintient le SUS dans la dépendance par rapport aux ressources fédérales.

*«Le SUS appartient au MS. Dans ces dernières quatre années, le SUS fonctionnait bien, transférait des ressources, incluant celles pour le paiement des gratifications du personnel mais, progressivement, ils ont réduit le financement. Depuis l'année passée [1993], ils n'ont fait que payer pour les services fournis, ces ressources qu'on appelle 'recettes propres', parce qu'elles correspondent à la production de nos hôpitaux et des soins ambulatoires. Mais, quant aux autres ressources ils n'ont presque rien transféré. Les ressources transférées par le Trésor du RN sont minimes et limitées presque totalement au paiement du personnel. Ce qu'ils transfèrent pour le maintien des services, c'est ridicule. En plus, ces ressources, ils ne les versent pas à jour<sup>56</sup>».*

---

<sup>56</sup> Ex-chef de la section du Budget du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

**Tableau 6. Le financement du SUS avant la municipalisation**



Cependant, l'utilisation des ressources s'effectue, soumise aux contraintes d'ordre bureaucratique à tous les niveaux du système ainsi qu'aux distorsions dans leur allocation. Par exemple, les ressources fédérales transférées au FUSERN étaient, par définition, destinées au maintien du réseau des services de santé. Ces ressources étaient cependant utilisées pour payer la productivité du personnel (30%), le maintien de la machine administrative du SSE-RN (30%) et, finalement, le maintien des services de santé (40%). Un autre exemple : en 1992, 70% des ressources du Trésor du RN destinées aux investissements ont été consacrées à l'achat d'ambulances devant être distribuées aux municipalités. La logique clientéliste d'allocation des ressources créait alors des distorsions dans le modèle d'organisation et de prestation des services, au fur et à mesure que, d'une part, le secrétaire à la santé et son équipe ne détenaient pas le contrôle technique sur l'allocation des ressources et, d'autre part, les municipalités sont toujours incitées à amener les malades à la grande ville, la mieux équipée, au lieu de se préparer à être en mesure de fournir des services de santé de qualité.

En l'absence de services pouvant résoudre la majorité des problèmes de santé au niveau d'une grande partie des municipalités, résultait une condition de dépendance de celles-ci par rapport à l'état fédéré et aux municipalités plus développées, surtout Natal. Il s'agissait du portrait d'une culture politique où le maire profitait du manque de ces services pour distribuer des «*faveurs*» à certains individus, les amenant en ambulance afin d'utiliser les services d'autres municipalités. Ainsi, la mairie se déresponsabilisait-elle aussi quant à assumer la prise en charge du SUS au niveau local. Les distorsions deviennent évidentes dans

cette façon d'utiliser les ressources du SUS. Sous la forte pression des maires, la priorité demeurant les ambulances, le secrétaire à la santé a explosé :

*«Si je pouvait choisir, je ne donnerais d'ambulance à personne. En fait, je n'ai rien donné du tout. Ils [les maires] ont réussi à obtenir les ambulances par le gouverneur» (cité par Vasconcelos, 1997).*

Les distorsions du modèle de prestation des services de santé et de l'offre des soins, suite aux interventions clientélistes, sont également observées et relevées par les technocrates du SSE-RN.

*«Ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a un chantier pour bâtir quelque chose, quelque part, pour favoriser le maire X, pour obtenir les votes de quelques-uns et quelques-unes. Pendant que ça arrive, on dépense avec cette construction-là, en dépit des achats des aliments et des médicaments pour l'hôpital. Arrive un patient pour qu'on lui fasse un pansement, et on n'a pas de compresses de gaze, de sparadraps, de ouate, de mercurochrome ; il n'y a pas de médecin non plus, parce qu'ils sont mal payés<sup>57</sup>».*

La prise des décisions sur l'allocation des ressources du Trésor du RN dans le SUS, fixées dans le budget, restent à l'extérieur de ce système et les suppléments budgétaires demandés pour corriger l'insuffisance de ces ressources sont tout à fait négligées par le gouvernement de l'état fédéré. En plus, le rythme lent des procédures bureaucratiques (fédéral et étatique) pose aussi des obstacles au développement des services. La bureaucratie développe des stratégies pour retarder au maximum le versement de l'argent au SUS, ce qui bouleverse les gestionnaires, parce que cette situation les oblige à retarder aussi le paiement

---

<sup>57</sup> Économiste du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.



des fournisseurs de tous ordres. Ainsi, l'état fédéré est reconnu mauvais payeur et les marchandises lui sont généralement vendues à un prix plus élevé que celui du marché, ce qui contribue à perpétuer une perte d'efficacité du système de santé.

*«Ils ne sont pas obligés de transmettre l'argent. On peut avoir la dotation budgétaire, mais ça n'implique pas qu'on va recevoir effectivement cette valeur. Ils repassent ce qu'ils veulent repasser. Plusieurs fois, on est arrivé au mois de novembre, même à la fin de décembre, et le MS repasse des ressources qu'il devait dû repasser en janvier. Ça arrive avec toutes les conventions et aussi avec les ressources du Trésor de l'état du RN<sup>58</sup>».*

Ces considérations sur les contraintes générées par le financement, la bureaucratisation et le clientélisme demeurent essentielles à une meilleure compréhension du système de santé en voie de municipalisation et des influences potentielles émanant des propriétés structurelles du SUS et de son contexte sur le processus en cours. Le financement constituera l'un des grands enjeux du SUS et la discussion sur la répartition des responsabilités avec le nouveau système de santé provoquera des court-circuits entre les échelons du gouvernement.

La position officielle du MS a toujours été favorable à la réforme de la santé et à la municipalisation. Les intérêts contradictoires existant dans ce ministère amèneront toutefois les différents acteurs à mener des jeux de pouvoir, à tenir des discours ambigus, souvent même non explicités, dans lesquelles les résistances à la municipalisation de la santé s'exprimeront avec toute une richesse de nuances. La «*Fondation nationale de la santé*» (FUNASA) représente l'une des organisations du MS qui figure comme cas exemplaire de cette opposition

---

<sup>58</sup> Économiste du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

tacite à la municipalisation de ses structures. Malgré la législation en cours et la politique explicitée dans les documents du MS, la FUNASA continuait à fournir des services de santé de première ligne et hospitaliers aux populations de quelques municipalités<sup>59</sup>. En plus, la FUNASA concentrait toute la responsabilité du contrôle des endémies au RN. En fait, nous sommes en face d'un paradoxe : les technocrates de la FUNASA-RN manifestaient publiquement leur appui à la municipalisation du SUS mais, dans la pratique, aucune mesure effective n'était mise en place pour son implantation. Les fortes pressions corporatives internes maintiendront alors les structures et le fonctionnement des services de la FUNASA et les rendront intouchables, avant 1994.

Au delà des difficultés à municipaliser ses propres services de santé, le MS imposera de telles contraintes aux états fédérés et municipalités qu'il les amènera à se disputer pour l'obtention des ressources. À cause de son allégeance néolibérale, l'option de réduire le budget du MS diminuera aussi les transferts de ressources aux autres niveaux du SUS. À son tour, le SSE-RN réduira l'apporte des ressources du SUS aux municipalités : distribution limitée des médicaments aux SMS ; interdiction d'accès aux examens diagnostiques dans son «*Laboratoire central*» pour les patients des unités sanitaires municipales ; non-paiement des gratifications du SUS. La détérioration progressive de ces gratifications aboutira à une grève du personnel du SSE-RN. Plusieurs unités sanitaires de cette organisation de santé cédées aux

---

<sup>59</sup> Au RN, cet organisme comptait sur cinq unités mixtes, huit centres de santé et plusieurs postes de santé, répartis en treize municipalités. L'«*unité mixte*» consistait en une sorte de petit hôpital avec un centre de santé attaché. Les «*postes de santé*», petits établissements à la structure très simple, fournissaient généralement des soins non-médicaux et pouvaient être visités hebdomadairement par un médecin.

municipalités seront obligées d'arrêter leurs activités lors du déclenchement de cette grève<sup>60</sup>. Ces courts-circuits influençaient alors fortement l'organisation des services de santé du SUS, menant à la réduction de leur qualité et quelquefois même à leur paralysie.

Après le recul subi par suite du remplacement du premier secrétaire à la santé de Natal et le réaménagement des forces politiques, à la suite des élections de 1988, le mouvement pour la municipalisation de la santé reprendra un nouveau souffle, en 1991. Le nouveau secrétaire à la santé de Natal commence à appuyer le COSEMS-RN, sans assumer toutefois le rôle de leader du mouvement. À la fin de cette année, deux événements importants se tiendront à Natal : le «*1<sup>er</sup> Séminaire sur la municipalisation de la santé*», une promotion du District sanitaire du nord de Natal, et la «*Rencontre nationale des secrétaires municipaux à la Santé*», une promotion du CONASEMS. En 1992, poussés par le besoin d'affronter les problèmes causés par la «*municipalisation chaotique*<sup>61</sup>», les secrétaires municipaux à la Santé de la Grande Natal<sup>62</sup> commencent à se réunir pour discuter des problèmes communs, même de façon informelle. D'autres secrétaires commencent à se joindre à ce groupe et, à la fin de cette année, décident de renforcer leur organisme officiel de représentation, le COSEMS-RN.

---

<sup>60</sup> Dans les termes des cessions de personnel, le SSE-RN continue d'être le responsable pour payer les salaires des professionnels et des autres membres de son personnel cédés aux municipalités. Ainsi, les problèmes des ressources humaines du SSE-RN auront aussi des retombées sur les services municipalisés.

<sup>61</sup> Le MS appelait «*municipalisation*» ce type de contrat par lequel les municipalités recevaient des ressources fédérales pour les services de santé fournis. Nous ne considérons pas ce type de décentralisation comme une vraie municipalisation, car les municipalités n'étaient pas responsables pour l'organisation et la gestion de ces services ; nous la qualifions de «*chaotique*», parce qu'elle fait partie de cette stratégie du gouvernement fédéral d'établir des rapports directs avec les maires, sans aucune articulation systémique.

<sup>62</sup> L'administration du RN appelle «*Grande Natal*» à l'ensemble de municipalités situé aux alentours de la capital du RN.

Au début de 1993, le secrétaire de santé de Natal sera élu président de ce conseil : c'est le moment d'inauguration d'une nouvelle phase pour le COSEMS-RN ! Dorénavant, il gagnera progressivement une grande légitimité auprès de sa base associative, les secrétaires municipaux à la Santé ; il sera aussi renforcé par la politique de santé et tous les règlements en cours ; il comptera sur l'appui du CONASEMS et du mouvement national pour la municipalisation de la santé, maintenant très puissant. La création de la «*Commission inter-gestionnaires bipartite du RN*» (CIB-RN), en juillet 1993, trouvera le COSEMS-RN renouvelé et prêt à assumer son rôle de représentant des municipalités dans la construction du SUS. Il est alors question de déclencher la municipalisation de la santé au RN.

## **Chapitre 6. L'implantation de la municipalisation au RN: la CIB et la gestion semi-pleine**

### **6.1. Les modalités de gestion**

En mai 1993, après un long débat et une grande négociation sur la décentralisation du SUS entre les acteurs impliqués, le MS publiera la NOB/93. L'édition de cette norme constitue un repère historique important, en effet, elle jette les bases réglementaires qui manquaient pour orienter le processus de décentralisation du système vers les états fédérés et municipalités. Elle marque aussi le retour au projet de réforme de la santé, en définissant les fondements opérationnels pour la gestion, le financement, l'allocation des ressources, la participation sociale et le système d'informations du SUS en processus de municipalisation. Il faut souligner que le contexte d'élaboration de cette NOB correspond au début du mandat d'un nouveau Président de la République brésilienne dont le prédécesseur, Fernando Collor, vient de subir une mesure d'impeachment, à cause de corruption.

En octobre 1992, même sous la contrainte d'un court mandat, le nouveau président tentera de relancer le projet de démocratisation, arrêtera le plan des privatisations en cours, entre autres initiatives importantes. Le ministre de la santé<sup>63</sup> reprendra le projet d'implantation du SUS avec une claire option pour la voie de municipalisation de ce système de santé. Il réorganisera l'équipe du MS et plusieurs des technocrates partisans de la réforme sanitaire et de la municipalisation de la santé récupéreront les postes de direction<sup>64</sup>. En plus sera créé le « *Secrétariat des soins de santé* » (SAS) qui remplacera l'INAMPS et cherchera à redéfinir le processus de municipalisation, par le biais d'une nouvelle norme opérationnelle de base (NOB).

Après la fin de l'INAMPS, le Ministère de la sécurité sociale a interrompu les transferts financiers qu'il versait au Fonds national de la santé (FNS). Cette mesure produira de graves conséquences sur le domaine de la santé parce que, jusqu'en 1992, le MS dépendait fortement des transferts de la sécurité sociale correspondant à 50% du budget de la santé. Malgré tous les efforts du MS, cette source de financement sera définitivement écartée et, face à une crise ouverte de ressources, le Ministère des finances a apporté une solution provisoire en avançant de l'argent issu du « *Fonds d'appui aux travailleurs* » (FAT), pour soulager la situation du secteur de la santé. En 1994, cette mesure sera reconduite pour suppléer à la situation dramatique du MS traduite dans son insuffisance chronique de financement.

Il s'agit d'un contexte particulièrement favorable à la municipalisation de la santé. Malgré des divergences internes au sein du MS, les groupes municipalistes détiendront

---

<sup>63</sup> Le ministre de la santé était un médecin sympathisant du mouvement pour la réforme de la santé.

<sup>64</sup> Le ministre acceptera les indications du CONASEMS à quelques postes importants du MS.

l'hégémonie des politiques de santé. Ce fait influencera grandement la suite des événements. Il faut également souligner l'importance du rôle du CONASEMS, de plus en plus présent dans l'élaboration des politiques de santé brésiliennes. La participation de cet organisme national de représentation des secrétaires municipaux à la santé dans l'élaboration de la NOB/93 ne se limitera pas aux pressions sur le gouvernement fédéral. Un «*Groupe spécial de décentralisation*» (GED), constitué par des membres du MS, du CONASEMS et du CONASS, pour accélérer l'implantation de la municipalisation du SUS sera créé. Ce groupe sera responsable de l'élaboration d'un document largement discuté partout au Brésil sur les directives de la décentralisation<sup>65</sup>. Dans ce climat d'intense discussion et négociation, sera élaborée la NOB/93, document fondamental pour instituer les règles du jeu et orienter le processus de décentralisation du SUS. Cette norme poursuivra l'objectif central de discipliner le processus de décentralisation en cours, de manière à créer quelques mécanismes pour «*viabiliser et accélérer la municipalisation de la santé*», vue comme :

*«(...) un processus qui implique une redistribution de pouvoir ; redéfinition des rôles et établissement de nouveaux rapports entre les trois échelons du gouvernement ; réorganisation institutionnelle ; reformulation des pratiques ; contrôle de la société sur l'État» (Ministério da Saúde, 1993).*

La NOB/1993 reste comme un repère historique très significatif pour la municipalisation de la santé au Brésil, en fixant les règles de la décentralisation jusqu'à 1998. Face à la grande hétérogénéité du pays, elle tiendra compte du besoin d'une phase de transition à la municipalisation complète du SUS. Autrement dit, ce système ne comportait pas de «*ruptures brusques*» mais plutôt des changements «*flexibles*», compatibles avec la grande

---

<sup>65</sup> La NOB/1993 résulte de ce document, intitulé «*Décentralisation des actions et services de santé : la hardiesse de respecter et de faire respecter la loi*», enrichi par le débat entre les acteurs impliqués dans le système de santé.

diversité de nombreuses municipalités brésiliennes (Ministério da Saúde, 1993). Basée sur une perspective processuelle, elle développera des stratégies graduelles, progressives et négociées d'insertion des municipalités dans la prise en charge de la santé. Cette NOB a créé les mécanismes opérationnels nécessaires pour rompre les résistances et déclencher finalement la municipalisation de la santé, à savoir des modalités de gestion, des instances collégiales de décision et négociation, des mécanismes de décentralisation, financement et allocation des ressources. Ainsi, parmi les innovations apportées par la NOB/1993, nous pouvons distinguer :

- L'implantation des différentes modalités de gestion municipale de la santé (élémentaire, partielle et semi-complète) compatibles avec l'hétérogénéité des états fédérés et des municipalités ;
- Les commissions inter-gestionnaires, instances d'intégration, de négociations et décisions sur la mise en œuvre du SUS<sup>66</sup> ;
- Les incitatifs économiques à la décentralisation attribués aux unités de la fédération qui acceptaient de s'engager dans l'une des modalités de gestion créées par cette NOB : le «*Facteur d'appui à l'état fédéré*» (FAE) et le «*Facteur d'appui à la municipalité*» (FAM)<sup>67</sup> ;
- Les transferts de ressources humaines, financières, matérielles et de technologies du

---

<sup>66</sup> Ces commissions étaient constituées de façon égalitaire par les représentants de chaque échelon de gouvernement respectif. Au niveau national, la «*Commission inter-gestionnaire tripartite*» (CIT) était constituée par les représentants du MS (fédéral), du CONASS (états fédérés) et du CONASEMS (municipalités) ; au niveau des états fédérés, les «*Commissions inter-gestionnaires bipartites*» (CIBs) étaient constituées par les représentants du SES (état fédéré) et du COSEMS (municipalités).

<sup>67</sup> Malgré l'importance attribué par la NOB/93 à ces incitatifs économiques, ils ne seront jamais implantés.

niveau fédéral et étatique à la gérance municipale, surtout les unités sanitaires qui assuraient les soins de première ligne ;

- Les transferts automatiques, mensuels, *«fonds à fonds»*, aux municipalités habilitées à exercer la *« gestion semi-complète »*<sup>68</sup>;
- L'élargissement du rôle des conseils de santé, instances collégiales de délibération sur la formulation de politiques, gestion et fiscalisation du SUS, avec participation sociale.

Les modalités de gestion ont été conçues de façon hiérarchisée et transitoire, afin de respecter les diversités locales et envisager l'évolution des municipalités, jusqu'à la gestion complète du système de santé. L'habilitation des municipalités aux modalités de gestion prévues par la NOB/93 obéissait à certains critères comme leur capacité de gestion, expérience dans le secteur santé, structure des services à offrir et profil des professionnels engagés. Les municipalités pourraient ainsi évoluer d'une modalité de gestion à l'autre par leurs investissements dans le domaine de la santé et l'apprentissage institutionnel.

Moins structurés, les SMS encadrés dans la *«gestion élémentaire»* pouvaient assumer progressivement les services et les responsabilités concernant la santé, au fur et à mesure qu'ils s'organisaient. Par contre, la condition préalable pour encadrer les municipalités dans la *«gestion partielle»* était d'avoir un SMS plus structuré, capable d'assumer immédiatement la prestation des services de première ligne et le contrôle des services privés conventionnés. Au RN, ces deux modalités de gestion recouvraient pratiquement les mêmes responsabilités, car

---

<sup>68</sup> Malgré l'implantation des transferts automatiques et mensuels fonds à fonds, établis sous la forme d'un budget global, le MS ne considérait pas cette modalité de gestion comme complète parce que, à cause des résistances corporatives, on avait décentralisé à peine les soins, pas encore les autres activités de santé.



les petites différences prévues par la NOB/93 ne seront jamais observées, au jour le jour. La seule distinction notable concernait l'allocation des ressources : les transferts fédéraux aux SMS en gestion élémentaire correspondaient au paiement par production des services, tandis que, dans le cas des SMS exerçant la gestion partielle, au paiement par un budget global. En fait, le MS n'a jamais comblé le «résidu» correspondant à la différence entre le paiement de leur production et l'enveloppe budgétaire globale prévue<sup>69</sup>. Les municipalités habilitées selon ces deux modalités de gestion se limitaient effectivement à fournir des services de santé au SUS, dans leurs établissements de santé (incluant les cédés). Elles n'ont jamais assumé les autres responsabilités prévues par la NOB/93 comme, par exemple, établir le répertoire des clients et établissements de santé, ainsi que le contrôle du secteur privé conventionné.

La majorité des municipalités impliquées dans le processus de décentralisation étaient sous les modalités de gestion élémentaire et partielle. Progressivement, à travers des contrats, le SSE-RN et le MS cédaient aux municipalités leurs ressources<sup>70</sup> (établissements de santé, outils et personnel). La grande nouveauté était la gestion semi-complète où les transferts de ressources fédérales automatiques et mensuelles, établis sous la forme d'un budget global allouées fonds à fonds, du «*fonds national de la santé*» (FNS) aux «*fonds municipaux de la santé*» (FMS). Ce mode de paiement accordait aux municipalités une relative marge de manœuvre pour la gestion, quoique toujours limitée par les règlements et le contrôle du MS. Dans ce cas, le pouvoir d'allocation des ressources, le contrôle et l'évaluation de la prestation

---

<sup>69</sup> Les budgets globaux attribués par les CIBs aux municipalités en gestion partielle, étaient généralement inférieurs à leur production mensuelle de services de santé. Malgré la promesse de combler cette différence, appelée le «résidu», le MS ne s'exécutera jamais.

<sup>70</sup> Ils étaient cédés en régime de commodat, pour assurer le contrôle des biens par les états fédérés et par le MS.

des services de santé (publics et privés conventionnés) relevaient des autorités municipales de santé. Mais ils ne détenaient pas encore le contrôle de l'ensemble des activités du système de santé. À cause des résistances corporatives, la décentralisation se limitait au système de soins<sup>71</sup>. Ainsi, dans ce contexte, les SMS n'exerceront pas complètement le rôle de gestionnaires de la santé au niveau local.

La position du secrétaire à la Santé du RN deviendra très importante dans la stagnation du processus de municipalisation, au cours de la période de mars 1991 à mars 1994. Au début, l'équipe centrale du SSE-RN avait une proposition concernant la municipalisation de la santé. Comme nous l'avons déjà vu, cette proposition n'apparaissait pas viable, car la base d'appui parlementaire du gouvernement s'opposait à cette idée, s'appuyant sur des arguments de comptabilité électorale. Pour le secrétaire à la Santé et son équipe, le début de la décentralisation du SUS se bornerait à une municipalisation des soins de santé de première ligne et de quelques actions de santé publique, les moins sophistiquées. Après cette municipalisation d'un «*réseau de base*», les soins ambulatoires spécialisés et quelques unités mixtes deviendraient objets d'une discussion sur la possibilité de leur municipalisation. Les unités sanitaires considérées comme «*services de référence pour l'état*» (les polycliniques spécialisées, le laboratoire central du SSE-RN, les hôpitaux régionaux) n'étaient pas perçues comme services municipaux de santé. Pour l'équipe du SSE-RN, la municipalisation était un processus limité en étendue dont l'implantation serait coordonnée par ce secrétariat, de façon

---

<sup>71</sup> Même prévu dans la NOB/93, quelques actions de Surveillance sanitaire commençaient à peine à être décentralisées.

progressive, hiérarchisée et prudente, selon les possibilités concrètes des municipalités d'assumer leurs nouvelles tâches.

Le secrétaire à la Santé du RN comprendrait la municipalisation de la santé comme une attribution prescrite par la loi. Il fallait l'accomplir; mais, comment ? dans quel délai ? à quel prix ? L'absence de réglementation à ce sujet laissait libre cours aux idées sur la municipalisation et à une interprétation arbitraire de la loi. Comme la municipalisation représentait une réduction des ressources du SSE-RN, le secrétaire et les technocrates de l'état fédéré préféraient la concevoir comme un phénomène à proportions limitées. Conséquemment, ils gagnaient du temps pour trouver de nouvelles sources de financement. Ainsi, la municipalisation demeurait toujours présente dans les plans successifs d'activités élaborés par cette équipe du SSE-RN mais, jusqu'à 1994, elle ne sortira pas de l'espace virtuel des intentions pour se matérialiser dans une politique de santé effective.

La stratégie des «*municipalistes*» responsables pour l'édition de la NOB/93 reste bien claire : institutionnaliser la municipalisation de la santé, impliquant progressivement toutes les municipalités dans ce processus de décentralisation. En fait, ils s'attendaient à un engagement progressif des autorités municipales, en même temps qu'à une évolution des structures ainsi que de la capacité de gestion et prestation des services de santé dans les municipalités. L'aboutissement de ce processus serait forcément l'effective municipalisation du système de santé.

## 6.2. Les instances de décision et négociation

La NOB/93 a aussi créé des espaces de décision et de négociation permanentes entre les gestionnaires du système pour définir les aspects opérationnels de la décentralisation. Au niveau national, sera créée la «*Commission intergestionnaires tripartite*» (CIT), constituée du MS, du CONASS et du CONASEMS, tandis qu'au niveau des états fédérés, seront créées les «*Commissions intergestionnaires bipartites*» (CIB), constituées des SSE et des COSEMS. Au RN, tel que déjà souligné, les technocrates et le secrétaire à la Santé lui-même ont résisté à la municipalisation de la santé. Ainsi, ont-ils retardé la création de la CIB-RN à cause de sa composition, 50% des représentants de l'état fédéré et 50% des représentants des municipalités<sup>72</sup>, qui partageait réellement le pouvoir entre ces deux niveaux de gouvernement, favorisant ainsi la municipalisation de la santé. La pression du COSEMS-RN sur le secrétaire à la Santé et, à travers les maires, sur le gouverneur deviendra très significative pour la création de la CIB-RN. La pression fédérale demeurera toutefois décisive.

*«Dans les réunions avec les maires et les secrétaires à la Santé, la direction du COSEMS-RN a remarqué l'importance de la CIB-RN comme outil pour le processus de municipalisation. Alors, nous avons mobilisé nos membres à entreprendre des pressions auprès des dirigeants de l'état pour qu'ils prennent la décision de créer cet organisme (...) La pression coercitive du gouvernement fédéral a obligé le secrétaire à la Santé du RN à négocier avec le COSEMS-RN. Une norme du MS préconisait que les transferts des ressources fédérales au RN seraient définis par la CIB-RN et par le Conseil de la santé de l'État fédéré (CES-RN). Alors, sous pression, le secrétaire a commencé à réagir. Il aurait dû créer la CIB-RN et le CES-RN forcément. Il fallait mettre en œuvre ces organismes pour recevoir les ressources du SUS-*

---

<sup>72</sup> Le secrétaire municipal à la Santé de Natal était considéré comme un membre permanent de cette commission.

*RN. La NOB/93 a été éditée, en mai 1993, mais il a fallu attendre à la fin de juillet pour l'installation de la CIB-RN<sup>73</sup>».*

L'acte de fondation de la CIB-RN constitue la plus importante réalisation de cette gestion du SSE-RN, mais aussi la plus contradictoire. Cette commission inaugure une nouvelle étape du processus de municipalisation, sans cesse retardé. Par contre, d'une part, le secrétaire à la Santé du RN a commencé la structuration de la CIB-RN et la mise en œuvre de la municipalisation, à partir des nouveaux outils normatifs ; d'autre part, il continuera de manifester une position d'indifférence et de résistance tacite à l'égard de cette voie de décentralisation. Il ratera la première réunion de la CIB-RN, celle de sa création et presque 40% des séances réalisées pendant sa gestion<sup>74</sup>. En plus, les autres représentants du SSE-RN s'absentaient, eux aussi, des réunions de la CIB-RN et ne se faisaient pas remplacer, menant quelquefois à l'absence de quorum. Malgré les pressions du COSEMS-RN, les réunions de la CIB-RN étaient convoquées selon un calendrier absolument irrégulier qui ne reflétait pas les besoins du processus de municipalisation mais plutôt la stratégie du secrétaire à la Santé du RN dans le but de retarder au maximum les décisions de cette commission de gestionnaires. Après la fondation de la CIB-RN, le secrétaire à la Santé du RN occupera encore son poste durant neuf mois (juillet/93 à mars/94). Pendant cette période, six réunions ordinaires et une extraordinaire se tiendront en 1993 et une seule réunion extraordinaire, au cours des trois mois de 1994. En plus, les conflits entre le SSE-RN et le COSEMS-RN seront ouverts et un dialogue de sourds s'installera.

---

<sup>73</sup> Ex-membre du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>74</sup> Le secrétaire à la Santé du RN était aussi le président de la CIB-RN. Plusieurs décisions de cette commission, qui affectaient les ressources ou la structure du SSE-RN, pouvaient être remises à une prochaine réunion, si le secrétaire n'était pas présent pour donner son avis.

*«Le secrétaire à la Santé, le Dr B., ne créera pas le cadre nécessaire aux négociations, aux ententes, à l'établissement d'une entente. Cet espace serait la CIB-RN, mais il a essayé de la vider au maximum. Il a retardé sa création, négligé son fonctionnement, manqué des réunions, refusé des ressources nécessaires au bon fonctionnement de son secrétariat exécutif, enfin, à travers ses attitudes, il a montré n'avoir aucun intérêt dans l'administration des conflits. Au contraire, il a créé des conflits avec la nouvelle force émergente, le COSEMS-RN, qui prétendait partager le pouvoir du SSE-RN à travers la municipalisation de la santé<sup>75</sup>»*

Les réunions de la CIB-RN ont commencé sous le signe du conflit. Une méfiance mutuelle entre le SSE-RN et le COSEMS-RN restait toujours présente et le comportement ci-dessus mentionné du secrétaire à la Santé du RN, président de cette commission, renforçait la tension existante et la radicalisation des positions. À la première réunion, le COSEMS-RN a présenté toutes les propositions d'ordre pratique : l'élaboration du *«Règlement de la CIB-RN»* et d'un document sur les critères pour la décentralisation et, encore, la promotion de séminaires régionaux sur la municipalisation de la santé. Il y sera créé un secrétariat exécutif de la CIB-RN constitué de deux conseillers techniques du COSEMS-RN et six technocrates du SSE-RN appartenant aux secteurs considérés stratégiques pour la municipalisation : les coordinations de planification, des ressources humaines, des services hospitaliers et ambulatoires, et celle de la promotion de la santé.

*«[pour] réaliser des analyses préliminaires des sujets soumis aux réunions de cette commission, élaborer des propositions, analyses, études et, aussi donner des avis pour régler et orienter la décentralisation de la gestion du SUS dans le RN<sup>76</sup>».*

---

<sup>75</sup> Membre du NESC-UFRN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>76</sup> Procès verbaux de la première réunion de la CIB/RN, 22 juillet 1993.

Dans cette gestion du SSE-RN, le secrétariat exécutif de la CIB-RN aura une grande charge de travail avec les dossiers entamés par les municipalités demandant leur encadrement dans une des conditions de gestion prévues par la NOB/93. Ce secrétariat doit effectuer l'analyse préliminaire de ces dossiers avant de les soumettre pour l'approbation à une des réunions de la CIB. Dans cette période, trente et un dossiers pour la gestion élémentaire, cinq pour la gestion partielle et un pour la gestion semi-complète seront approuvés. Ces dossiers de «*municipalisation*» étaient analysés à partir des documents présentés par les municipalités pour démontrer leur capacité à assumer le type de gestion requis. Cette sorte d'analyse uniquement basée sur des documents, appelée dans le jargon «*municipalisation par documents*», a été très critiquée par quelques technocrates du SSE-RN qui insinuaient l'idée de fraudes éventuelles. La CIB-RN a alors décidé que des inspections auraient lieu sur les sites pour analyser les conditions de fonctionnement et le potentiel des SMS et des services de santé, dans chaque municipalité requérante. Les rapports de ces inspections seraient confrontés aux documents présentés pour devenir alors l'objet d'une analyse plus rigoureuse. Comme ces inspections constitueraient une tâche de plus pour le secrétariat exécutif, déjà surchargé, elles seront rarement réalisées, dans la réalité.

Les membres du secrétariat exécutif de la CIB-RN demeuraient très sollicités par les SMS en quête d'orientations pour bien instruire leurs dossiers. En plus, ils devaient organiser les réunions de la CIB-RN : communications sur les dates, horaire, agenda, distribution des documents nécessaires à l'analyse des sujets, élaboration des procès verbaux, entre autres. L'élaboration du «*Règlement de la CIB-RN*» et le document «*Orientations de base pour la*

*municipalisation des services et actions de santé dans l'état du Rio Grande do Norte*» ont également fait partie des attributions de ce secrétariat. Le premier sera approuvé par la CIB-RN, au cours de la deuxième réunion. Par contre, le document d'orientation sur le processus de municipalisation sera présenté à cette réunion, mais ne sera approuvé qu'à la prochaine gestion du SSE-RN. Sous prétexte du besoin d'adapter ce document au cadre juridique de l'état fédéré du RN et aux nouvelles normes du MS, les technocrates ont réussi à retarder son approbation.

Les conflits existant entre le COSEMS-RN et le SSE-RN se reproduisaient dans le secrétariat exécutif de la CIB-RN. Apparemment, il n'existait pas de problème, tous étaient là pour travailler à la municipalisation du système de santé. Mais, les représentants du SSE-RN multipliaient les obstacles à l'accès des représentants du COSEMS-RN au secrétaire à la Santé du RN et aux informations-clés pour le processus de municipalisation. Il faut rappeler que le secrétaire s'opposait à une composition bipartite du secrétariat exécutif de la CIB-RN. Il était contre le fait de désigner des représentants du COSEMS-RN pour participer à ce secrétariat dont les fonctions étaient d'appui technique et administratif à la CIB-RN. En plus, pendant cette période, les conditions de fonctionnement du secrétariat exécutif étaient plutôt précaires. Les procès verbaux de la CIB-RN enregistraient des demandes fréquentes de matériel et de personnel (surtout administratif) pour améliorer leur infrastructure. Le secrétaire à la Santé du RN ou ses substituts éventuels aux réunions de la CIB-RN promettaient toujours de répondre à ces revendications mais, en remettant à plus tard l'accomplissement de leur engagement, finissaient par compromettre le bon fonctionnement de ce secrétariat exécutif. Ainsi, les contraintes posées par le SSE-RN au fonctionnement du secrétariat exécutif de la CIB-RN



révèlent un des aspects de la face cachée d'opposition à la municipalisation. Mais les technocrates utiliseront d'autres stratégies dissimulées pour effectivement s'opposer à cette décentralisation.

*«Les technocrates du SSE-RN étaient contre le processus de municipalisation, mais non de façon ouverte. Ils utilisaient des mécanismes bureaucratiques qu'ils étaient les seuls à maîtriser pour poser des contraintes à ce processus. La technocratie cherchait à camoufler, à cacher les informations et toutes sortes de choses qui puissent aider à l'avancement de la municipalisation. Par exemple, des documents à peine élaborés, avec l'objectif d'aider à la mise en œuvre de la municipalisation, une fois envoyés au SSE-RN pour être divulgués, finissaient par disparaître. En fait, ils étaient tout à fait 'oubliés' dans les tiroirs des bureaux des technobureaucrates. Des copains qui se disaient favorables au processus de municipalisation étaient les mêmes qui avec ruse, travaillaient contre ce processus dans le SSE-RN. Et même les représentants du SSE-RN dans le secrétariat exécutif de la CIB-RN agissaient ainsi<sup>77</sup>».*

Le Règlement de la CIB-RN définissait cette commission comme :

*«(...) un forum de négociation et d'établissement d'ententes entre les gestionnaires de la santé de l'état et des municipalités du RN» [dont] «les décisions et délibérations ne seront approuvées qu'après l'obtention d'un consensus chez les membres de cette commission» (CIB-RN, 1994).*

Ainsi, vouée à l'entente et à la recherche de consensus sur le processus de municipalisation de la santé, cette commission éprouvera d'énormes difficultés posées par le SSE-RN au début de son fonctionnement : indifférence, sabotage, contraintes au fonctionnement du secrétariat exécutif, absence aux réunions provoquant le manque de quorum nécessaire, difficulté d'accès aux informations, utilisation du temps de la réunion pour

---

<sup>77</sup> Représentant du COSEMS-RN au Secrétariat exécutif de la CIB-RN, en entrevue avec l'auteur.

discuter de thèmes non prioritaires. Enfin, en essayant de toujours remettre à plus tard les décisions et délibérations de la CIB-RN, les technocrates du SSE-RN gagneront du temps pour retarder au maximum le processus de municipalisation. Finalement, la stratégie des «*positions radicales*» menait forcément au manque de consensus, condition préalable prévue par le règlement pour les décisions de la CIB-RN. Ainsi, cette commission sera atteinte d'une sorte de paralysie décisionnelle et la direction du COSEMS-RN a perçu qu'ils avaient besoin d'avoir recours à une autre instance de décision, le «*Conseil de la santé de l'état fédéré du RN*» (CES-RN).

Comme la CIB-RN, le CES-RN sera aussi créé, en juillet 1993. Un député du «*Parti des travailleurs*» (PT) avait présenté, à l'Assemblée législative du RN, la loi qui créera ce conseil. Toutefois, elle effectuera un long parcours avant d'être soumise à la votation. Finalement, après les pressions des syndicats, du COSEMS-RN, du NESC-UFRN et de plusieurs conseils municipaux de la santé, cette loi sera votée en régime d'urgence et sanctionnée, en juillet 1993. Ces organisations chercheront l'appui des politiciens locaux (en particulier des maires et des députés associés à ceux-ci), mais aussi du CONASEMS et du MS au niveau national. Ainsi, une large alliance politique sera établie pour contribuer à la création du CES-RN. Après la sanction de la loi, une nouvelle difficulté surviendra pour empêcher le fonctionnement de ce conseil : l'enjeu sur la représentativité de ses membres. La loi prévoyait une composition constituée à partir du principe de la «*parité*» : 50% de représentants de la communauté et 50% de représentants du gouvernement. Ces derniers étaient désignés par le SSE-RN et le COSEMS-RN. Par contre, la représentation de la communauté était comprise dans le sens plus large d'organisations purement communautaires incluant aussi les syndicats

des professionnels de santé, associations patronales dans le domaine de la santé et centrales syndicales. Sous l'allégation que les associations communautaires n'avaient pas nommé leurs représentants, une réunion du CES-RN dans cette condition ne pouvait être tenue sans heurter le principe de la parité, le secrétaire remettant toujours à plus tard le début des travaux du CES-RN.

Face à la paralysie décisionnelle de la CIB-RN et du besoin d'une instance qui puisse servir à l'arbitrage des questions non-consensuelles de cette commission, le COSEMS-RN cherchera à exercer des pressions pour l'installation du CES-RN. Des plaintes seront déposées auprès de la «*Commission intergouvernementale tripartite*» (CIT) et au «*Conseil national de la santé*» (CNS) à propos de l'impasse autour de l'installation du CES-RN. En octobre 1993, les membres du CNS arriveront à Natal pour recueillir des informations sur le fonctionnement du CES-RN. Une fois de plus, le COSEMS-RN mobilisera toutes les forces politiques nécessaires à la réussite de l'implantation de ce conseil. Comme cette situation ne se limitait pas au RN, le CONASEMS et les technocrates réformistes du MS ont convaincu le ministre de la santé de fixer une norme soumettant les transferts des ressources fédérales du SUS aux états fédérés et municipalités à l'application effective du principe de la participation sociale. Autrement dit, lorsque le conseil de santé d'un état fédéré ou d'une municipalité donnée ne fonctionnait pas, le SSE-RN ou SMS correspondant ne recevait plus les ressources fédérales du SUS. Le SSE-RN a réagi en manifestant son opposition à cette mesure qu'il considérait coercitive. Mais, face à l'inflexibilité du MS, le secrétaire à la Santé a finalement demandé à l'Assemblée législative du RN de reformuler la composition du CES-RN dont la première réunion aura lieu en décembre 1993.

*«Au début, le processus de municipalisation de la santé a été réalisé par coercition du ministre de la santé. Il avait une façon particulière à lui de décentraliser le SUS, par la voie économique. La méthodologie qu'il a utilisée consistait à exiger la création des CMS, d'un budget municipal pour la santé, enfin les présupposés de la Loi 8080. Le MS ne transférait aucun argent aux municipalités qui ne se conformaient pas totalement aux exigences de cette loi. Comme l'argent est pouvoir, les maires ont fait la course pour y arriver. Malgré le fait d'appartenir au même groupe des partis politiques qui appuyaient le président de la république, nous [SSE-RN] avons résisté politiquement à ce processus. À travers nos députés, le gouvernement du RN a résisté au maximum à ce transfert de compétences, de personnel, de structure physique, de meubles et immeubles, au pouvoir municipal. Et tout ça était réalisé pour la motivation de gérer une structure déterminée, mais sans aucune planification antérieure. Alors, je pense que le processus de municipalisation de la santé est né de ce déterminant économique. Tandis que son implantation court à grande vitesse, les vices de management continuent très fort, ce qui pose des doutes sur la validité de tout ça<sup>78</sup>».*

Le discours ci-dessus dévoile les résistances de quelques technocrates du SSE-RN à la municipalisation. En fait, ils demeuraient irréductibles devant son éventuel accomplissement parce qu'ils ne constataient pas la faisabilité de cette entreprise :

*«(...) une utopie, un rêve des intellectuels, impossible d'être réalisée parce que les fonctionnaires des municipalités étaient des incompetents, corrompus, incapables d'administrer le système de santé»<sup>79</sup>.*

---

<sup>78</sup> Membre de l'équipe du secrétaire à la Santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>79</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

### 6.3. Les discours politique et technocratique

Dans ce contexte, deux types de discours se dégagent des considérations émises par les différents acteurs sur la municipalisation et l'organisation des services de santé. La majorité des technocrates du SSE-RN adoptait un discours plutôt inspiré par des principes de «*management*», tandis que les autres acteurs tenaient un discours plutôt teinté de «*politique*». Les grandes thématiques du moment (financement et allocation des ressources, gestion et décentralisation des activités du système de santé) ainsi que les enjeux mobilisateurs (salaires et conditions de travail du personnel, répartition équitable des ressources, création et fonctionnement de la CIB et du CES) seront toujours analysés par les critères du management et la politique.

Lorsqu'il était question de financement du système de santé en processus de municipalisation, les partisans du «*discours du management*» affirmaient que les problèmes du SUS n'étaient pas reliés purement à une insuffisance de ressources, mais plutôt à leur allocation inefficace, résultant de l'incapacité administrative ou de la corruption des dirigeants, par la voie d'un détournement de fonds. Par contre, le «*discours politique*» affirmait d'abord que le problème du financement du SUS était bien plus complexe : ils existaient des problèmes de gestion des fonds publics mais aussi une véritable insuffisance de ressources pour la santé. Ainsi, la racine de ces problèmes de financement venait d'une absence de décision politique pour accorder de la priorité à la santé, en tant que politique publique, définissant de façon claire les sources, le volume et les mécanismes adéquats au financement du système de santé décentralisé. Alors, le besoin d'utilisation de critères plutôt

techniques pour allouer les ressources, un remplacement du clientélisme et des vieux critères existants demeurent toujours à l'actualité. La répartition des «*Autorisations d'hospitalisation*» (AIH) entre les municipalités et la création d'une «*Chambre de compensation*» pour administrer leur distribution de façon équitable, seront discutées, lors de réunions de la CIB-RN. Pourtant, cette question, qui deviendra l'un des grands enjeux de la municipalisation, ne se montrera pas très mobilisante parce que la municipalisation n'en était encore qu'à ses débuts, la grande majorité des SMS se situant à la phase administrative d'encadrement dans les modalités de gestion.

Quant à la décentralisation de la gestion et des activités du SUS, autre thématique présente dans les discussions à la CIB-RN, le débat se portera sur le genre d'activités à municipaliser et la capacité des municipalités d'assumer la gestion complète du système de santé ou de se limiter à une partie : soins de première ligne et quelques actions de prévention et promotion de la santé. Les municipalités devant elles-mêmes se structurer pour fournir des services de santé et lutter pour les ressources du SUS, quels seraient leurs comportements face au secteur privé conventionné par le SUS ? Des rapports de compétition ou de collaboration se développeront-ils entre eux ? Ces questions apparaissent comme toile de fond de ce scénario où les acteurs sociaux analysaient leurs possibilités d'interaction.

*«Je me souviens très bien des premières réunions de la CIB-RN. Au début, ce n'étaient que des disputes entre le COSEMS-RN et le SSE-RN. Nous sortions très stressés de ces réunions. Quelquefois les disputes arrivaient au niveau personnel. Et alors, nous étions assis à la même table, pour défendre le même système de santé. Nos vrais adversaires étaient au-dessus de toute*

*cette dispute. Ils appartenait au secteur privé, c'étaient les APAMIs<sup>80</sup> fortes et qui commençait à s'organiser pour saboter le processus de réorganisation de l'allocation des AIHs. Et nous étions là à nous battre pour construire un système pour tous les citoyens. Celui-ci n'appartenait à l'état [fédéré], ni aux municipalités, mais à tous. Un système public qui ne devait pas se subordonner au privé<sup>81</sup>».*

Malgré l'appui du MS au processus de municipalisation, quelques obstacles bureaucratiques à son implantation ressortaient des contradictions administratives du gouvernement fédéral. Le secrétaire à la Santé du RN et son équipe observeront ces contraintes et les utiliseront comme raison justifiant leur retard dans la prise de quelques décisions essentielles à l'amorce effective de ce processus. Les termes des contrats existants, d'une part, ne se conformaient pas aux exigences de la NOB/93 et, d'autre part, ces dernières étaient considérées très difficiles à remplir. Entre autres exigences, nous pouvons citer : la désignation d'un médecin qualifié pour exercer l'activité d'autorisation des AIH, l'implantation dans les SMS d'un secteur de contrôle et d'évaluation des activités du SUS, la création des conseils municipaux de santé et des fonds municipaux de santé, l'élaboration d'un plan municipal de santé et, finalement, l'utilisation de 10% du budget municipal pour financer le SUS.

*«Les municipalités, elles, ne sont pas stimulées parce que manque l'engagement gouvernemental [fédéral] pour la concrétisation du processus de municipalisation. Le ministre de l'Économie recommande que la*

---

<sup>80</sup> Les «Associations de protection et des soins à la maternité et à l'enfance» (APAMI) sont des établissements hospitaliers dits «philanthropiques». Selon plusieurs témoignages, ces petits hôpitaux maternité servent aux intérêts des groupes politiques et économiques locaux, dans les villes de l'intérieur du Rio Grande do Norte. Chaque chef d'un groupe politique a son APAMI à lui, outil de production de profit mais, aussi, d'usage clientéliste des ressources de la santé.

<sup>81</sup> Président du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

*provenance des contreparties financières pour couvrir les dépenses de santé des états fédérés et municipalités soit de leurs propres budgets<sup>82</sup>»*

Le COSEMS défendait une position de conciliation avec le MS en affirmant que la majorité des municipalités, surtout celles en condition de gestion élémentaire, ne disposaient pas encore des conditions techniques pour implanter immédiatement un secteur de contrôle et d'évaluation, car trouver des médecins au profil exigé pour se prononcer sur les AIH demeurait une tâche ardue. Par contre, les SMS pouvaient se conformer à accomplir toutes les autres exigences dans un délai à être établi par la CIB-RN et se préparer pour assumer l'ensemble des nouvelles attributions. Le rôle du SSE-RN consisterait alors à donner des consultations techniques aux municipalités pour qu'elles puissent progressivement s'habiller à évoluer dans la hiérarchie des modalités de gestion existantes. Le MS cherchera à répondre à ces obstacles bureaucratiques par «*l'Instruction normative 01/93*» qui discipline les actes administratifs du processus de municipalisation de la «*Norme 1286/93*» qui établit les nouveaux modèles de contrat entre les états fédérés et les municipalités, pour les fournisseurs de services de santé.

Devant les nouvelles normes du MS, le SES-RN suspendra les dossiers d'encadrement dans la modalité de gestion partielle en cours, sous l'allégation que ces dossiers n'étaient pas en accord avec ces normes-là. Même la municipalité de São Gonçalo, dont le dossier était déjà approuvé par la CIB-RN et le MS, verra son contrat suspendu. Une fois de plus, le SSE-RN reste prisonnier de ces propres paradoxes. Ce secrétariat adopte un discours critique face

---

<sup>82</sup> Discours du secrétaire à la Santé du RN transcrit dans le procès verbaux de la réunion ordinaire de la CIB-RN, tenue le 3 novembre 1993.



aux contradictions administratives du MS et les difficultés conséquentes au processus de municipalisation ; ces contraintes lui servent tout de même de prétexte pour retarder la décentralisation. En même temps, quand le MS prend des mesures pour résoudre le problème, par de nouvelles normes sanctionnées, le SSE-RN se sert également de celles-ci pour suspendre le processus en cours. En fait, le discours de l'équipe du SSE-RN et les actions qu'il réalise contribuent toujours à créer un paradoxe. Au plan du discours, les technocrates préconisaient un réaménagement des structures du SSE-RN et un ajournement du modèle de management pour s'habiller à l'implantation de la décentralisation avec efficience. Une politique de ressources humaines et le développement de modalités de participation sociale compatibles avec un modèle de «*management moderne*» constitueraient les piliers d'un nouveau SSE-RN renouvelé et prêt à assumer les nouvelles responsabilités dans le SUS. Outre la restructuration du système d'informations, aidé largement par l'informatisation, outil essentiel à la modernisation organisationnelle du SSE-RN, pratiquement rien de ce qui avait été proposé ne sera réalisé.

Il nous paraît nécessaire de mettre en évidence que, même dans un contexte national favorable (le retour des municipalistes aux postes de direction au sein du MS, l'influence du CONASEMS dans les politiques de santé et l'édition de la NOB/93 ainsi que d'autres normes pour orienter le processus de municipalisation) et dans des conditions aussi propices au niveau local (l'émergence du COSEMS-RN comme un acteur fort, la création de la CIB-RN et du CES-RN, l'appui du mouvement syndical et du NESC-UFRN) à cette gestion du SSE-RN, la municipalisation ne réussira pas à progresser parce qu'il lui manquait l'appui du secrétaire à la Santé. Pendant tout son mandat, il ne fera rien pour déclencher la municipalisation. Dans les neuf derniers mois, sous forte pression du gouvernement fédéral et des organisations locales, en particulier du COSEMS-RN, il créera la CIB-RN mais la neutralisera ; créera le CES-RN

au dernier moment, presque à la fin de son mandat ; élaborera enfin des stratégies les plus diverses pour retarder la municipalisation et arrivera à la fin de son mandat, avec certains dossiers approuvés par la CIB-RN, mais la majorité, sans contrats signés. Avec l'appui des technocrates du SSE-RN et des politiciens (les députés alliés au gouvernement de l'état fédéré) de même qu'une position plutôt hésitante d'une partie des maires, le secrétaire à la Santé du RN a réussi à terminer son mandat sans pratiquement rien accomplir de concret pour la municipalisation de la santé. Elle persistera encore comme une image omniprésente dans la politique de santé du RN, mais sera sans cesse remise à plus tard.

#### **6.4. Le début de la municipalisation: les procès d'habilitation**

À la fin mars 1994, le gouverneur du RN laisse son poste pour concourir au Sénat fédéral. Il se fait remplacer par le vice-gouverneur qui, à son tour, désignera au poste de secrétaire à la Santé du RN un médecin, spécialiste en santé publique, cumulant deux expériences en tant que secrétaire municipal à la Santé : à Janduí (une petite municipalité gouvernée par le PT<sup>83</sup>) et à Natal. Pendant son mandat comme secrétaire à la Santé de la capitale du RN, il avait aussi assumé la présidence du COSEMS-RN, juste au début de la phase de redémarrage de ce conseil. Enfin, le nouveau secrétaire du RN était municipaliste, présentant un profil de gestionnaire absolument différent de son prédécesseur. Il devra toutefois affronter des fortes contraintes pour réussir à développer son style de gestion. D'abord, il arrivera au SSE-RN à la fin de la période du mandat d'un gouvernement à l'image

---

<sup>83</sup> Le « *Parti des travailleurs* » (PT) n'avait pas beaucoup d'expression au RN à ce moment-là. Le secrétaire à la Santé avait des rapports de parenté avec le nouveau gouverneur du RN, lui aussi médecin. Ces liens de famille peuvent expliquer comment un médecin de gauche a réussi à assumer le plus haut poste de direction dans le système de santé du RN, dans un contexte politique nettement porté vers la droite.

de marque endommagée, dans une année d'élection pour le gouverneur<sup>84</sup>. Il connaîtra une administration de courte durée (neuf mois) et devra composer avec un SSE-RN à l'équipe déjà structurée, sans beaucoup de possibilités de changements. Ainsi, le secrétaire éprouvera des difficultés à surmonter les résistances des technocrates du SSE-RN à la municipalisation et, en même temps, comme responsable pour l'ensemble des positions adoptées par ce secrétariat, il aura à supporter les fortes pressions du COSEMS-RN pour l'implantation de la municipalisation.

*«La gestion du Dr N. a été une surprise très agréable pour le COSEMS-RN. Des espaces nouveaux seront ouverts à notre action. Par contre, le COSEMS-RN exigera beaucoup du secrétaire à la Santé du RN, même en reconnaissant qu'il était intéressé à réaliser quelque chose dans cette direction. Mais, comme il n'arrivait à rien du tout, à cause des résistances internes de la technocratie de l'état fédéré, nous avons poussé fort sur le secrétaire, le responsable pour le SSE-RN et pour la conduction du processus de municipalisation<sup>85</sup>.»*

Face à un contexte local restrictif et du court délai de cette administration, le secrétaire à la Santé du RN et son équipe définiront deux priorités d'action : le déclenchement de l'implantation de la municipalisation de la santé (encore à l'état stagnant) et le renforcement du «*Conseil de la santé du RN*» (CES-RN), perçu comme un outil de gestion du SUS. Quant à la municipalisation, à cette phase d'implantation, elle dépendait énormément de la volonté politique du secrétaire à la Santé de l'état fédéré. Ce dernier centralisait le pouvoir de décision dans le SSE-RN, en ce qui regardait particulièrement l'allocation des ressources, détenant le

---

<sup>84</sup> Au Brésil, les années «*électorales*» sont reconnues pour les fortes pressions exercées par les politiciens sur les administrateurs publics, visant l'usage clientéliste de la «*machine de l'État*».

<sup>85</sup> Membre du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

contrôle politique et les mécanismes d'action existant dans cette organisation pour mettre en place les politiques de santé.

À ce moment, le secrétaire à la Santé du RN pouvait compter sur leur pouvoir d'assigner des ressources et de fixer les règles du jeu institutionnel pour stimuler ou immobiliser le développement du processus de municipalisation. Il fallait attendre la fragmentation de ce pouvoir, portée par la municipalisation elle-même, pour rompre la dépendance des municipalités à l'égard du secrétaire à la Santé de l'état fédéré. Alors, si le secrétaire à la Santé du RN avait accordé la priorité à l'implantation de la municipalisation, c'était à lui d'assurer une dynamique de fonctionnement de la CIB-RN adéquate aux besoins du processus de décentralisation, de fournir les ressources et les conditions nécessaires au bon fonctionnement du secrétariat exécutif de cette commission et de vaincre les obstacles administratifs et politiques qui s'opposaient à la municipalisation. En particulier, il revenait au secrétaire à la Santé de créer les conditions politiques au sein du SSE-RN pour appuyer effectivement le processus de municipalisation, cherchant à neutraliser les fortes résistances historiques des technocrates de cette organisation.

*«Malgré la constitution de la CIB-RN et les mécanismes de contrôle institutionnalisés, le processus de municipalisation de la santé dépend beaucoup du secrétaire à la Santé de l'état fédéré. Il est encore très dépendant de la disponibilité, de la volonté du secrétaire. Peut-être que dans une phase plus avancée de la municipalisation, ça changera. Mais aujourd'hui, si je voulais empêcher l'évolution de ce processus, j'aurais les moyens pour le faire».*

*(...) «Comment ? C'est simple. Je peux tout simplement vider la CIB-RN. Elle fonctionne avec les pairs [SSE-RN e COSEMS-RN]. Les représentants du SSE-RN dans la CIB-RN sont désignés par le secrétaire, ils occupent des postes de confiance. Alors, si une réunion de la CIB-RN n'avait pas de quorum, après une certaine période, il fallait remettre les problèmes au*

*CES-RN et si ce conseil ne se réunissait pas, il fallait les remettre à la Commission tripartite [national]. À ce moment-là, moi j'avais déjà gagné du temps, car toutes ces procédures sont lentes et comme nous sommes dans un processus qui est déjà en retard... Il fallait attendre une nouvelle réunion de la Tripartite, que celle-ci désigne une personne de Brasilia pour venir à Natal... Comprends-tu ? Alors, cette stratégie est une forme facile de retarder le processus de municipalisation. Parce qu'il n'existe pas d'autres forums pour régler les questions du système de santé. Lorsque j'ai assumé le poste de secrétaire à la Santé du RN, pendant les deux premières réunions de la CIB-RN, j'arrivais et mes subordonnés n'arrivaient pas. Et je les ai appelés pour leur ordonner que, dans les prochaines réunions, je voulais tout le monde présent. Pourtant, je suis en train de contribuer à ce processus, en structurant et en renforçant les réunions de ces forums, à travers la participation du SSE-RN. Il ne manque plus personne du SSE-RN dans ces réunions. Tous sont là parce que j'exige qu'ils soient tous là. Alors, un secrétaire à la Santé d'un état fédéré peut retarder le processus. Si on ne veut pas, il n'y aura pas la municipalisation. Il n'en est pas question<sup>86</sup>».*

Le secrétaire à la Santé du RN renforcera alors la CIB-RN et son secrétariat exécutif : les réunions ordinaires (7) se tiendront à un rythme régulier et six (6) réunions extraordinaires seront convoquées, pour traiter des besoins identifiés par les membres de cette commission. Le secrétaire manquera trois réunions de la CIB-RN (33%), mais les représentants du SSE-RN seront toujours présents, directement ou à travers leurs substituts. Vu le volume de travail à abattre, le COSEMS-RN propose que les réunions, tenues auparavant le matin, s'échelonnent au cours de la journée, ce qui sera approuvé. Le secrétaire à la Santé du RN trouvera 14 conventions de municipalisation signées et fonctionnelles, et l'information du MS, à l'effet de 23 conventions déjà prêtes pour signature et publication. Ces dossiers seront révisés par la nouvelle CIB-RN et les conventions seront bientôt signées et mises en œuvre, sauf celle de

---

<sup>86</sup> Ex-secrétaire à la Santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

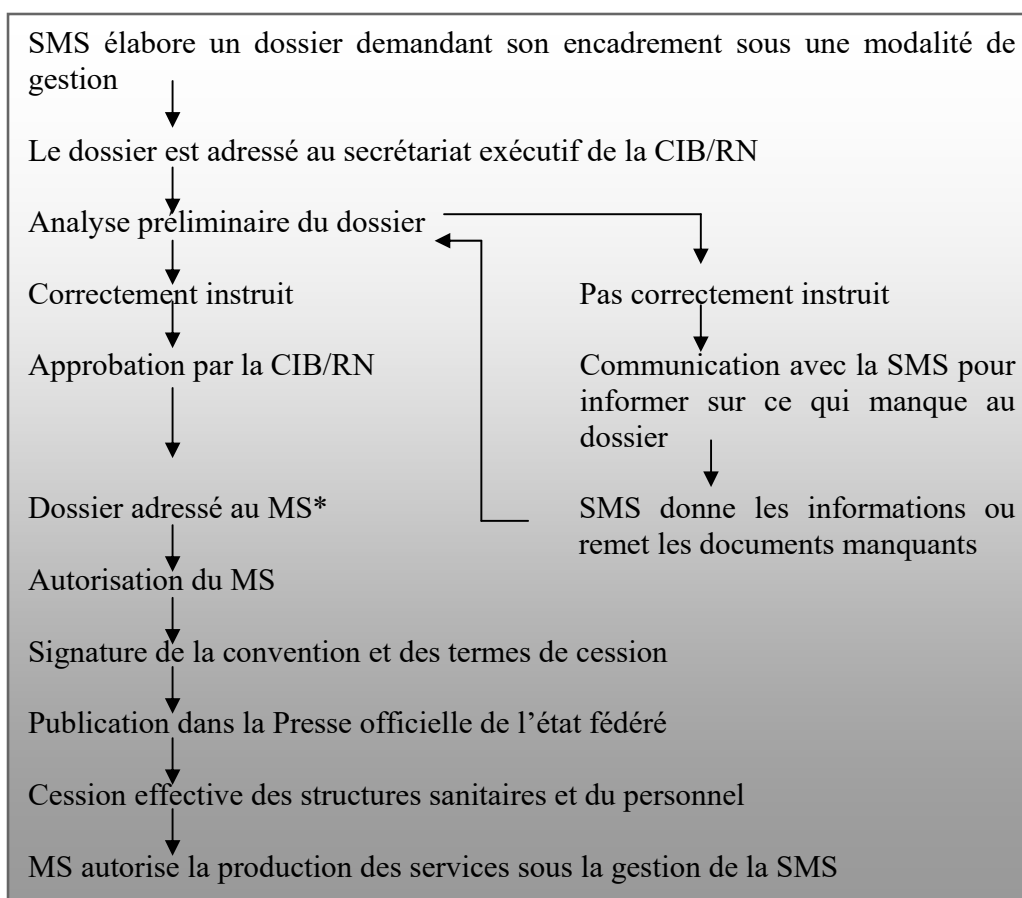
Natal. Elle sera retardée au maximum, malgré l'approbation de son dossier par la CIB-RN et la CIT, depuis décembre 1993.

La discussion sur les plafonds financiers pour les municipalités du RN sera empreinte par l'enjeu de l'implantation de la gestion semi-complète à Natal dont l'autorisation à sa mise en œuvre devra patienter jusqu'à décembre 1994. Le rythme des analyses et des approbations des nouveaux dossiers sera accéléré : 43 dossiers seront approuvés pendant cette période, 37 pour la gestion élémentaire, 6 pour la gestion partielle ; sauf Natal, aucune autre municipalité n'a posé sa candidature pour la gestion semi-complète. Pour faciliter la compréhension des procédures pour la municipalisation de la santé, la CIB-RN a élaboré une marche à suivre, largement diffusée aux SMS (Tableau 7).

Le document *«Orientations de base pour la municipalisation des services et des actions de santé dans l'état du RN»*, élaboré ensemble par le SSE-RN et le COSEMS-RN, sera finalement approuvé par la CIB-RN, après avis du CES-RN et du cabinet des avocats du SSE-RN. Ce document était basé sur la NOB/93 et visera comme objectif de définir les critères pour la municipalisation de la santé au RN et d'orienter les procédures administratives et opérationnelles reliées à ce processus. Il était destiné à tous les acteurs impliqués dans cette entreprise mais, surtout, aux secrétaires municipaux à la Santé et aux équipes des SMS. L'instruction des dossiers y était détaillée pour chacune des modalités de gestion ainsi que toute la marche à suivre, lors de ce processus. Un document assez remarquable parce que, dans un langage simple et objectif, il éclairait les doutes des maires et de secrétaires

municipaux à la Santé sur ce qu'ils devaient faire pour s'engager dans le processus de municipalisation de la santé, sur leurs responsabilités et avantages.

**Tableau 7. La marche à suivre des procédures de la municipalisation de la santé au RN**



\*Les dossiers de gestion semi-complète exigeaient l'approbation de la CIT avant d'être présentés au MS

Un dossier était considéré correctement instruit, lorsqu'il répondait aux exigences de la NOB/93 et, selon la modalité de gestion, ses composants pouvaient varier. Mais, face à la situation vraiment précaire d'une grande partie des SMS du RN, la CIB-RN se montrera très

flexible dans l'application de la NOB/93. Pourtant, quelques composants demeuraient essentiels et devaient indiscutablement figurer aux dossiers : une lettre du secrétaire municipal de santé à la CIB-RN, sollicitant l'encadrement de la SMS de sa municipalité selon une des modalités de gestion et manifestant son intention d'assumer les responsabilités relatives à son engagement dans le SUS ; la vérification de l'existence d'un «*Conseil municipal de la santé*» (CMS), à travers les copies des Procès verbaux des réunions ; l'approbation de la proposition de municipalisation de la santé par le CMS de la municipalité en question (copie de l'Acte de la réunion du CMS) ; confirmation de l'existence d'un «*Fonds municipal de la santé*» (FMS), au moyen des relevés de compte ; une liste des unités sanitaires du SSE-RN et/ou du MS existant dans le territoire de la municipalité, accompagnée d'une demande de cession venant de celles que le SMS pouvait administrer ; démonstration des conditions du SMS à fournir des informations sur les services produits, à travers les systèmes informatisés existant dans le SUS. Pour assumer les modalités de gestion partielle et semi-complète, un plan municipal de santé et de l'implantation immédiate d'un secteur de contrôle et d'évaluation des services de santé étaient exigés.

Un des grands obstacles à l'implantation de la municipalisation trouvait sa source dans l'écart entre la structure juridique de l'état du RN et les nouvelles propositions normatives du MS. Pendant la gestion antérieure, le secrétaire à la Santé du RN utilisait souvent les difficultés réelles posées par cette législation pour retarder le processus de municipalisation. Par contre, le nouveau secrétaire demandera au bureau des avocats du SSE-RN de se mettre d'accord avec le procureur général du RN pour trouver une solution aux contradictions existant entre les normes fédérales et les lois de l'état fédéré. Finalement, sera élaboré un



«*Terme de convention pour la municipalisation des services et des actions de santé*» à être signé par les trois échelons du SUS. Du terme proposé par le MS, les clauses traitant des transferts financiers du Trésor du RN aux municipalités seront exclues. Selon le COSEMS-RN, il s'agissait d'une démonstration évidente de la déresponsabilisation de l'état fédéré envers la partie du SUS qui ne lui «*appartenait*» plus. Par contre, le SSE-RN affirmait que les états fédérés autant que les municipalités dépendaient des transferts financiers du gouvernement fédéral et que chaque municipalisation correspondait à une perte de ressources fédérales, perçues auparavant pour mettre en œuvre le système de santé. D'autres modèles de «*Termes de cession de personnel et de patrimoine*» seront également élaborés et approuvés par la CIB-RN, le CES-RN et le procureur général du RN.

*«Ce sont des choses nouvelles, il n'y a pas de recettes prêtes, et en vérité, on reste à chercher les réponses, ce qui retarde un peu. Par exemple, le processus juridique de l'état n'accompagne pas le processus juridique de la municipalisation. Ça fait plus de trente jours que nous avons publié plusieurs conventions de municipalisation, mais nous n'avons pas réussi à les implanter effectivement, dans la pratique, parce que les dossiers sont dans le cabinet du procureur général du RN. Et ils sont là à examiner des questions comme la cession des biens, du personnel... Alors, nous sommes à attendre un avis juridique sur tout ça. Nous sommes là à négocier, mais ils ont les arguments basés sur la législation du RN. Celle-ci quelquefois pose des contraintes à mon projet d'accélérer le processus de municipalisation au RN<sup>87</sup>».*

Au niveau fédéral, sous la coordination générale du ministre des Finances, un nouveau plan de stabilisation économique verra le jour. Conformément aux recommandations du FMI, un programme de combat à l'inflation sera élaboré, basé sur des mesures de restriction des

---

<sup>87</sup> Ex-secrétaire à la Santé, en entrevue avec l'auteur.

dépenses publiques, contrôle fiscal et monétaire, privatisations et d'un processus de déréglementation de l'économie. Une nouvelle monnaie sera créée, le real (R\$) dont le taux de change fixé au début le placera au-dessus du dollar américain. Dans la nouvelle politique néolibérale, les secteurs sociaux seront les plus atteints par les coupures budgétaires du gouvernement. En quête d'une réduction des dépenses publiques à tout prix, le ministère des Finances adopterait une position très dure par rapport au MS. Il subira de grandes difficultés avec l'équipe économique qui détenait l'hégémonie dans le gouvernement : sans sources stables de financement, il subira des coupures budgétaires successives. L'équipe économique affirmait que les ressources existantes suffisaient et que les gestionnaires de la santé se devaient d'adopter des mesures de rationalisation et de contrôle des gaspillages et des «*fraudes*», déjà connus dans ce secteur public.

## **6.5. L'allocation des ressources**

Devant les contraintes imposés par l'équipe économique, le MS gèlera les coûts des soins médicaux et hospitaliers du SUS et adoptera une stratégie pour le transfert des ressources de ce système aux états fédérés et municipalités : une conversion monétaire différentielle par rapport à l'ancienne monnaie, le cruzeiro real (CR\$). Tandis que R\$ 1,00 (un real) correspondait à CR\$ 2 750,00 (deux mille sept cent cinquante cruzeiros reais), le MS adoptera une autre forme de conversion dont R\$ 1,00 passe à une valeur de CR\$ 3 572,00 (trois mille cinq cent soixante-douze cruzeiros reais). Évidemment, cette conversion réduira brusquement les ressources attendues par les états fédérés et les municipalités. Ils paieront leurs dépenses

au taux de conversion usuel et composeront la grande part de leurs recettes (transferts fédéraux) au taux de conversion absolument défavorable et inéquitable établi par le gouvernement.

*«Pour moi, le talon d'Achille du SUS reste le financement. L'année dernière, le ministère de la Sécurité sociale a décidé d'arrêter de financer la santé. Et il n'y a aucune garantie pour la continuité des activités du SUS. Moi, je trouve ça très fatigant. Maintenant, nous avons une monnaie forte, le real, dont la valeur est de 2 750 cruzeiros reais. Mais, pour le MS et tous les fournisseurs publics, privés ou philanthropiques, elle vaut 3 572 cruzeiros reais. Alors, qu'est-ce qui est arrivé ? Le MS avait juste 506 millions de reais et il a dit que c'était aux états et municipalités de se débrouiller pour partager ces ressources<sup>88</sup>».*

Dans cette gestion du SSE-RN, il n'y aura pas beaucoup de modifications au plan du modèle d'allocation des ressources. Depuis l'épisode de la conversion de l'ancienne monnaie au real, le MS adoptera une politique progressive de contention des dépenses destinées aux hospitalisations, par des coupures successives des AIH destinées aux états fédérés et municipalités. Le RN deviendra un des états fédérés les plus pénalisés, parce que le MS choisira comme critère d'allocation les «*séries historiques*» et les grèves récentes des professionnels de la santé avaient provoqué une réduction des hospitalisations pour la période choisie comme étalon. Le résultat se traduira par une coupure de 6,26% du volume global des AIH destinées à cet état. Le secrétaire à la Santé subira encore de fortes pressions des politiciens, surtout des députés, en disputant les AIH maintenant réduites. Maintenant, c'était

---

<sup>88</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue à l'auteur.

à la CIB-RN que revenait la responsabilité d'allouer les AIH entre les hôpitaux du RN ; c'était une décision partagée entre le SSE-RN et le COSEMS-RN.

Nous avons souligné la concentration du pouvoir dans les mains du secrétaire à la Santé. Le paradoxe de cette concentration de pouvoir réside dans la grande fragilité du secrétaire face aux politiciens. Conscient de ses limites, pour se mettre à l'abri des pressions des politiciens, le secrétaire à la Santé du RN a compris qu'il avait besoin de compter effectivement sur l'appui de la CIB-RN. La légitimité conférée par le partage des décisions dans un tel forum, constitué des autorités de la santé, pourrait soutenir ses décisions de façon beaucoup plus efficace que si elles résultaient d'un acte solitaire du secrétaire à la Santé du RN. Pour acquérir la confiance du COSEMS-RN et des municipalités, ce dernier a décidé d'adopter une politique de «*transparence*» concernant les informations sur le SUS-RN, spécialement sur les mécanismes de financement. Les municipalités reçoivent, par le COSEMS-RN, toutes les informations pertinentes sur l'allocation des ressources des systèmes ambulatoire et hospitalier du SUS-RN : combien de ressources chaque municipalité recevra, la base des calculs, l'évolution des dépenses, entre autres.

*«Moi, j'aime bien les réunions de la CIB-RN parce qu'on se sent appuyé ; on partage les responsabilités. Le secrétaire tout seul ne pourrait jamais faire ça. Le secrétaire le mieux intentionné, avec toute la volonté possible, ne réussirait à le faire tout seul, parce que les pressions sont trop fortes. Même le gouverneur ne supporterait pas ces pressions. Alors, quand cette responsabilité est diluée dans la CIB-RN, quand elle est partagée, on commence à avoir de la force pour le faire. Sans ce soutien, le secrétaire ne pourrait jamais promouvoir un changement. S'il essayait de le faire tout seul, il serait renvoyé.*

*(...) Nous avons ouvert la boîte noire du financement. Il y a mille façons de dissimuler et même de cacher les comptes du SSE-RN. Je peux te dire, franchement, que nous pourrions montrer ce que nous voulons montrer.*

*Mais, nous avons transformé le financement en une chose transparente : 'Le RCA de l'état du RN est de X, nous avons dépensé Y'. Dans les réunions de la CIB, nous avons présenté toutes nos dépenses, avec les secteurs public et privé<sup>89</sup>».*

Comme le prévoyait la NOB/93, la définition des plafonds financiers pour les états fédérés sera institutionnalisée à la fin de 1994 et tenait compte de la somme du RCA (le plafond ambulatoire) et du plafond hospitalier. Ce dernier était calculé à partir de la multiplication de la valeur moyenne des AIH pour le nombre de celles-ci, lors d'une période donnée. Les plafonds financiers constituaient des limites aux dépenses sans contrôle effectuées par les états fédérés avec la santé, poussés par des motivations politiques les menant à enfreindre sans cesse la programmation budgétaire. Dorénavant, si l'état fédéré dépasse les dépenses au delà du plafond financier établi, le MS refuserait les comptes et ne les rembourserait pas. Alors, le SSE-RN a, lui aussi commencé à adopter des mécanismes de contrôle des coûts pour ne pas connaître ultérieurement de problèmes avec son solde financier. L'institutionnalisation des plafonds financiers représente alors l'une des nouveautés dans l'allocation des ressources du SUS, à cette époque.

La CIB-RN décide alors d'établir une nouvelle programmation financière, en définissant les critères de partage des ressources fédérales relatives aux activités ambulatoires et hospitalières. Cette programmation définirait les plafonds financiers de chaque municipalité déjà impliquée dans le processus de municipalisation et l'application des ressources

---

<sup>89</sup> Ex-secrétaire à la Santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

transférées au SSE-RN dans les autres municipalités. Cette façon de procéder impliquait une grande discussion sur les perspectives de décentralisation implicites et sur les critères à adopter pour allouer ces ressources. À ce moment, les contradictions résultant des intérêts des diverses municipalités commencent à jaillir et le COSEMS-RN éprouvera des difficultés à surmonter une division interne provoquée par des opinions sur le processus de décentralisation divergentes. Les grands enjeux concernant la gestion semi-complète pour Natal émergeront comme la grande nouveauté pour réussir à mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués.

## **6.6. La gestion semi-complète**

Tel que nous avons vu précédemment, le COSEMS-RN redémarre, en 1992, à partir du mouvement des municipalités de la «*Grande Natal*», cherchant des solutions aux problèmes posés par le début du processus de municipalisation de la santé. Ce conseil tentera de se constituer comme force politique importante dans le scénario du RN, pour provoquer des changements allant dans le sens de la municipalisation. Pour arriver à devenir un acteur fort, il cherchera une base de légitimité chez les secrétaires municipaux à la Santé mais il adoptera la stratégie de se rapprocher des maires. Ces derniers détenaient le pouvoir politique dans les municipalités et jouissaient d'une grande influence auprès des députés et du gouvernement de l'état. Il semblait alors nécessaire de démontrer que le COSEMS-RN était un conseil prêt à défendre les intérêts des municipalités, indépendamment des couleurs des partis politiques et des oligarchies.

*«Progressivement, à travers les secrétaires municipaux à la Santé, nous avons réussi à créer un corps politique des maires pour soutenir le COSEMS-RN. Quand ça arrivait avec des mairies d'opposition au gouvernement [à l'état du RN], nous gagnions plus de force. Dans la gestion du Dr P., nous avons travaillé avec le PFL, dans la gestion du Dr B. avec le PMDB... On changeait de partenaires. C'était difficile de sortir du manichéisme politique des partis. Mais, finalement, nous avons réussi à rompre avec ce schéma de situation/opposition. Nous avons commencé à montrer que le travail du COSEMS-RN était au-dessus des partis et à mobiliser des forces qui étaient mécontentes du travail du SSE-RN. Toujours présents aux réunions du COSEMS-RN, les maires constitueront la grande base de soutien politique que nous avons cherché<sup>90</sup>».*

Le COSEMS-RN est ensuite devenu une force politique de pression et, articulé à d'autres groupes de la société, a réussi à promouvoir des grandes conquêtes comme la création et l'implantation de la CIB-RN et du CES-RN. Dès lors, ce conseil deviendra très important pour influencer le changement du profil des secrétaires municipaux de santé<sup>91</sup>. En juillet 1993, le maire de Natal choisira un nouveau secrétaire à la Santé. Il constituera *«une force émergente dans le COSEMS-RN, surtout par son style incisif»<sup>92</sup>*, renforçant les pressions sur le SSE-RN. Élu vice-président de ce conseil, il imprènera dorénavant, de sa grande influence, sa direction politique. Au début, tous les membres de la direction du COSEMS-RN se mobilisaient pour la municipalisation de la santé, comme une question centrale, et pour la création de mécanismes efficaces pour mettre en œuvre la gestion municipale des services de santé. Les coupures des AIH, la création de plafonds financiers et, finalement, l'implantation de la gestion semi-complète à Natal, parviendront à réveiller la diversité des intérêts présents

---

<sup>90</sup> Ex-membre du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>91</sup> Selon le témoignage d'un ex-président du COSEMS-RN, progressivement, les maires commencent à comprendre l'importance de choisir un secrétaire à la Santé avec un profil plus technique. En même temps, le COSEMS-RN et le NESC-UFRN organisaient des cours pour mieux outiller les gestionnaires de la santé des municipalités.

<sup>92</sup> Ex-membre du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

dans le COSEMS-RN et engendreront des discordances entre les municipalités sur ces questions tellement imbriquées et sur le comportement du COSEMS-RN face au SSE-RN.

Après la constitution de la CIB-RN, le SMS de Natal montera un dossier où il demandera son encadrement sous la modalité de gestion semi-complète. Ce dossier sera approuvé par la CIB-RN et la CIT, en décembre 1993, mais d'autres questions importantes empêcheront sa mise en œuvre immédiate : la conception de municipalisation et du rythme de son implantation, le rôle de Natal dans le système de santé du RN et, conséquemment, la définition des critères pour l'allocation des ressources fédérales du SUS au SSE-RN, à cette municipalité et aux autres. Nous pouvons dégager deux positions claires et opposées sur la conception de municipalisation : la progressive et la globalisante. Les deux reconnaissaient que les modalités de gestion élémentaire et partielle ne constituaient pas encore une municipalisation au sens strict. Elles faisaient partie d'une stratégie d'implication progressive des municipalités dans le processus de municipalisation. Mais, quant à la gestion semi-complète, des divergences émergeaient.

La position «*progressive*» mettait l'accent sur le fait que la grande majorité des municipalités, même les plus développées, n'étaient pas structurées pour devenir soudainement les gestionnaires du système de santé, assumant toutes les modalités des services, des plus simples aux plus sophistiqués. La municipalisation représentait alors un processus où les structures municipales devaient commencer à s'adapter pour assumer, progressivement et de façon planifiée, les actions et services du SUS. Au Brésil, les municipalités candidates à assumer la gestion semi-complète semblaient très hétérogènes. Il



existait des municipalités avec une histoire de prestation de services de santé, incluant ceux de grande complexité et utilisant des technologies avancées. Par contre, il y en avait d'autres, comme la municipalité de Natal, qui n'avaient jamais administré de services spécialisés ou hospitaliers. Pour les partisans de la position progressive, ces dernières ne disposaient pas encore d'une structure administrative organisée pour assumer tout de suite la gestion du système. Pourtant, cela n'impliquait pas de réduire l'autonomie de gestion attribuée à la modalité semi-complète. Mais, le transfert des unités sanitaires plus complexes et la responsabilité découlant de la gestion globale du système de santé dans ces municipalités (incluant le secteur privé conventionné) seraient progressifs, selon un échéancier approuvé par la CIB-RN et cohérent avec leur capacité administrative et opérationnelle. Cette position était dominante dans les états du nord-est du Brésil. Le SSE-RN et quelques membres du COSEMS/RN, surtout les secrétaires à la Santé des moyennes et petites municipalités, ont adopté cette position.

*«Moi, je pense que Natal a pris beaucoup du temps des réunions de la CIB-RN. J'ai été toujours contre cette idée de municipalisation globale, tout d'un seul coup. Maintenant, tu peux voir que j'avais raison. À mon avis, la municipalisation de Natal devait se réaliser dans un processus. On ne pouvait pas soudainement tout transférer. Pourquoi ? Parce que si Natal n'assumait pas le réseau de base avec efficacité, si on voyait des outils et du matériel de base manquer dans les centres de santé, comment cette municipalité pourrait-elle assumer tous les services de référence spécialisée ambulatoire et hospitalière ?<sup>93</sup>»*

Sous le leadership du secrétaire à la Santé de Natal et avec l'appui d'une partie de la direction du COSEMS-RN, une autre position sera soutenue. La municipalisation signifiait le

---

<sup>93</sup> Ex-membre du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

transfert global des services de santé présents dans le territoire d'une certaine municipalité au SMS local, accompagné des structures matérielles (ressources et technologies) nécessaires pour assumer la gestion autonome du système de santé dans ce territoire. Ainsi, pour les adeptes de cette position les notions «*d'autonomie*» et de «*gestion globale du système*» par la municipalité dans son territoire restaient centrales. Pour assurer l'autonomie et la gestion sans contraintes, ils pensaient que la municipalité avait besoin du contrôle sur la fiscalité, seule façon d'acquérir les moyens pour être en mesure de financer le système de santé. Alors, dans un pays comme le Brésil où les outils fiscaux sont majoritairement dominés au niveau fédéral qui transfère une partie des ressources résultant des impôts et des cotisations sociales aux états fédérés et municipalités, une réforme tribulaire s'imposait pour assurer une municipalisation complète des politiques publiques, entre autres celle de la santé.

Pourtant, les partisans de cette perspective globalisante de la municipalisation de la santé ne pouvaient entrevoir la viabilité d'une réforme tribulaire de cette ampleur, au moins à court terme. D'une perspective stratégique, ils avaient perçu, dans la modalité de gestion semi-complète, la grande nouveauté de ce processus. Selon cette perspective, même si le contrôle sur le système de santé n'était pas encore plein, parce que les municipalités dépendaient toujours des transferts du niveau fédéral, elles devraient assumer tout de suite la gestion globale du système de santé dans leur territoire. Elles passeraient de la condition de simples fournisseurs de services de santé à celle de gestionnaires, allouant les ressources du système et prenant les décisions sur la définition des priorités, la formulation et l'implantation des politiques de santé pour leur population. Alors, sans une gestion globale et autonome du système de santé, il n'était pas question de parler de municipalisation, même si, dans une

perspective transitoire, la gestion semi-complète devait assumer, dès le début, les caractéristiques essentielles d'une «véritable» municipalisation. Quant aux problèmes organisationnels, il était question de promouvoir les réaménagements nécessaires et de chercher les ressources pour assumer les nouvelles responsabilités.

*«La grande nouveauté du processus de municipalisation au RN demeurerait dans le fait pour Natal d'assumer la modalité de gestion semi-complète. Le SMS était tout à fait habilité pour le faire, mais il avait besoin de créer quelques outils de gestion. Pour assumer la gestion semi-complète il fallait les créer, parce que des nouvelles responsabilités s'imposaient. Le SMS ne serait plus un simple fournisseur de services de santé mais le gestionnaire du système.*

*(...) Je n'accepte pas l'idée que le SSE-RN soit capable d'administrer le SUS-RN et que le SMS de Natal ne le soit pas. Mon argument est simple : ça fait longtemps déjà que l'état fédéré reste tout seul comme le responsable pour le système de santé au RN et regarde le chaos où le SUS-RN se trouve maintenant. Je crois que c'est impossible que la situation devienne pire. La municipalité a un cadre de personnel compétent pour administrer le SUS. Il faut qu'on se souvienne qu'il y a encore quelques professionnels du SMS de Natal à la disposition du SSE-RN et de l'UFRN.*

*(...) Le processus de municipalisation est très récent et celle-ci, c'est la première opportunité pour vivre cette expérience. Tout le monde est en train d'apprendre comment faire. C'est pour ce motif que je n'aime pas quand on dit que les municipalités ne sont pas capables d'administrer le SUS. Cependant, le plus grave problème est d'ordre national : la limite des ressources destinées à la santé, au Brésil. En conséquence, les plafonds financiers fixés pour les états fédérés et les municipalités sont bas».<sup>94</sup>».*

Jusqu'à ce moment, le COSEMS-RN ne connaissait pas de dissidents. Toutefois, les conflits suscités par la répartition des ressources fédérales entre les municipalités engendreront des discordances. L'implantation de la gestion semi-complète exigeait la définition par la CIB-RN du plafond financier du SMS de Natal, qui serait tout de suite retiré de l'enveloppe budgétaire du SSE-RN et directement versé par le MS dans le Fonds municipal de la santé de

---

<sup>94</sup> Ex-secrétaire à la Santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

Natal. La méthodologie pour définir les plafonds financiers des municipalités deviendra, des lors, le sujet de longues discussions au sein de la CIB-RN. Comme nous l'avons déjà mentionné, le SMS de Natal défendait la municipalisation globale de tous les services de santé dans son territoire, incluant les services privés et philanthropiques conventionnés ; cela impliquait la prise en charge de la prestation des soins de référence spécialisée à la majorité de la population du RN. Tenant compte qu'une grande partie de la population des autres municipalités du RN se rendait à Natal pour se faire soigner, le SMS de cette municipalité défendait la définition de son plafond financier en utilisant le critère des séries historiques des services produits par le réseau du SUS dans son territoire. Évidemment, l'adoption de ce critère aurait comme conséquence le transfert d'une somme considérable des ressources du plafond financier du RN pour le SMS de Natal. En adoptant la position progressive de municipalisation, le SSE-RN et d'autres municipalités ont remis en question la capacité du SMS de Natal d'assumer immédiatement le réseau global des services de santé de Natal et, face aux ressources limitées, ils soulignaient le besoin de tenir compte de l'équité, dans la répartition des ressources du SUS. Autrement dit, ces acteurs affirmaient que l'adoption de la voie globale et du critère des «*séries historiques*» favorisait Natal, en détriment du processus de municipalisation de la santé dans les autres municipalités.

La division était claire : les partisans de la position progressive accusaient le secrétaire à la Santé de Natal d'adopter une attitude égoïste par rapport aux autres municipalités, cherchant à «*s'approprier la majorité des ressources du SUS*», tandis que les partisans de la position globalisante affirmaient que l'équité ne signifiait pas l'égalité. Les premiers proposaient une solution d'implantation graduelle : Natal assumerait tous les établissements

qui fournissaient des soins de première ligne et les polycliniques spécialisées, tandis que les hôpitaux et tous les services de haute complexité resteraient avec le SSE-RN, en tant que services de référence à la population de l'état du RN. Dans cette perspective, le critère adopté «*pour assurer l'équité*» serait la taille de la population. Des plafonds financiers proportionnels à la taille de la population de chaque municipalité seraient établis et les problèmes de référence intermunicipale seraient résolus par la création d'une «*Chambre de compensation*». Elle identifierait le nombre de personnes de la municipalité X soignées par la municipalité Y et le paiement serait effectué à cette dernière, avec les ressources du plafond financier de la première. Les partisans de la solution «*globalisante*» ont protesté, affirmant d'abord que la «*vraie*» municipalisation commençait avec la gestion semi-complète et que Natal ne serait que la première municipalité du RN à emboîter le pas ; d'autres la suivront. Le secrétaire à la Santé de Natal émettait de la critique suivante : «*si la gestion semi-complète ne commence pas en tant qu'une municipalisation globale, elle ne serait qu'une farce* ».

Le secrétaire à la Santé du RN affrontait aussi une opposition interne, dans le SSE-RN, à propos de la municipalisation. Après la faillite des tentatives de «*sensibilisation*» des technocrates du SSE-RN, le secrétaire essaiera d'établir une alliance avec les secteurs du COSEMS-RN, partisans de la position progressive de municipalisation. Le secrétaire à la Santé du RN établira des négociations directes avec les maires et implantera une politique de «*transparence d'informations*», un pas fondamental pour attirer l'attention des maires sur les ressources et la municipalisation. Les équipes du SSE-RN fidèles au secrétaire à la Santé travailleront ensemble avec ces membres du COSEMS-RN pour neutraliser la position globalisante et les tentatives de sabotage à la municipalisation développées par quelques

technocrates du SSE-RN auprès des maires. Ils auront aussi la responsabilité d'élaborer les documents fondamentaux pour l'orientation du processus de municipalisation et d'allocation des ressources au RN, tous approuvés par la CIB : Répartition des ressources fédérales pour l'amélioration de l'infrastructure des services de santé du SSE-RN et des municipalités; Critères pour la programmation du SIA-SUS et la distribution des plafonds du RCA des municipalités; Programmation ambulatoire et hospitalière du SUS-RN pour 1995; entre autres (CIB-RN, 1994). Le dernier document mentionné sera fondamental pour les dédoublements du processus de municipalisation dans l'année qui suivra, mais servira comme base pour la définition des plafonds financiers des municipalités approuvées par la CIB-RN dans cette étape finale de gestion.

*«La proposition élaborée par la COCASE/secrétariat exécutif de la CIB-RN/COSEMS-RN a subi plusieurs critiques et commentaires mais, à la fin, elle a été approuvée. Celle-ci définit le total des ressources pour le plafond financier de la municipalité de Natal, destinées à la couverture des soins de première ligne. Le SSE-RN reste avec la responsabilité pour la couverture des soins de haute complexité rendus à la population du RN, incluant celle de Natal.*

*(...) La CIB-RN a déterminé que 30% des ressources du RCA de l'état fédéré du RN seront destinés au SSE-RN pour développer les activités de haute complexité, les plus coûteuses, tandis que les 70% qui restent seront partagés par l'ensemble des municipalités, de façon proportionnelle à leurs populations respectives, pour financer les actions de base. Pour faire le calcul du plafond du RCA de chaque municipalité, on devait diviser la valeur équivalant à 70% du RCA par le nombre des habitants de l'état du RN, en résultait la valeur du coût par habitant ; la multiplication de cette valeur par la population de chaque municipalité correspondait au plafond du RCA municipal<sup>95</sup>».*

---

<sup>95</sup> Procès verbal de la huitième réunion extraordinaire de la CIB-RN, réalisée au 3 novembre 1994.

Le projet de municipalisation de la santé est enfin sorti de l'espace de la virtualité et les jeux de pouvoir autour des ressources du SUS commencent à devenir plus complexes : les disputes internes dans chaque groupe d'acteurs, les chocs entre les divers échelons du SUS, les réarrangements des pressions externes des politiciens, les alliances quelquefois inattendues. La victoire de la position progressive n'est que le premier «*round*» d'une lutte à peine commencée. Malgré l'incertitude du contexte local et national, la victoire aux élections du RN d'un gouverneur qui prononce un discours municipaliste et la dynamique locale de fonctionnement de la CIB-RN nous permettent de percevoir à l'horizon un contexte favorable à la consolidation de ce processus.

## **Chapitre 7. La consolidation de la municipalisation: incitatifs économiques et disputes fédératives**

### **7.1. Réforme administrative et résistances politiques à la municipalisation**

À la fin de 1994, à partir d'une alliance établie par le «*Parti du mouvement démocratique brésilien*» (PMDB) et d'autres forces politiques issues du centre à la gauche, un nouveau gouverneur du RN a été élu. Pendant son premier mandat<sup>96</sup> (1995-1998), le gouverneur réalisera une réforme administrative des organisations de l'état fédéré et le «*secrétariat à la Santé de l'état fédéré du RN*» (SSE-RN) subira des réaménagements aux plans administratif, technique et politique entraînant des répercussions sur le SUS. Sous

---

<sup>96</sup> Le gouverneur sera réélu pour rester à son poste jusqu'en 2002.

l'influence du gouvernement fédéral, l'équipe du gouvernement du RN cherchera à contrôler ses dépenses. Le traditionnel déséquilibre entre les recettes et les dépenses de cet état fédéré, responsable en partie de son endettement progressif était bien connu. Il faut cependant noter que les états fédérés, en général, étaient paralysés par leurs dettes contractées auprès de l'état national et dont ils étaient partiellement responsables. La politique fédérale d'ajustement fiscal, en soutenant des hauts taux d'intérêts et compromettant ainsi les recettes tributaires, s'imposait aux états fédérés qui devenaient alors très dépendants du gouvernement fédéral (Dain et Faveret, 1999).

La réforme administrative sera alors mise en œuvre visant comme objectif principal la résolution du problème de l'inefficience de la «*machine gouvernementale*». L'influence du néolibéralisme sur cette réforme paraît évidente : l'image d'un État minimal comme idéal d'efficience administrative concernant les affaires publiques, les stratégies de privatisation de quelques établissements étatiques, et des mesures de réduction des dépenses publiques, entre autres, seront présents dans son discours; quelques réarrangements organisationnels de cet ordre seront également effectués au SSE-RN, sous l'influence de cette réforme.

Avec l'expérience antérieure d'avoir créé le premier SMS au RN, lorsqu'il était maire de Natal, le nouveau gouverneur réaffirmera son compromis avec la municipalisation de la santé. Une directive générale de décentralisation de l'administration publique, cohérente avec un discours néolibéral enrichi de quelques composants idéologiques de la social-démocratie sera adoptée. Ainsi, un leader du mouvement pour la municipalisation de la santé sera choisi



pour prendre en charge la direction du SSE-RN<sup>97</sup>. Ce choix représentait l'intention de mettre en œuvre ce processus ; un compromis concédé à l'aile social-démocrate du nouveau gouvernement du RN.

Pourtant, la majorité de la nouvelle équipe du SSE-RN, constituée de partisans de la réforme de la santé et du mouvement pour la municipalisation du SUS, aura une lecture différente de la réforme administrative du gouvernement du RN, cherchant à suivre ses directives générales, sans toutefois renoncer aux principes, directives et objectifs du projet du SUS. Lors de la première réunion de la CIB-RN avec la nouvelle représentation du SSE-RN, le secrétaire à la Santé du RN se montrera explicite à propos de sa position : appui à la CIB-RN comme instance d'intégration des niveaux étatique et municipal de gouvernement dans le système de santé; accélération du processus de municipalisation; implantation de la réforme administrative du SSE-RN en cohérence avec ce processus<sup>98</sup>. Ainsi, seront définies comme priorités de cette gestion : la généralisation du processus de municipalisation, la neutralisation du clientélisme politique dans ce secrétariat, la démocratisation de la gestion du SUS et l'élargissement de la participation de l'état du RN dans le financement du système de santé<sup>99</sup>.

Cependant, le SSE-RN se trouve dans une situation plutôt difficile, immergé dans un contexte particulièrement complexe. Ce secrétariat subissait encore quelques effets du dernier

---

<sup>97</sup> Le nouveau secrétaire d'état à la Santé du RN est le même médecin qui, dans la phase de mouvement pour la municipalisation, a assumé le leadership de ce mouvement. Il a été le premier secrétaire municipal de santé de Natal et aussi le premier président du COSEMS-RN. En plus, au plan national, il a participé à la direction du CONASEMS (consulter le Chapitre 4).

<sup>98</sup> Procès verbal de la 19<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 17 mars 1995.

<sup>99</sup> Selon le témoignage de l'ex-secrétaire à la Santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

plan de stabilisation économique (connu sous le nom de «*Plan Real*») sur le système de santé, instaurant le gel des prix des actes médicaux et hospitaliers (déjà très bas) et la fin des investissements des ressources du SUS dans le marché financier. De plus, l'instabilité chronique des sources de financement crée toujours d'énormes soucis aux gestionnaires du SUS<sup>100</sup>.

Après l'impeachment du président Collor, le financement global de la santé par le gouvernement fédéral connaîtra une légère croissance (Figure 6), mais le volume des ressources restait insuffisant encore pour répondre aux besoins du système de santé, en phase de restructuration. Le SSE-RN se trouvait absolument sans réserves financières<sup>101</sup>, et la conséquence la plus immédiate se traduirait par l'impossibilité de continuer à payer une grande partie des gratifications au personnel. Au delà des difficultés découlant de l'insuffisance de ressources de l'état fédéré pour couvrir les dépenses du SUS, un climat d'insatisfaction sera créé par l'application de la mesure impopulaire de couper ces gratifications, tout au début de la gestion.

*«Il n'y avait plus de ressources pour honorer les gratifications et, quand nous l'avons annoncé, un climat de mal-être s'est répandu chez les*

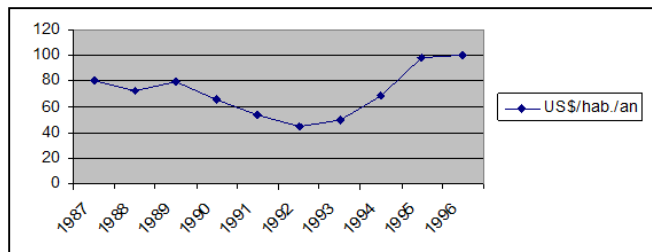
---

<sup>100</sup> Nous avons vu, dans le chapitre 5, que le ministère de la Sécurité sociale, source principale de financement du système de santé, ne donnera pas suite à ses contributions au budget de la santé. Le MPAS présentait l'argument que les ressources de son budget étaient originaires des cotisations pour répondre aux besoins des travailleurs (qui payaient pour avoir des bénéfices) et non pour résoudre les problèmes d'équité de la population, une responsabilité du Trésor national. En quête de sources stables de financement, à travers des députés alliés au mouvement sanitaire, le MS proposera un projet d'amendement à la Constitution fédérale, définissant des pourcentages des budgets globaux de chaque niveau de gouvernement pour financer la santé (le PEC/169). En même temps, le MS, avec l'appui du CONASS, du CONASEMS et des alliés au Parlement national, poussera pour l'approbation d'une Cotisation sur toutes les opérations financières réalisées dans les banques (la CPMF) à la destination exclusive de la santé.

<sup>101</sup> Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, toutes les ressources épargnées par le secrétaire d'état à la Santé du RN pendant la période mars/1991-mai/1994 ont été dépensées par son successeur pour assurer les gratifications des technocrates du SSE-RN.

*professionnels et fonctionnaires. Ces derniers ne comprenaient pas que les ressources utilisées pour payer ces gratifications provenaient de sources purement artificielles et qu'elles avaient pris fin. Quand ils ont compris qu'ils avaient perdu leurs gratifications, sur lesquelles ils étaient habitués de compter pour leurs revenus, ils ont commencé à perdre l'élan de travailler et le niveau central du SSE s'est vidé. Les personnes étaient insatisfaites, énervées, révoltées et pensaient que le secrétaire et le gouverneur avaient assumé leurs postes juste pour couper leurs gratifications. Il était difficile d'expliquer la situation, parce qu'ils ne voulaient pas nous écouter<sup>102</sup>».*

**Figure 6 . Ressources fédérales pour la santé au Brésil, 1987 - 1996**



Source : DATASUS/MS, 1997.

L'équipe centrale du SSE-RN consacra beaucoup de son temps à la discussion et la mise en place de la réforme administrative de l'état fédéré. Les critiques affirmaient que ce secrétariat constituait une organisation très lourde et bureaucratifiée de laquelle découlait de nombreuses charges et gratifications. Les fusions de secteurs et d'autres réaménagements seront réalisés, en vue d'harmoniser les politiques définies par l'état fédéré avec celles du ministère de la Santé brésilien. Cependant, malgré le fait de l'extinction de plusieurs charges, fonctions et gratifications, d'une directive générale appliquée à toutes les organisations du gouvernement du RN, il appert qu'au niveau du SSE-RN, ces mesures d'austérité financière

<sup>102</sup> Ex-coordonateur de la «Coordination de programmation évaluation et contrôle» COPAC du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

seront considérées comme les plus impopulaires de la nouvelle gestion; sans les gratifications, ne restaient que leurs bas salaires comme seul revenu. En fait, ces mesures représentaient une nouvelle période où le néolibéralisme s'affirmait tel un totem, clamant le culte du rétrécissement de la taille et du rôle de l'État dans la société.

*«La réforme administrative a coupé les gratifications, le paiement des séjours pendant les voyages de service aux municipalités, entre autres choses. C'est évident que l'objectif principal de la réforme était d'épargner des ressources. Dans le SSE-RN, il y avait la compréhension qu'on devait compter sur des équipes plus restreintes que celles existantes et capables d'exercer des activités de supervision technique et de consultation ; non plus des activités d'exécution comme, par exemple, les campagnes de vaccination. La perspective a changé. Mais, en même temps que ça arrivait, les dépenses de l'état diminuaient. Elles se sont réduites à un point tel que les gens ont commencé à se poser la question s'il valait la peine de continuer à travailler dans ces conditions. Et maintenant, nous sommes une autre fois à parler de constituer des équipes, d'accorder des incitations pour motiver les personnes à travailler ...<sup>103</sup>».*

Dans ce contexte, deux mesures adoptées par le SSE-RN seront particulièrement importantes pour le processus de municipalisation : la création, au niveau des régions de l'état fédéré, des «Bureaux de soutien technique aux municipalités» (ETAM) et des «Commissions intermunicipales de santé» (CIS). En plus, seront créées au sein du SSE-RN, une «Commission d'appui à la municipalisation» et une nouvelle coordination, la «Coordination de programmation, évaluation et contrôle» (COPAC), lesquelles ont contribué, de façon significative, à la municipalisation. La Commission d'appui à la municipalisation dont le fonctionnement était prévu jusqu'à la fin du processus d'habilitation des municipalités sous

---

<sup>103</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

l'une des modalités de gestion existantes<sup>104</sup> accordera son appui aux ETAM et aux municipalités, mais constituera surtout un élément de liaison entre la COPAC et le secrétariat exécutif de la CIB-RN. À son tour, la COPAC jouera un rôle stratégique lors de ce moment du processus de municipalisation, car elle était responsable pour la programmation des ressources financières à être allouées aux activités ambulatoires et hospitalières, ainsi que pour l'évaluation et le contrôle des dépenses du SUS effectuées au niveau de l'état fédéré.

La création des ETAM s'insérait dans une double démarche. D'une part, elle se montrait cohérente avec la réforme administrative en cours ainsi qu'à sa stratégie de rétrécissement des structures étatiques et coupure des dépenses : ces «*bureaux régionaux*» se substitueront aux «*Régies régionales de santé*» (DIRES) en constituant des équipes plus petites (plusieurs professionnels et fonctionnaires seront déplacés pour travailler ailleurs, dans d'autres fonctions) et la majorité des gratifications seront coupées. D'autre part, elle envisageait un changement plus profond des objectifs du SSE-RN à propos de leurs structures régionales. L'idée centrale serait de transformer radicalement les DIRES. Ces dernières représentaient des structures régionales de gestion et d'organisation de l'offre des services de santé de ce secrétariat, ainsi que des organisations d'articulation politique régionales à l'intérieur du SSE-RN, consacrées aux pratiques clientélistes dans le système de santé. Les ETAM faisaient alors partie d'une stratégie de déconstruction des DIRES, de rupture avec la culture clientéliste locale cristallisée dans le système de santé et de respect de la nouvelle mission institutionnelle du SSE-RN dans le SUS, en devenant des structures étatiques

---

<sup>104</sup> En fait, cette commission sera défaite après la démission du secrétaire de santé en avril 1996.

régionales d'appui technique aux municipalités. Cependant, le mandat très court du secrétaire à la Santé ne permettra ni à lui, ni à son équipe la réussite de ce projet qui exigerait, plus qu'une pure réforme administrative, un changement culturel en profondeur des valeurs et institutions.

*«Nous avons essayé de finir lentement avec la culture des DIRES pour donner lieu à la naissance des vrais ETAM. Moi, j'ai travaillé fort pour la désarticulation politique de ces instances de pouvoir régional. Elles représentaient des noyaux durs du pouvoir des députés et de quelques leaders politiques locaux. Mais, je comptais sur l'appui du secrétaire à la Santé pour ce travail.*

*(...) Les ETAM furent créés dans le but de se substituer aux DIRES mais, en vérité, on a juste changé le nom. Ils ont continué avec 'l'âme' des vieilles DIRES. Les ETAM, comme d'autres organisations du SSE-RN, étaient atteints par une profonde crise d'identité; ils étaient perdus. Nous avons cédé aux municipalités tous les centres de santé et postes de santé de l'état fédéré, et ils ne savaient plus quoi faire. Ils ne voulaient pas devenir des ETAM mais continuer avec les vieilles pratiques clientélistes. À leur tour, les municipalités ne reconnaissaient pas les ETAM comme des organisations capables de les soutenir. Nous avons créé les ETAM mais nous ne savions pas qu'ils constituaient plutôt une situation désirée qu'une situation possible<sup>105</sup>».*

Pendant le débat sur la réforme administrative du RN, les technocrates du SSE-RN se pencheront aussi sur le besoin d'implanter des structures régionales de négociation et d'administration des conflits autour des enjeux de la municipalisation et de la construction du SUS. Ainsi, la régionalisation de la CIB-RN s'effectuera par la création des «*Commissions intermunicipales de la santé*» (CIS) dont la compétence consistera à «*discuter, suivre, évaluer et délibérer sur les aspects politiques, administratifs et opérationnels liés à l'organisation,*

---

<sup>105</sup> Ex-coordonateur de la COPAC/SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

*l'hierarchisation et la régionalisation des actions et de services de santé dans les territoires des ETAM»* (CIB-RN, 1995). Les CIS constituent des espaces institutionnels voués aux ententes sur l'opérationnalisation de la municipalisation et le partage des ressources au niveau des régions du RN.

D'une part, l'acte de création de ces commissions représentait l'approfondissement du processus complexe de décentralisation des instances de négociation intergouvernementales qui ne pourrait survenir que dans le cadre du renouvellement des structures régionales (les ETAM) et comptant sur la régionalisation du COSEMS-RN, pour parvenir à reproduire, au niveau régional, la structure bipartite de ces commissions<sup>106</sup>. Dans ce contexte, la création des CIS a enrichi le processus de municipalisation par le biais d'une participation accrue des gestionnaires de la santé. Dans les régions, les débats, affrontements et négociations acquéraient de nouvelles couleurs, avec une participation plus directe des municipalités et de représentants de l'état. D'autre part, cette régionalisation de la CIB faisait partie d'une stratégie du SSE-RN visant à écarter le SMS de Natal des débats qui se tenaient à l'extérieur de la région métropolitaine du RN<sup>107</sup>. Cette stratégie de neutralisation du pouvoir de leadership du SMS de Natal dans le processus de municipalisation sera développée avec habileté par les secteurs du SSE-RN qui chercheront à convaincre d'autres secteurs de ce secrétariat et à établir des alliances avec quelques municipalités, surtout les plus petites. Ainsi, la régionalisation de la CIB-RN signifiait pour le SSE-RN la possibilité d'exercer plus

---

<sup>106</sup> Au niveau de chaque région du RN, les CIS auront la même composition que de la CIB-RN : 50% des représentants issus de l'ETAM (état fédéré) et 50 % des secrétaires municipaux à la Santé nommés par la régionale du COSEMS-RN (municipalités).

<sup>107</sup> La région métropolitaine était constituée par la capitale et les grandes municipalités situées autour de cette ville ; cette région est connue aussi comme la «*Grande Natal*».

d'influence sur la majorité des municipalités, comptant sur les intérêts diversifiés des secrétaires municipaux à la Santé qui n'avaient pas d'identification avec Natal.

*«C'est un moment de gros débats et conflits à l'intérieur du COSEMS. Pour réduire le poids de la CIB, nous avons créé, au niveau régional, des structures semblables à celles de cette commission : les Commissions intermunicipales de santé (CIS). En avril 1995, nous avons approuvé la création des CIS, pendant une réunion de la CIB. Le secrétaire municipal à la Santé de Natal et la présidente du COSEMS étaient contre. Mais, ils ont subi des telles pressions de leurs pairs qu'ils ont fini par voter pour. Le secrétaire à la Santé de l'état fédéré était aussi contre. Il pensait à la perte de pouvoir du SSE-RN, mais je l'ai convaincu du contraire et il a aussi voté pour. À partir des CIS, les municipalités contrôlèrent mieux les ETAMs. Mais, en même temps, ceux-ci pouvaient aussi contrôler mieux les municipalités. Alors, il fallait un forum de négociation des conflits interrégionaux et les CIS étaient les structures les plus adéquates pour remplir cette fonction. J'ai participé à plusieurs des réunions des CIS et je suis convaincu que la création de ces instances de dialogue et négociation fortifient le processus de démocratisation. Alors, elles fortifient aussi le système de santé<sup>108</sup>».*

À ce moment, les municipalités commençaient à s'engager dans le processus de prise en charge de la santé et plus spécifiquement du système de soins. Ainsi, comme l'enjeu principal du système de santé consistait à changer le modèle d'allocation des ressources, il revenait à la COPAC dont c'était l'une des attributions, d'assurer le soutien technique du SSE-RN à la CIB-RN, instance alors responsable pour l'allocation des ressources aux municipalités. Les règles du jeu étaient maintenant connues : le document *«Programmation des services ambulatoires et hospitaliers pour 1995»* définissait les paramètres pour l'attribution des ressources aux activités du SSE-RN et des SMS et la façon d'effectuer le calcul du volume de ressources destiné à chacune des municipalités, basé sur la NOB/93 et

---

<sup>108</sup> Ex-coordonateur de la COPAC/SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.



d'autres documents du MS. Les Arrêtés ministériels 272/MS et 15/SAS/MS de mars 1995 renforceront la mise en œuvre de cette programmation, en particulier le calcul des besoins d'hospitalisation, tenant compte des standards internationaux tels qu'établis par l'OMS<sup>109</sup>.

Les hospitalisations étaient couramment utilisées pour atteindre des objectifs purement politiques, comme monnaie d'échange des pratiques clientélistes. Les dénonciations sur les altérations des «*autorisations d'hospitalisation*» (AIH) pour augmenter le profit des entrepreneurs du domaine de la santé se faisaient de plus en plus fréquentes. En l'absence de contrôles plus rigides, ces AIH devenaient objet de disputes entre les politiciens et les entrepreneurs, car elles constituaient des sources d'accumulation de capital politique et/ou économique. Cependant, les stratégies et la logique de régulation des hospitalisations prenaient une teinte plutôt politique que professionnelle, technique ou encore mercantile. Quelques députés détenaient le contrôle de l'allocation de ces AIH; ils l'utilisaient pour les distribuer dans la population directement ou par l'entremise d'autres politiciens alliés (maires, conseillers municipaux, leaders communautaires) en échange de votes, lors de la période électorale. Les députés qui formaient la base du soutien politique parlementaire à la gouvernance se renforçaient pour exercer des pressions sur le gouvernement contre un changement de cette logique. Ainsi, ces politiciens résisteraient à quelques changements comme l'introduction de mécanismes de régulation technique (la programmation, les audits systématiques, la centrale informatisée de fixation des rendez-vous pour les consultations et examens spécialisés), la négociation de la programmation et la prise de décisions au niveau

---

<sup>109</sup> L'Arrêté ministériel 272/MS limite les AIH à 9% des habitants/an.

des instances collégiales intergestionnaires (la CIB-RN et les CIS régionales) et la transparence des informations sur l'allocation des ressources.

*«Moi, j'identifie la classe politique comme la force principale d'opposition à la décentralisation du pouvoir pour les municipalités. Par exemple, tu peux voir des députés fédéraux préoccupés parce qu'ils dominent un certain territoire et peuvent perdre cet espace pour une municipalité. Ou encore, un député de l'état fédéré, allié du gouverneur, qui veut continuer à avoir le contrôle sur la distribution des AIH dans une autre municipalité. Il s'agit d'une chose concrète. À mon avis, nous avons réussi à rompre avec tout ça au RN, à travers la création des Commissions [la CIB et les CIS], et aussi par la programmation réalisée pour la couverture ambulatoire et hospitalière. Ainsi, nous avons rompu avec le clientélisme qui dominait la distribution de ces ressources dans les régions du RN pour les municipalités. C'est une chose vraiment surmontée et, alors, une chose positive<sup>110</sup>».*

La régionalisation/décentralisation des instances de négociation intergestionnaires sera associée au renforcement des possibilités de démocratisation du système et, pendant cette gestion, effectivement, le SSE-RN cherchera à soutenir le plein fonctionnement des instances de délibération collégiales du système de santé, au niveau de l'état fédéré : la CIB, les CIS et, surtout, le «Conseil de la santé de l'état fédéré du Rio Grande do Norte» (CES-RN). En suivant la tendance de la gestion antérieure, le secrétaire à la Santé cherchera à surmonter toutes les contraintes bureaucratiques qui empêchaient l'adéquation de ces instances à la «Loi organique de la santé» (LOS), en remarquant, dans le discours officiel de ce secrétariat, le besoin de respecter cette loi. Ainsi, le SSE-RN fournira les ressources, les outils et l'appui politique nécessaires à ces instances collégiales. Quant à la CIB-RN, outre la décentralisation déjà mentionnée, il s'effectuera des changements dans leur règlement interne en vue de

---

<sup>110</sup> Ex-secrétaire municipal à la Santé de Ceará-Mirim, en entrevue avec l'auteur.

«résoudre quelques problèmes d'ordre organisationnel, de façon à contribuer à la négociation et à l'administration des conflits»<sup>111</sup>. En même temps, le secrétaire et son équipe s'appuieront sur ces structures de gestion (collective ou intergestionnaires) pour prendre des décisions qui s'opposaient aux intérêts clientélistes des politiciens et/ou des entrepreneurs du système de santé. Rompre avec le clientélisme dans le système de santé ne sera pas une tâche facile. La municipalisation elle-même était perçue, par quelques acteurs, comme une menace à leurs intérêts clientélistes. De plus, le secrétaire à la Santé ainsi que son équipe subiront d'immenses pressions politiques pendant tout leur mandat. Ils essayaient de contourner ces problèmes avec l'appui du gouverneur et des instances collégiales de gestion. Par contre, quelques acteurs réformistes prévoyaient déjà le risque que comportait la municipalisation d'un réaménagement des pratiques clientélistes, lesquelles se déplaceraient au niveau local.

Malgré l'éclatante victoire de l'alliance politique qui soutenait le gouvernement de l'état fédéré, au niveau des municipalités, l'opposition resterait dominante. Cette situation complexifiait les démarches pour la municipalisation parce que la logique de comptabilité électorale prescrivait que décentraliser pour les adversaires, c'était l'équivalent d'un «*suicide électoral*». Alors, parmi les groupes politiques locaux, les alliés du gouvernement représentaient souvent les plus durs opposants de la municipalisation de la santé. Ces politiciens s'alliaient avec les entrepreneurs de la santé pour exercer des pressions en faveur des pratiques clientélistes dans le système de santé. L'appui politique direct du gouverneur aux mesures prises par l'équipe du SSE-RN deviendra absolument nécessaire pour la

---

<sup>111</sup> Procès verbal de la 23<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 11 mai 1995.

sauvegarder des pressions des politiciens alliés du gouvernement, mais tout de même contre la décentralisation de la santé aux mairies d'opposition.

*«Suite aux élections, le gouvernement de l'état comptait à peine sur l'appui d'un tiers des maires. Après la période électorale, il y a toujours une tendance des maires d'opposition, les plus opportunistes, de prendre le parti du gouverneur élu. Mais, malgré cela, le gouverneur n'a jamais compté sur la majorité des maires. Même dans les municipalités dont les maires ont adhéré au gouvernement, ils sont toujours restés deux groupes politiques locaux alliés : les historiques et les 'adhésistes'. Et, dans ce cas, habitués aux pratiques clientélistes, les alliés historiques ont réagi en s'opposant à la municipalisation qui favorisait les autres, leurs adversaires locaux. Et les premiers jouaient un rôle considérable dans le gouvernement... Le gouverneur nous a appuyés beaucoup et son appui était indispensable parce que, dans un contexte où la majorité des maires appartenaient à l'opposition, la municipalisation devenait une mesure impopulaire chez les alliés<sup>112</sup>».*

Le secrétaire à la Santé s'appuyait sur la loi et remettait toutes les demandes clientélistes à la CIB-RN ou au CES-RN, en affirmant nettement que ces décisions ne relevaient plus de leur compétence. Il s'agissait, en effet, de transférer les pressions politiques exercées sur le SSE-RN aux instances de décision collégiale. Ces dernières disposaient de plus de pouvoir pour faire face à ces pressions, parce que leurs membres appartenaient aux divers partis politiques; dans le cas du CES-RN, s'ajoutaient également les forces des organisations de la société civile. Maintenant, il revenait à ces instances collégiales d'allouer les ressources du SUS, spécialement la CIB. Le secrétaire à la Santé de l'état fédéré s'allégeait ainsi de la responsabilité solitaire de régler cette affaire; l'allocation des ressources devenait désormais une décision partagée par l'état fédéré et les municipalités. Le renforcement des instances

---

<sup>112</sup> Ex-secrétaire de santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

collégiales de décision, l'implantation d'une nouvelle programmation financière pour les ressources du SUS et l'accélération des procès de municipalisation de la santé étaient vues par l'équipe du SSE-RN comme les stratégies adéquates, dans ce contexte, pour réussir à établir les conditions favorables aux changements de la logique d'allocation des ressources aux municipalités et rompre avec les pratiques clientélistes traditionnelles.

## **7.2. La crise institutionnelle de la transition et l'accélération de la municipalisation**

Le début de cette gestion sera aussi marqué par les conflits ouverts entre le SSE-RN et le SMS de Natal. Ces conflits ont commencé pendant la gestion précédente, à l'occasion de l'établissement de l'enveloppe budgétaire pour ce SMS, le seul habilité sous la condition de gestion semi-complète. Maintenant, insatisfait de la solution apportée par la gestion antérieure, le SMS de Natal demandera une révision du volume global des ressources attribuées à son enveloppe budgétaire et cherchera à influencer la CIB-RN dans le tracé d'une nouvelle route pour le processus de municipalisation. Cette dernière constituera l'espace institutionnel où l'affrontement et les disputes pour les ressources du SUS auront lieu et où les jeux de pouvoir se polariseront nettement autour de ces deux acteurs. Le SSE-RN et le SMS de Natal soutenaient, chacun à son tour, un discours capable d'attirer les différentes municipalités à s'aligner en deux grands groupes d'acteurs opposés. La SMS de Natal continuait à défendre un changement des règles du jeu, de façon à établir le «*modèle globalisant*» de municipalisation comprenant une répartition des ressources fédérales basée

sur le critère des «*séries historiques*» de production des services de santé<sup>113</sup> (voir le chapitre 5). Par contre, le SSE-RN soutenait (comme l'équipe antérieure) le «*modèle progressif*» de municipalisation avec l'utilisation du critère «*taille de la population*» pour le partage des ressources fédérales du SUS, lors de ce premier moment<sup>114</sup>.

Selon les règles fixées, il était prévu que, du volume global des ressources fédérales transférées au SSE-RN, 30 % resteraient à ce secrétariat pour la gestion des activités de haute complexité, les ressources restantes, 70 %, seraient partagées entre les municipalités, à partir du critère «*taille de la population*». Les taux standardisés définis par le MS seraient utilisés pour estimer le besoin des soins de chaque municipalité. Comme la majorité des municipalités recouraient aux services d'autres, surtout de Natal, un taux d'«*envahissement du territoire*» autorisant la possibilité d'apporter des correctifs pour les municipalités qui rendaient des services aux autres serait calculé. En plus, une «*chambre de compensation*» sera créée afin d'identifier les patients soignés dans les grandes municipalités et le coût de leur traitement serait remboursé par les municipalités d'origine de ces individus. De cette façon, il serait possible de calculer l'enveloppe budgétaire du SMS de Natal (en gestion semi-complète) qui serait déduite du volume des ressources du RN et versée directement par le MS dans le Fonds municipal de la santé de cette municipalité (SSE-RN et COSEMS-RN, 1994).

Devant les difficultés éprouvées dans la CIB-RN pour approuver l'enveloppe

---

<sup>113</sup> Procès verbal de la 19<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 07 mars 1995.

<sup>114</sup> Procès verbal de la 19<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 07 mars 1995.

budgétaire correspondant aux transferts fédéraux selon ses attentes, le SMS de Natal a reculé de sa position plus avancée, en acceptant tactiquement l'accord où était incluse sa responsabilité de gestion des hospitalisations réalisées dans les établissements privés et philanthropiques conventionnés. Dans cette entente, le SSE-RN demeurait responsable des hospitalisations dans les hôpitaux étatiques et fédéraux, incluant les universitaires. Le secrétaire à la Santé de Natal a remarqué la pertinence d'une révision de cet accord, car la valeur moyenne des AIH privées avait augmenté pendant cette période, ce qui rendrait conséquemment impossibles les paiements à même le budget accordé au SMS. Ainsi le SSE-RN soutiendra une position identique à celle de l'équipe précédente par rapport au partage des ressources entre les municipalités. Elle renforçait le discours d'investir dans toutes les municipalités, surtout dans les petites où il n'y avait rien, pour augmenter l'accès de tous les citoyens à la santé. Le «*gros*» budget de Natal se dresse comme un obstacle à cet investissement dans les autres municipalités, à cause de l'insuffisance des ressources pour la santé.

Les deux acteurs principaux chercheront à établir des alliances au sein de la CIB, de façon à réunir des forces politiques capables de soutenir leurs positions et défendre leurs intérêts. Le SMS de Natal cherchera l'appui de la direction du COSEMS-RN et des municipalités les plus grandes. Ces dernières avaient comme perspective leur habilitation sous la gestion semi-complète (comme Natal), en comptant sur un réseau de services de santé plus développé. En plus, elles prétendaient aussi bénéficier de l'adoption du critère «*séries historiques*» de production des services. Par contre, les petites municipalités ne disposaient que des structures de santé très précaires dans leurs territoires. Quelques-unes comptaient à

peine sur un centre ou poste de santé cédé par le SSE-RN et le maire préférait demander une ambulance au gouvernement de l'état pour l'utiliser comme ressource au profit des échanges clientélistes locales, transportant les malades pour les soigner dans les villes voisines. Le SMS de Natal et ses alliés critiquaient la position des petites villes qu'ils qualifiaient d'arriérées, à cause des difficultés d'accès aux informations, remarquant aussi l'absence de tradition de ces dernières dans le domaine de la santé considérée comme une contrainte à la municipalisation. Selon ce groupe d'acteurs, le SSE-RN profitait de cette situation pour opposer les petites aux grandes municipalités, en particulier Natal et, de cette façon, continuer à contrôler l'allocation des ressources et le pouvoir politique dans le système de santé.

*«Au début de la gestion semi-complète, le SSE-RN comptait encore sur les ressources des hospitalisations dans les hôpitaux du réseau public de Natal, en contrôlant un grand secteur du système de santé; le contrôle des hôpitaux lui conférait beaucoup de pouvoir. C'était au SSE-RN de payer les hôpitaux publics, même les ressources attribuées aux hôpitaux de Natal. Maintenant, ces hôpitaux sont payés par le SMS de Natal. Le SSE-RN a perçu qu'il perdrait ces ressources et le contrôle sur ces hôpitaux et que le SMS de Natal gagnerait un grand pouvoir politique, un fait d'une telle proportion qu'il pouvait influencer le processus de municipalisation dans les autres municipalités du RN. Alors, quand le SSE-RN a vu qu'il perdrait son espace de pouvoir, il a commencé à fomenter des rivalités entre Natal et les autres municipalités. L'idée centrale de son discours, diffusée partout, c'était que la gestion semi-complète à Natal apportait des problèmes pour la municipalisation de la santé aux autres municipalités. Les gens de l'intérieur de l'état n'avaient pas d'accès aux informations et la majorité n'avait pas des engagements majeurs avec le secteur de la santé. Quelquefois le maire choisissait le secrétaire pour développer une action purement politique. Ainsi, le SSE-RN profitait de cette situation pour faire croire à ces gens que son discours était le vrai, en faisant croire que Natal constituait un obstacle à la municipalisation de la santé dans les autres municipalités<sup>115</sup>».*

---

<sup>115</sup> Ex-secrétaire de santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.



Au RN, la grande majorité des municipalités sont petites et, comme nous l'avons vu, en soutenant un discours basé sur «*l'équité*» en ce qui concerne l'allocation des ressources du SUS, le SSE-RN a cherché leur appui. D'après les technocrates de ce secrétariat, il fallait investir dans les petites municipalités pour créer des structures de santé, au moins les services de première ligne, de façon à permettre aux citoyens de se soigner dans le territoire où ils habitent. Alors, dans ce contexte, ils critiquaient l'adoption du critère «*séries historiques*» de production des services de santé pour allouer les ressources fédérales, parce que le choix de ce critère excluait d'avance les petites municipalités de la possibilité d'investir dans la santé de leurs citoyens. La décentralisation de la CIB-RN et du COSEMS-RN contribuera à solutionner ces conflits, en établissant un nouvel équilibre entre les forces politiques dans le domaine de la santé.

Après quatre mois d'intenses débats tenus au sein de la CIB-RN, pendant lesquels le SMS de Natal émettra des critiques acerbes à l'endroit du SSE-RN, l'accusant de lenteur bureaucratique, d'obstruction d'informations au MS pour résoudre l'impasse et d'incitation aux conflits internes entre les municipalités, une solution négociée entre les deux groupes survient enfin : le SSE-RN acceptera d'avancer vers le modèle globalisant et le SMS de Natal, à son tour, adoptera le critère «*per capita*» d'allocation des ressources fédérales aux municipalités. Il faut mentionner que, conformément au modèle globalisant, tous les établissements de santé existant sur le territoire de Natal passent maintenant à la gestion de cette municipalité. Le MS établissait une différence conceptuelle entre «*gestion*» et «*administration*» des services de santé. L'exercice de la gestion dans un territoire donné signifiait assumer quelques attributions de gouverne, comme la responsabilité de la gestion de

la politique de santé, l'allocation des ressources, le paiement des fournisseurs, la définition des paramètres d'évaluation du fonctionnement des services, entre autres. L'administration correspondait à une attribution limitée aux établissements de santé : la gérance de leurs ressources, la définition des normes adéquates à leur bon fonctionnement, l'établissement au jour le jour des conditions pour l'exercice efficient des pratiques de soins. Ainsi, le SMS de Natal devient le gestionnaire de tous les établissements de santé (publics, privés et philanthropiques) du territoire de cette municipalité. À ce moment, l'administration du SMS de Natal ne comprendra que les services de première ligne du réseau public de santé.

En fonction du volume global des ressources fédérales insuffisantes destinées à la santé, il fallait les redistribuer d'une nouvelle façon. Ainsi, dans la nouvelle situation négociée, les municipalités en condition de gestion élémentaire recevraient 50% du volume global des ressources fédérales transférées, proportionnellement à la «taille» de leur population. Les autres 30% de ces ressources seraient destinés au SSE-RN pour la référence de haute complexité (tel que prévu) et 20% seraient destinés à couvrir les dépenses additionnelles occasionnées à la référence de moyenne complexité<sup>116</sup> (la grande partie de ces ressources étant transférée au SMS de Natal). Quant aux municipalités en gestion partielle, elles continueraient à recevoir les 70% prévus, car la majorité avait des services de moyenne complexité; les problèmes de référence seraient ajustés au moyen de la chambre de compensation. Pour augmenter la proportion des ressources allouées aux SMS en gestion élémentaire, en complétant les 20% qu'elles avaient perdus suite à cet accord, le SSE-RN

---

<sup>116</sup> Procès verbal de la 22<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 20 avril 1995.

comptait sur la possibilité que le MS pourrait réaliser une révision du volume global des ressources destinées au SUS-RN. Mais, d'autres problèmes avec les fournisseurs privés et le gouvernement fédéral amèneront les municipalités à s'unir autour du processus de municipalisation et à établir une alliance avec le SSE-RN en vue d'obtenir l'augmentation de ressources pour l'état fédéré du RN.

Lorsque le SMS de Natal a commencé à se structurer pour assumer la gestion semi-complète, une «*Coordination d'évaluation et contrôle*» sera créée, condition exigée par le MS pour devenir le gestionnaire des ressources allouées aux établissements fournisseurs de soins, particulièrement aux hôpitaux privés et philanthropiques. Confrontés à une enveloppe budgétaire très serrée, les technocrates de ce SMS ont compris qu'il fallait «*économiser*» l'argent attribué aux services privés, pour réinvestir dans les activités de santé de ce secrétariat. La marge de manœuvre, même restreinte, pour une gestion autonome du système de santé dans son territoire dépendait de sa capacité à rationaliser les soins, surtout les hospitaliers<sup>117</sup>. Évidemment, ces établissements, jadis habitués à l'absence de contrôle et aux alliances avec les anciens auditeurs de l'INAMPS, manifesteront leur insatisfaction, tout comme les politiciens qui bénéficiaient des hospitalisations dans ces hôpitaux. Les intérêts étaient absolument opposés : le SMS de Natal avait besoin de réduire les hospitalisations pour allouer librement une partie des ressources leur étant destinées; les politiciens et entrepreneurs avaient l'intérêt de maintenir et même d'augmenter les AIH pour mieux en profiter

---

<sup>117</sup> La SMS de Natal était une des 14 premières municipalités brésiliennes à assumer la gestion semi-complète tout au début du processus de municipalisation au niveau national. Le contrôle des hospitalisations du secteur privé et philanthropique sera un comportement universellement adopté pour ces municipalités, en quête d'autonomie.

économiquement et politiquement.

*«Les examens diagnostiques de base (d'urine, des selles, du sang, les dosages biochimiques les plus communs, les tests pour la grossesse) étaient réalisés par les laboratoires privés conventionnés par le SUS. Nous avions dans les établissements étatiques municipaux une structure, avec plus de trente laboratoires, sans compter le laboratoire central du SSE-RN, prêts à réaliser ces services mais complètement oisifs. Nous étions à payer au réseau privé pour réaliser ces examens et nos propres services restaient inoccupés... Alors, nous en avons fini avec cette situation<sup>118</sup>».*

Tel apparaît le début d'une véritable «*bataille*» entre, d'une part, le SMS de Natal et, d'autre part, les politiciens et entrepreneurs de la santé. Dans son effort de rationalisation du système de santé, le premier affrontera l'usage des services du SUS, les fraudes et gaspillages de l'argent public comme capital électoral, comptant sur l'appui du COSEMS, du MS, du SSE-RN et du NESC-UFRN. Les auditeurs du SMS de Natal commencent maintenant à découvrir des fraudes, des irrégularités de toutes sortes et refusent désormais de payer les AIH irrégulières. La réaction du secteur privé et des politiciens ne se fera pas attendre : la presse débordera d'articles sur l'autoritarisme de l'État et contre l'intervention de ce dernier dans le domaine de la pratique professionnelle; quelques conseillers municipaux demanderont l'instauration d'une «*Commission parlementaire d'enquête*» (CPI) pour élucider le cas de l'intervention de la mairie sur les établissements privés; les entrepreneurs utiliseront des espaces institutionnels à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé pour contrer une menace à leurs intérêts.

---

<sup>118</sup> Ex-secrétaire à la Santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

*«Le Dr S. est resté furieux et est allé à la presse pour nous affronter, en parlant de déviation des ressources publiques, entre autres choses. Mais, nous avons découvert qu'un document présenté pour son hôpital était falsifié. Nous avons suivi cette piste et d'autres irrégularités ont été trouvées. Comme le maire de Natal était aux EUA, j'ai convoqué la presse pour une entrevue collective où j'ai annoncé que les hospitalisations dans l'hôpital psychiatrique X [dont le Dr S. était le propriétaire] étaient interdites jusqu'à la résolution du cas en question. Mais, avant, j'avais établi un contact avec la Division de la santé mentale du MS qui m'avait donné l'appui nécessaire pour prendre cette décision».*

*(...) «J'ai été convoqué par la Chambre des conseillers municipaux pour expliquer la situation des fraudes et irrégularités des AIH. J'avais les rapports des audits, mais je ne les ai pas présentés. Alors, le conseiller P. a recueilli des signatures chez les autres conseillers demandant l'installation d'une Commission d'enquête parlementaire. Mais il a oublié qu'une des cliniques impliquées dans les irrégularités appartenait à sa femme. Là, les dentistes remplissaient les formulaires en affirmant que la réalisation de quelques procédures ne peuvent être faites sans un RX préalable. Mais, ils n'avaient fait aucune radiographie avant, parce qu'ils n'avaient pas réalisé l'acte mentionné. Ils voulaient tout simplement gagner plus d'argent. Et cette CPE a été très bruyante<sup>119</sup>».*

*«Les hôpitaux privés ont commencé à s'organiser pour réaliser des sabotages au processus. Le COSEMS a pris le parti du secrétaire à la Santé de Natal, comme ferait pour n'importe quel secrétaire municipal à la Santé. Dans ce cas, il avait joué son rôle pour contrôler les irrégularités existantes et les résultats de son travail étaient évidents. Alors, il a commencé une pression très forte contre le secrétaire à la Santé de Natal avec l'objectif de lui faire perdre son poste. En même temps, celui-ci venait au public pour montrer, par les audits, les absurdités existantes<sup>120</sup>».*

Cette dispute se répercute dans la presse nationale et le secrétaire à la Santé de Natal y gagne un certain prestige, en particulier dans le MS. Ce dernier incitait la réalisation des actions visant la rationalisation des ressources publiques. Il gagne aussi la lutte dans la presse locale et auprès de l'opinion publique du RN, en adoptant un discours compétent et moralisateur à propos des gaspillages et fraudes existantes. Ainsi, d'autres municipalités à

---

<sup>119</sup> Ex-secrétaire à la Santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

<sup>120</sup> Ex-président du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

l'exemple de Natal ont commencé à identifier des problèmes dans les établissements privés, surtout les petits hôpitaux philanthropiques de maternité<sup>121</sup>, et à acheminer à la CIB-RN la demande d'autorisation pour rompre les conventions. Par ce travail, le SMS de Natal a accumulé un capital symbolique pour, outre la gestion, assumer l'administration de tous les établissements publics de santé de première ligne et de moyenne complexité dans son territoire. Les représentants du SSE-RN annoncent, dès lors, un échéancier pour transférer tous leurs établissements de santé de ce type situés à Natal, encore sous l'administration de l'état fédéré, incluant la cession des équipements et du personnel, dans un délai de six mois. À la fin de cette période, sauf un hôpital général de district et une polyclinique, le SSE-RN avait accompli tous les transferts (établissements de santé, personnel, équipements) annoncés au SMS de Natal. La réduction des dépenses consacrées aux hospitalisations et une inversion des priorités des dépenses ont permis au SMS de Natal d'améliorer la situation de son système de soins.

*«Une chose très significative, que j'aimerais faire remarquer, c'est le changement dans l'allocation des ressources. Lorsque la gestion semi-complète a été implantée, 75% des ressources étaient dépensés par le secteur privé, tandis que n'étaient alloués que 25% aux dépenses du secteur public. Quand nous sommes sortis du SMS de Natal, cette relation avait été renversée : 51% des ressources destinées au secteur public et 49%, au secteur privé. Peux-tu avoir une idée comment cette inversion nous a donné la possibilité de réinvestir dans nos établissements de santé?»<sup>122</sup>»*

Malgré les appuis qu'il a acquis grâce au travail des auditeurs, le secrétaire à la Santé de Natal avait également contrarié plusieurs intérêts dans le domaine, en particulier des

---

<sup>121</sup> Plusieurs des interviewés ont mentionné que ces «hôpitaux philanthropiques» étaient reliés aux réseaux clientélistes des politiciens locaux.

<sup>122</sup> Ex-secrétaire à la Santé de Natal, en entrevue avec l'auteur.

corporations professionnelles, des entrepreneurs et des politiciens. Ces derniers, après la tentative frustrée de démoralisation du secrétaire par la presse et la CPI, ont commencé à exercer des pressions plus efficaces, mais plutôt discrètement. Le fait de ne pas pouvoir compter sur la majorité des chaires du parlement municipal limitait le champ de gouvernance du maire de Natal. Sous la pression des conseillers municipaux reliés aux députés et entrepreneurs de la santé (la majorité de la Chambre), le maire se verra obligé de remplacer le secrétaire à la Santé. Mais, les transferts du patrimoine étaient déjà réalisés, les mécanismes de contrôle mis en œuvre, les responsabilités avec le MS assumées. Natal était déjà le gestionnaire du SUS dans son territoire et cette municipalité ne pourrait plus revenir en arrière. Le fait que la municipalité contrôle le budget destiné au SMS par le SUS lui apportait des intérêts certains; en effet, le budget de la santé de Natal avait augmenté de presque 27 fois, après l'implantation de la gestion semi-complète<sup>123</sup>.

Comme nous l'avons précédemment mentionné, le SSE-RN éprouvait aussi des problèmes avec les politiciens et les entrepreneurs de la santé, car le secrétaire à la Santé et la majorité des technocrates de son équipe étaient partisans de la réforme sanitaire et de la municipalisation de la santé, même s'ils exprimaient des opinions discordantes du SMS de Natal et des municipalités plus grandes, quant à la méthodologie d'implantation. Toutefois, les professionnels et fonctionnaires des établissements en voie de municipalisation, les technocrates des ETAM, et même quelques technocrates du niveau central de ce secrétariat manifestaient des résistances internes. Pour la plupart, ils craignaient de voir leurs

---

<sup>123</sup> Selon le «*SINTESE*», système informatisé des données fournies par le MS, confirmé dans l'entrevue avec le secrétaire municipal de santé et quelques technocrates du SMS de Natal.

rendements baisser, d'être privés des incitatifs économiques incorporés à leurs salaires, de devoir céder le contrôle de certaines ressources du SSE-RN (informations, microdécisions) et enfin, de perdre des droits acquis. Le COSEMS-RN critique le SSE-RN qui ne fournit pas les informations nécessaires aux «travailleurs de la santé» et les exclut du processus de construction du SUS. La réaction des professionnels et autres fonctionnaires était considérée proportionnelle à l'absence d'informations sur ce processus et, en plus, au fait qu'ils n'étaient pas impliqués dans ce projet. Les représentants du SSE-RN rétorquent que le problème ne découle pas d'un manque d'informations, mais plutôt d'un pur sentiment «corporatiste» et, de plus, de la peur d'une chute de la qualité des services occasionnée par la municipalisation. Les acteurs commencent à réagir : à sa manière, chacun cherche à défendre ses intérêts, quelques-uns, de façon agressive, par imposition, quelques autres par le dialogue, d'autres encore par la passivité.

*«(...) les travailleurs sont exclus de toutes les discussions sur ce processus. C'est là que demeure la cause des peurs et de l'insécurité. Le Dr D. remarque qu'il a participé à une réunion avec plus de cent professionnels de l'Hôpital Santa Catarina, dans laquelle ces professionnels ont exposé quelques motifs pour justifier la non-municipalisation de cet hôpital. Mais, il affirme aussi que, en citant le chanteur Cazusa, les professionnels sentent que : 'ils ne sont pas des invités de cette pauvre fête'. Et alors, ils se sentent comme l'objet d'une intervention. Il faut qu'ils participent effectivement à ces discussions<sup>124</sup>».*

En plus, le MS avec ses divergences internes déjà mentionnées, faisait preuve d'ambiguïté à propos de ce processus. Par exemple, une organisation du MS comme la FUNASA suivait des règles distinctes établies par ce ministère à propos du processus de

---

<sup>124</sup> Procès verbal de la 19<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 07 mars 1995.



municipalisation. Au RN, après les pressions du COSEMS-RN, la direction régionale de la FUNASA a demandé à la CIB-RN de participer à leurs réunions et de commencer à prendre des décisions sur la municipalisation des activités et établissements de santé au sein de cette instance collégiale<sup>125</sup>. En outre, l'état du RN recevait, à ce moment, un volume global de ressources considéré insuffisant pour couvrir les besoins définis dans l'accord établi par la CIB-RN à l'occasion de la révision du budget global de Natal et du nouveau partage des ressources destinées à la première ligne et à la moyenne complexité. Le MS commence à parler de réduction des plafonds financiers des états fédérés et la crainte d'une possible diminution des ressources pour le SUS au RN amène le COSEMS-RN à donner son appui au SSE-RN<sup>126</sup>. Ce conseil incite alors les secrétaires municipaux à la Santé à solliciter l'appui politique de leurs maires et de tous les politiciens de l'état fédéré, de tous les partis, en vue de bâtir un large réseau de soutien politique au SSE-RN, afin d'empêcher le MS de réduire les ressources du RN. Cet enjeu mobilise tout le monde, car cette décision du MS entraîne des pertes potentielles pour tous.

Mais, cette alliance n'est que provisoire. Les conflits avec le secteur privé et les politiciens annonçaient la possibilité d'un court mandat pour le secrétaire à la Santé du RN. Ainsi, l'équipe cherche à accélérer les processus en cours afin de mieux promouvoir des changements irréversibles, réussir à les institutionnaliser et imprégner plus de stabilité aux nouvelles structures. La municipalisation et les outils de contrôle technique et social sont

---

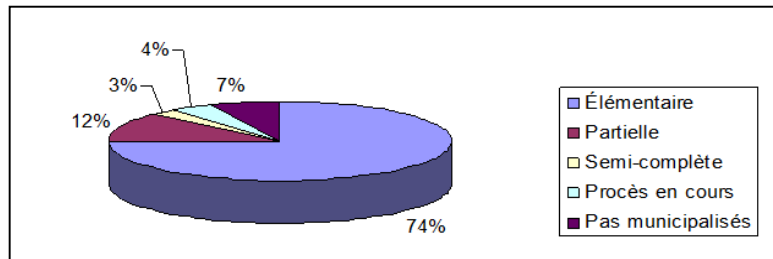
<sup>125</sup> Au début, il y avait une certaine méfiance des secrétaires municipaux à la Santé qui insistaient sur le fait que cette commission était bipartite (municipalités et l'état fédéré), alors qu'une organisation fédérale n'avait pas le droit de vote. Mais, même sans ce droit, la participation de la FUNASA dans la CIB-RN a été très importante pour éclaircir et trouver des solutions à quelques problèmes dans leurs territoires d'action.

<sup>126</sup> Procès verbal de la 25<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 08 juin 1995.

considérés stratégiques. Le processus de municipalisation se répandra à grande vitesse; toutes les démarches de municipalisation seront rapidement analysées par la CIB-RN et les cessions du patrimoine du SSE-RN (bâtiments, équipements) ainsi que du personnel seront prestement réalisées. En décembre 1995, la municipalisation de la santé avait atteint 93% des municipalités du RN (voir la figure 7). Il ne restait que 7% des municipalités qui n'avaient pas adhéré au processus, à savoir les plus petites dont les mairies très conservatrices, restent encore très attachées aux valeurs du clientélisme politique et de la culture de la dépendance. Les maires de ces dernières étaient prêts à tirer avantage de la situation de leur municipalité et craignaient les responsabilités de la municipalisation. En plus, outre Natal, trois municipalités seraient habilitées en gestion semi-complète, considérée comme la «véritable» décentralisation.

Selon les technocrates du SSE-RN, le cas de Natal avait démontré que les municipalités étant plus près des services de santé, disposaient de plus de possibilités d'exercer le contrôle sur les services privés et philanthropiques. De plus, avec la municipalisation de la santé, quelques municipalités commencent à avoir l'intérêt politique de concrétisation de quelques actions significatives dans ce domaine pour acquérir l'appui de la population aux moments des élections (leur capital électoral).

**Figure 7. Municipalisation de la santé au RN, selon la modalité de gestion, 12/1995**



Source: CIB-RN, 1995

Pour eux, il ne s'agissait plus seulement d'accorder des faveurs en se servant d'influences sur le système public; maintenant, il faut faire la preuve que les services de santé fonctionnent bien, parce que le peuple sait désormais qu'ils sont rendus par les municipalités. Cependant, pour réussir, la mairie avait besoin d'argent. Comme les ressources de la santé ne suffisaient pas, il fallait nécessairement les rationaliser. Là, la municipalisation, se heurtant aux intérêts privés offrait l'occasion de rompre avec le clientélisme comme culture institutionnalisée dans les services de santé. Plusieurs coups étaient donnés en même temps pour atteindre le clientélisme institutionnel : le renforcement des instances bipartites de négociation et décision (CIB-RN et CIS) et de participation sociale (CES-RN); l'introduction d'une culture de programmation pour l'allocation des ressources; un système d'audits renouvelé (municipal et étatique) voué au contrôle des dépenses publiques et compromis avec l'efficacité du SUS; la fin des Dires et leur remplacement par les ETAM; la généralisation de la municipalisation de la santé au RN.

Au début de la municipalisation, le SSE-RN perdra une partie de son pouvoir d'allocation des ressources et le champ social de la santé se complexifiera. Les tensions et

disputes des fournisseurs privés/philanthropiques autour des ressources du SUS, auparavant limitées aux pressions exercées sur le SSE-RN, se déplaçaient désormais davantage vers la CIB-RN et incluront dorénavant les municipalités en gestion semi-complète, en particulier Natal. Malgré une grande réduction de sa marge de manœuvre pour allouer les ressources du SUS, le SSE-RN continue à contrôler les services de haute complexité, incluant les hôpitaux de référence étatique. Ces derniers, même soumis à la gestion municipale, continuent d'être sous l'administration de l'état fédéré. Avant, 1995, la Fondation Walfredo Gurgel (FUNGEL) avait la responsabilité d'administrer les hôpitaux de l'état fédéré. Reliée au gouvernement du RN, cette fondation jouissait d'une grande autonomie et le secrétaire à la Santé de l'état fédéré n'exerçait pas beaucoup d'influence sur l'administration de ces hôpitaux, sauf pendant les périodes de crise. Le SES-RN a identifié la FUNGEL comme l'un des axes du clientélisme et du détournement de patients pour les hôpitaux privés. L'hôpital Walfredo Gurgel (HWG), un grand hôpital général, mais aussi un service d'urgence/urgence de référence étatique, offrant des services spécialisés pour les grands traumatismes et brûlures, deviendra la scène d'une grande querelle dont la retombée la plus importante sera la démission du secrétaire à la Santé du RN.

Pendant la réforme administrative, l'équipe du SSE-RN a saisi que, pour contrôler le clientélisme dans le SUS au RN, il devenait nécessaire d'en finir avec l'organisation-clé pour le développement de ces pratiques dans les hôpitaux publics, la FUNGEL. Ainsi, ont-ils présenté au gouvernement la proposition de fermer la fondation et de créer plutôt une Coordination des hôpitaux du RN (COHURN) dans le SSE-RN, responsable de la coordination générale de ces établissements. L'idée-maîtresse se basait sur le fait de

promouvoir l'acquisition progressive de l'autonomie par ces hôpitaux, à commencer par le HWG. Les technocrates pensaient que cet hôpital réunissait toutes les conditions essentielles pour devenir une organisation autosuffisante et autogérée, sans besoin d'intermédiaires avec le gestionnaire du SUS de Natal. Mais, pour arriver à développer ce projet, il fallait libérer l'hôpital de sa culture clientéliste, du corporatisme de quelques spécialités médicales (particulièrement les traumatolo-orthopédistes et anesthésistes), du chaos administratif. Le secrétaire à la Santé du RN a nommé un nouveau directeur pour le HWG. Ce dernier a commencé à prendre des mesures de rationalisation des dépenses et d'organisation du secteur administratif, identifiant les problèmes majeures du fonctionnement, principalement l'acheminement de patients qui se présentaient pour recevoir des soins et le détournement de matériel et d'équipements du HWG au profit de quelques hôpitaux privés.

*«L'idée n'était pas tout simplement de fermer la FUNGEL. On pensait que celle-ci pouvait se substituer à l'autogestion des hôpitaux. Et le premier de ceux-ci à subir ces changements serait le HWG. Parce qu'il est stratégique pour une gestion du SSE. Il est comme une sorte de 'vitrine' du SSE : on peut faire une bonne gestion du SSE, mais quand le HWG ne marche pas bien... Ainsi, libres de la FUNGEL, on voulait développer sa capacité de s'autogérer. Mais, le HWG, c'est le pont pour les hôpitaux privés, surtout quelques-uns d'orthopédie et de traumatologie. Ce n'est pas aucune nouveauté. On n'est pas ici pour dénoncer personne. Le parasitisme de quelques hôpitaux privés sur les publics, c'est une constatation des auditeurs; ces derniers deviennent des fournisseurs de patients pour les premiers. Et voilà la source du conflit. Le secrétaire a réuni l'équipe pour décider s'il pouvait laisser tomber la direction du HWG mais, ensemble, nous avons vu que perdre la direction de cet hôpital serait perdre le contrôle sur l'ensemble des hôpitaux<sup>127</sup>».*

---

<sup>127</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

Sous pression des députés, le gouverneur du RN a opté pour soutenir sa base d'appui à la gouvernance : le secrétaire à la Santé a été remplacé et, avec lui, son équipe la plus proche. La tension résultant de ces pressions sur le gouvernement de l'état fédéré persistera pendant les quatre ans du premier mandat de ce gouverneur, car les secrétaires à la Santé n'étaient plus les seuls responsables pour l'allocation des ressources du SUS. Cependant, les forces conservatrices continuaient toujours d'insister pour exiger d'eux des privilèges qu'ils ne pouvaient plus leur accorder. Ainsi, les nombreux remplacements successifs des secrétaires à la Santé illustrent les turbulences qui ont atteint le SSE-RN au cours de cette période. La municipalisation était institutionnalisée et, dans ce nouveau contexte, les acteurs partaient à la conquête du temps perdu.

### **7.3. Incitatifs économiques et la consolidation de la municipalisation**

Le premier mandat du gouverneur (1995-1998) sera marqué par les incertitudes et les ambiguïtés d'un contexte dont le changement et la permanence se disputent et se complèmentent derrière la scène<sup>128</sup>. Pendant la période mai 1996 à octobre 1997, la municipalisation suivra le rythme de la continuité des procès en cours; il ne se produira aucune accélération, innovation, avance. Il a fallu attendre 1998 pour assister à l'arrivée de quelques changements entraînés par le pouvoir de la norme. Les mouvements de centralisation/décentralisation s'insinuent de façon à permettre l'avancement d'un projet où le

---

<sup>128</sup> Pendant cette période, le SSE-RN sera géré par trois secrétaires à la Santé. À partir de janvier 1999, la situation se stabilise et un seul secrétaire à la Santé restera jusqu'à la fin du deuxième mandat du gouverneur, en décembre 2002.

central concentre extraordinairement le pouvoir normatif et financier, en même temps que nous assistons à une décentralisation radicale des pratiques médicales et sanitaires vers les municipalités. Au milieu de ce processus, un vide institutionnel se constitue, occasionné par le dépassement des états fédérés qui perdent le contrôle absolu sur les ressources locales du système et résistent aux changements de l'ordre institutionnel.

Progressivement, les municipalités assumaient le rôle de gérants des établissements de santé public et/ou de gestionnaires des systèmes municipaux de santé. À la fin de 1997, 62,84% des municipalités brésiliennes étaient habilitées sous l'une des modalités de gestion prescrites par la NOB/1993. Quelques-unes de ces municipalités (59,94%) se limitaient encore à n'être que des simples fournisseurs de services de santé contractés et payés par le MS (47,56% dans la gestion élémentaire et 12,38% dans la gestion partielle), tandis que 2,89% des municipalités brésiliennes seront engagées dans la gestion semi-complète. Il restait encore 37,17% des municipalités qui résistaient à assumer des responsabilités quant à la santé de leurs citoyens. Ces dernières comptaient encore sur les services fournis par les organisations fédérales ou étatiques.

En 1996, après un important débat sur le thème «*gestion complète avec responsabilité de la santé du citoyen*», une nouvelle NOB sera éditée par le MS. Celle-ci tentera principalement de promouvoir et consolider la gestion complète par les municipalités (Ministério da Saúde, 1996). Trois grands champs d'intervention du SUS seront identifiés : les soins offerts aux individus ou aux groupes dans les établissements de santé, tant ambulatoires qu'hospitaliers, ainsi que dans d'autres espaces comme les domiciles ; les actions

sur l'environnement, incluant les mesures sur les conditions sanitaires du travail, l'assainissement et le contrôle des agents biologiques ; les politiques intersectorielles en coopération avec les organisations d'autres sphères d'activité du gouvernement (éducation, habitation, emploi, loisir, entre autres). La NOB/1996 cherchera à aller plus loin que la précédente dans le partage des responsabilités de la santé par les échelons du SUS, renforçant la politique d'induction de la municipalisation de la santé à travers les incitatifs économiques et adoptant des stratégies visant le changement du modèle d'organisation des services. Ainsi, parmi les innovations introduites par la NOB/1996, nous pouvons souligner :

- Deux nouvelles modalités de gestion municipale de la santé pour remplacer les antérieures, à savoir la « *gestion complète du système municipal de santé* » (GPSM) et la « *gestion complète des services de première ligne* » (GPAB);
- Une « *programmation négociée et intégrée* » (PPI) comme outil de gestion, au niveau des CIBs ou d'instances similaires de nature régionale ;
- L'élargissement des transferts automatiques et mensuels sous la forme de budget global, fonds à fonds, pour toutes les municipalités habilitées selon les modalités de gestion de cette NOB, accordées par la PPI ;
- L'adoption d'incitatifs économiques aux programmes de « *Santé de la Famille* » (PSF) et des « *Agents communautaires de santé* » (PACS), comme stratégie d'inversion progressive du modèle d'organisation et prestation des services existants ;
- Des incitatifs à la valorisation des résultats positifs d'activités développées visant la



santé de la population<sup>129</sup>, ainsi qu'à la réalisation d'actions de surveillance sanitaire et épidémiologique, entre autres.

Les innovations introduites par la NOB/1996 résultent d'une solution négociée par le MS, le CONASS et le CONASEMS (dans la Tripartite), visant l'approfondissement du processus de décentralisation vers les municipalités avec la responsabilité complète de gestion, ce qui implique l'imputabilité de cet échelon de gouvernement. Les municipalités habilitées en gestion complète des services de première ligne acquièrent de nouvelles attributions comme la gérance et l'élaboration de la programmation des activités de leurs services, l'établissement des contrats avec les services privés (de ce niveau) et aussi la responsabilité de les contrôler, les payer et, quand il le faut, réaliser des audits. Il s'agit de passer de la condition de fournisseurs de services à celle de gestionnaires de la santé. Même limitées aux services de base, ces municipalités pouvaient maintenant assurer, à travers des négociations avec l'état fédéré et les municipalités plus structurées, l'accès de leurs citoyens aux autres niveaux du SUS. Ainsi, la NOB/1996 prétendait créer les conditions préalables à la construction d'un réseau de services de santé hiérarchisé, capable de promouvoir l'accès intégral aux soins et services de santé du SUS.

Dans le cas des municipalités en gestion complète du système de santé, d'après la NOB/1996, celles-ci devenaient responsables de la gérance de leurs propres unités sanitaires (ambulatoires, spécialisées et hospitalières), incluant les transférées par les autres niveaux de

---

<sup>129</sup> Dans une perspective de promotion de la santé, la NOB/1996 a créé « *l'Indice de valorisation de résultats* » (IVR) pour inciter à l'adoption de mesures produisant des résultats évidents sur la santé de la population. Ces incitatifs ne seront jamais implantés.

gouvernement, l'élaboration de la programmation globale des activités des organisations de santé dans leur territoire. De plus, l'attribution de contracter, contrôler, auditer et payer les fournisseurs privés de services de santé leur revenait. La majorité des municipalités qui seront habilitées dans cette modalité de gestion relevaient de la gestion semi-complète. Il s'agissait maintenant d'un élargissement de leurs attributions (auparavant limitées aux soins) et d'une perspective systémique de programmation et d'intervention.

Malgré sa publication en 1996, l'implantation de cette NOB ne s'effectuera pas avant janvier 1998. Les discordances entre le MS, le CONASS et le CONASEM, sur les nouvelles modalités de gestion et les conséquences de son implantation, ainsi que sur la valeur attribuée per capita au «*Plancher des soins de première ligne*» (PAB) pour la gestion des services de première ligne dans les municipalités<sup>130</sup> peuvent expliquer ce retard. Après l'établissement d'un pacte autour de ces enjeux, les résistances des états fédérés et de quelques municipalités à assumer leurs nouvelles responsabilités seront vaincues. Le PAB correspondait à un mécanisme de transfert automatique et mensuel des ressources de la santé, fonds à fonds<sup>131</sup>, basé sur la taille de la population, pour financer un ensemble de services de première ligne. Le MS l'a défini comme «*PAB fixe*», calculé «*per capita*». Au fur et à mesure que les municipalités s'organisaient pour implanter les programmes du MS (PSF/PACS, croissance et développement, surveillance des carences nutritionnelles, tuberculose, hypertension artérielle,

---

<sup>130</sup> Un conflit d'intérêts opposera les états fédérés des régions Sud et Sud-est aux autres régions, en particulier ceux de la région Nord-est, à propos de l'implantation du PAB. À son tour, le MS subira aussi des conflits internes en fonction d'évaluations discordantes concernant le poids de l'implantation du PAB sur le budget de ce ministère.

<sup>131</sup> Du Fonds national de santé directement aux fonds municipaux de santé.

diabète, entre autres), elles recevaient des incitatifs économiques additionnés au PAB et connus comme « *PAB variable* ».

Quoique la NOB/1993 traite du besoin d'un changement du modèle d'organisation des services de santé, c'est la NOB/1996 qui cherchera à créer les conditions pour sa réalisation. Le « *programme Santé de la famille* » (PSF) constituera la stratégie adoptée pour déclencher les changements attendus (Ministère de la santé, 1998). Le PSF utilise l'une approche de percevoir les individus dans le contexte de la famille, du travail et de leur communauté de référence<sup>132</sup>. Le discours du MS signalait la nature structurante des activités du PSF au niveau local du système de santé et son potentiel comme modèle d'organisation des services à remplacer le modèle dominant, centré sur les hôpitaux et les soins spécialisés. De programme à stratégie globale de changement, « *Santé de la famille* »<sup>133</sup> identifie le besoin d'une réorientation des activités au niveau local centrée sur les principes de territorialisation, répertoire de la clientèle, équipes multiprofessionnelles, globalité, hiérarchisation et offre organisée des soins et services. En connaissant le texte de la NOB/96, les états fédérés et municipalités commençaient à se préparer pour les aménagements nécessaires aux nouvelles modalités de gestion, à l'implantation du Programme santé de la famille (PSF), à la « *Programmation négociée et intégrée* » (PPI).

---

<sup>132</sup> Le dossier individuel est remplacé par un autre « *familial* » et chaque équipe du PSF reste responsable pour un territoire où doivent habiter de 600 à 1000 familles. Une équipe de PSF est composée par 1 médecin, 1 infirmier(e), 2 auxiliaires d'infirmierie et 4-6 agents communautaires de santé. À partir de 2002, un dentiste sera ajouté aux équipes de PSF.

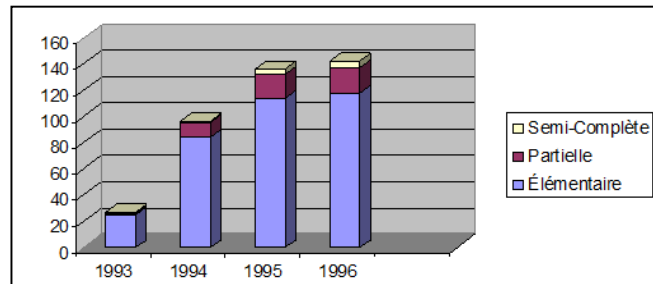
<sup>133</sup> Le PSF est né en 1994, comme un programme inspiré des propositions de la Banque mondiale de « *focalisation* » des soins, visant des objectifs de promotion et protection de la santé. Outre les soins de base, le PSF prétendait réaliser des activités de programmation, groupes thérapeutiques, visites domiciliaires, entre autres services de première ligne. À partir de 1998, le MS change d'orientation et le PSF passe à être reconnu comme une stratégie de changement du modèle d'organisation des soins et services, en adoptant une perspective systémique et non plus limitée au niveau local.

Le contexte local était plein de disputes, conflits et compétitions; un jeu complexe où les acteurs se multiplient, les stratégies se raffinent, la scène s'élargit. Mais, malgré ce scénario, le SUS connaîtra aussi de petits moments qui laissent place à l'entente, la réflexion et le développement d'une culture de négociation. Le nouveau secrétaire de santé du RN administrera la transition à l'implantation de la NOB/96. Depuis juin 1996, la CIB-RN a suspendu l'analyse des procès d'habilitation des municipalités dans le cadre de la NOB/93 et attendait la réglementation définitive de cette norme pour recommencer, à partir des nouvelles modalités de gestion prévues. Ainsi, jusqu'en janvier 1998, le processus de municipalisation de la santé parviendra à l'incorporation de seulement six municipalités, dont les procès étaient déjà en cours dans la CIB-RN. Le cadre évolutif de la municipalisation au RN peut être constaté dans la figure 8. Il apparaît clairement que le développement accéléré de la municipalisation au cours des années 1994 et 1995, s'est stabilisé en 1996-1997, attendant la mise en œuvre de la nouvelle NOB. En 1994, sauf à Natal (en gestion semi-complète), toutes les autres municipalités ont été habilitées selon les modalités de gestion élémentaire (la grande majorité) et partielle. Alors, nous ne pouvons pas encore parler d'une municipalisation «*sensu strictu*», mais plutôt d'un engagement dans le processus de municipalisation qui se généralise, en 1995, avec une augmentation des habilitations en gestion semi-complète, renforcée par celle de Mossoró<sup>134</sup>, en 1996.

---

<sup>134</sup> Mossoró représente la deuxième ville la plus importante de l'état du RN. Pour motifs d'ordre politique, la municipalité s'habilitera tardivement dans la gestion semi-complète relativement à d'autres municipalités.

**Figure 8. Municipalisation de la santé au RN, 1993 - 1996**



Source: CIB-RN, 1996

Dans la ligne de continuité des projets antérieurs, la CIB-RN a approuvé le changement de son Règlement interne, institutionnalisant les pratiques en cours et les instances collégiales régionales déjà créées, les CIS. Les attributions de ces instances régionales et les relations de la CIB-RN avec ces dernières, ainsi que de nouveaux flux de décisions pour les procès, entre autres les habilitations aux modalités de gestion municipale et les projets d'investissement dans les établissements municipaux du SUS, seront établis dans ce nouveau règlement, conformément à la NOB/96. Les CIS seront renforcées en tant qu'instances de négociation et de décision régionale et de nouveaux mécanismes de gestion pour les ressources du SUS seront créés<sup>135</sup>.

En janvier 1997, quatorze nouvelles municipalités seront créées et la CIB-RN

---

<sup>135</sup> Parmi ces mécanismes de gestion, nous pouvons remarquer : chambre de compensation des ressources destinées aux ambulatoires de moyenne et haute complexité, programmation ambulatoire et hospitalière, chambre technique des ressources humaines, commission permanente d'évaluation de la capacité technique, administrative et opérationnelle des municipalités habilitées dans les modalités de gestion existantes.

discutera l'absorption de celles-ci dans le processus de municipalisation : les mécanismes d'habilitation, les transferts de patrimoine, les enveloppes budgétaires, entre autres questions d'ordre opérationnel. Dans la CIB-RN, le fait que l'approbation des dossiers de municipalisation se basait sur des documents était continuellement rappelé; la Commission ne disposait d'aucun moyen efficace, à travers les inspections, pour évaluer les conditions de gestion «*in loco*». La décentralisation aux CIS a amélioré un peu la situation, mais pas assez : les ETAM ne pouvaient compter sur des ressources suffisantes afin que leurs professionnels se permettent des voyages aux municipalités pour réaliser des inspections<sup>136</sup>. Dans le cadre de la CIB-RN, le COSEMS-RN a sollicité au secrétaire à la Santé du RN pour qu'il alloue des ressources supplémentaires aux ETAM, dans le but d'effectuer une évaluation adéquate des procès de municipalisation.

Les difficultés des ETAM ne se limitaient pas aux ressources matérielles. Les problèmes les plus graves résultaient de la crise institutionnelle du SES-RN et de ses conséquences sur les ressources humaines. Avec la municipalisation, les technocrates des ETAM, suivant l'exemple de leurs collègues du niveau central du SSE, ont quitté au profit des municipalités, de l'université et même du secteur privé, à la recherche de meilleures conditions de travail, de salaire ou d'avancement professionnel. Cet exode des technocrates du SES-RN, commencée en 1997, s'amplifiera davantage au cours des années suivantes. Progressivement, au fil du temps, ce secrétariat perdra ses cadres supérieures les plus articulés, pour des motivations diverses dont la recherche d'autres horizons professionnels.

---

<sup>136</sup> Procès verbal de la 20<sup>e</sup> Réunion extraordinaire de la CIB-RN.

Sans doute, le renouvellement des fonctions du SES-RN tel que prévu par le SUS subira des fortes contraintes comme l'insuffisance de cadres professionnels préparés pour les défis des changements institutionnels à apporter et la résistance aux changements, venant spécialement des politiciens, de quelques groupes professionnels et, dorénavant, des gestionnaires du SES-RN<sup>137</sup>.

Les problèmes traditionnels avec le clientélisme, le corporatisme et les privilèges du secteur privé continuent mais empruntent de nouveaux visages. Les dénonciations de diverses irrégularités dans le système de santé, au niveau des municipalités et de quelques établissements de l'état fédéré, amèneront à des audits fédéraux (par le bureau régional du MS), du SSE-RN (avec la participation du COSEMS-RN) et même à des inspections du «Conseil régional des médecins» (CRM) et du «Syndicat des médecins du RN» (SIMED-RN). Dans la majorité des cas, l'identification des problèmes est suivie d'une prescription de mesures pour les résoudre et de l'établissement d'un délai à respecter. Dans quelques cas, le Ministère public était aussi invité à agir.

*«Les retards dans le paiement aux hôpitaux, par la municipalité [Natal], ont provoqué une série de problèmes. (...) les hôpitaux entreprises, qui visent le profit, ont commencé à ne pas vouloir fournir des services aux patients du SUS. Le résultat a été un encombrement inhumain des services publics. Nous avons vu des enfants attendre sur des boîtes de carton, dans l'hôpital HWG. On n'a jamais vu une chose pareille. Les couloirs encombrés de patients gravement atteints. Les lits de UTI n'ont pas augmenté et les hôpitaux privés sélectionnent leurs clients parce que les prix payés par le*

---

<sup>137</sup> La discontinuité évidente des gestions du SES-RN (3 secrétaires de santé dans les 4 ans de ce mandat gouvernemental) est résultante des résistances aux changements, nourries par une culture clientéliste présente dans l'univers symbolique de quelques groupes d'acteurs. En plus, après la gestion mai 1996 à octobre 1997, les deux prochains secrétaires à la Santé du RN n'auront aucun compromis avec le projet réformiste du SUS.

*SUS étaient irréalistes. Ces hôpitaux fermaient alors leurs portes au SUS. Le SIMED a dénoncé cette situation au MS, à la Magistrature de la citoyenneté et à la Magistrature générale de la république. Quand nous avons cherché des explications à la mairie, la réponse tournait toujours autour des problèmes bureaucratiques, du prétexte que les comptes étaient effectuées hors de l'état fédéré, des choses qui n'arrivaient pas à nous convaincre. Parce qu'on savait que, malgré toutes les contraintes bureaucratiques, les transferts fédéraux étaient réalisés à temps. Alors, la mairie priorisait le paiement aux hôpitaux privés où des politiciens étaient reliés à leur administration. Alors, même si on savait que le SUS et la municipalisation étaient l'idéal, des choses parfaites que dont tout le monde voulait avoir, elles restaient des choses difficiles et confuses. Et nous courons le risque d'arriver dans les services de santé et de ne pouvoir compter sur les soins nécessaires<sup>138</sup> ».*

Dans ce contexte, le paiement différentiel aux traumatolo-orthopédistes et aux anesthésistes émerge comme un enjeu servant à mobiliser les acteurs du système de santé. Cet enjeu apparemment corporatif révélait les multiples fragilités du SUS face à des ambiguïtés public/privé, du financement de ce système, de l'attribution des prix aux pratiques médicales, des rapports état fédéré/municipalités. Deux députés médecins, propriétaires d'un hôpital de traumatolo-orthopédie privé conventionné avec le SUS, en tant que représentants d'un groupe d'intérêts du secteur privé, exerceront des pressions sur le gouvernement de l'état fédéré afin qu'il établisse un prix différentiel aux pratiques médicales de cette spécialité. Jusqu'en mai 1996, le SSE-RN et le COSEMS-RN ont résisté à ce qu'ils considéraient un privilège qui créerait un précédent et ouvrirait ainsi la porte à d'autres demandes du même genre. Mais, les fortes pressions corporatives et l'appui de ces politiciens ont fini par imposer ce traitement différentiel. À leur tour, les anesthésistes suivront la même voie, à travers leur coopérative chargée de négocier leurs contrats collectif de travail.

---

<sup>138</sup> Ex-président du Syndicat des médecins, en entrevue avec l'auteur.



À partir de janvier 1997, le SSE-RN remettra au SMS de Natal<sup>139</sup> la responsabilité pour le paiement des actes médicaux réalisés par les anesthésistes et traumatolo-orthopédistes. Par contre, ce dernier a décidé de ne plus payer ces actes médicaux pour les traitements de patients d'autres municipalités en gestion semi-complète. Le secrétaire à la Santé de Natal affirmait que le budget du SMS ne pourrait supporter un paiement différent des prix prévus et établis par le SUS, spécialement à cause des demandes croissantes issues des autres municipalités. Le nouveau cadre institutionnel de la municipalisation autoriserait les accords entre les gestionnaires et les différents acteurs du système, de façon à établir des prix différents de ceux fixés par le MS<sup>140</sup>. Par contre, les budgets très serrés des municipalités contraignaient à des négociations plus larges, réduisant d'autant la marge de manœuvre pour d'autres dépenses déjà planifiées. En plus, les pressions des autres acteurs du système de santé qui n'acceptaient pas ce type de traitement spécial absorbant des ressources déjà insuffisantes du système de santé se faisait sentir. Enfin, une «*Table de négociation*» sur ce sujet sera créée mais ne parviendra pas à une décision avant 1998. En attendant, les secrétaires à la Santé du RN et de Natal ont assumé le compromis de payer les prix demandés par les anesthésistes et les traumatolo-orthopédistes, jusqu'à la fin des négociations.

La gestion du nouveau secrétaire à la Santé du RN sera de courte durée et les enjeux principaux du SUS resteront sans solution. L'intérêt à développer des partenariats

---

<sup>139</sup> Procès verbal de la 45<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB, le 9 janvier 1997.

<sup>140</sup> En 1998, l'Arrêté ministériel 2099-MS autorisera le paiement différentiel aux fournisseurs privés et philanthropiques des services de santé sous gestion municipale, utilisant comme «*référence*» le tableau de prix du SUS.

intermunicipaux n'a pas beaucoup évolué<sup>141</sup>, la révision des enveloppes budgétaires destinées à l'état fédéré et aux municipalités en gestion semi-complète n'amènera pas à un accord satisfaisant, la première «*Programmation négociée et intégrée*» (PPI), élaborée en 1997, ne sera pas mise en œuvre avant 1998, attendant l'implantation de la NOB/96, le conflit avec les anesthésistes et les traumatolo-orthopédistes restera inchangé. Par contre, il paraît évident que la CIB-RN, renouvelée avec l'institutionnalisation des CIS régionales, se renforcera. Les réunions de cette Commission s'amplifient avec la présence d'invités parmi lesquels il faut mentionner des fournisseurs de soins, des maires et même des députés. La présence de ces acteurs dans les réunions de la CIB-RN confirme la reconnaissance de cette instance collégiale en tant que responsable pour l'allocation des ressources du SUS, au niveau des états fédérés. Le NESC-UFRN sera souvent invité à contribuer à travers des cours, une participation à des commissions interinstitutionnelles d'appui aux municipalités et même dans la discussion de la PPI. Malgré tout, cette période sera marquée par la longue attente de la NOB/96 qui, comme nous l'avons vu, constituait une contrainte à la prise de quelques décisions importantes.

*«La gestion du Dr Z commence et finit comme ça. Commence avec une impasse politique locale et finit avec une impasse autour d'une négociation nationale. Quand il a fini de résoudre les problèmes résultant de l'administration de son prédécesseur, il est entré dans une négociation qui discutait indéfiniment comment serait la gestion des établissements sanitaires des états fédérés dans les municipalités où la santé avait été municipalisée. Une discussion qui serait très longue. Alors...c'est fini la gestion du Dr Z. Ce dernier, comme le secrétaire de santé précédent a subi des pressions d'un autre groupe politique, le PPB, qui avait besoin d'espace*

---

<sup>141</sup> La seule initiative de création d'un partenariat intermunicipal de santé pendant cette période sera celle de la région du Seridó. Quelques conventions intermunicipales ont été signées visant la couverture des soins spécialisés par les municipalités les plus grandes.

*dans la prochaine élection pour le gouvernement du RN. Ainsi, le Dr Z a été remplacé par le Dr P. Contrairement aux deux secrétaires antérieurs, l'entrée de ce dernier avait l'aval évident d'un parti politique<sup>142</sup>».*

Dans ce contexte, la désignation d'un secrétaire à la Santé par un parti politique dont le projet explicite vise à utiliser cette institution pour servir les projets électoraux du parti, sans aucune expérience antérieure de gestion d'établissements publics du système de santé et sans aucun lien avec le projet réformiste du SUS posera des difficultés additionnelles au processus de structuration de ce système et à la municipalisation. En plus, ce nouveau secrétaire à la Santé était un médecin spécialiste fortement relié aux intérêts du secteur privé, en tant que propriétaire d'un hôpital. Mais, comme les deux secrétaires précédents, son mandat sera de brève durée, plein en conflits, spécialement avec le COSEMS-RN et le SMS de Natal.

En mai 1997, le COSEMS-RN subira un changement dans son organisation interne. Ce conseil s'était organisé comme une sorte d'avant-garde réformiste constitué par des secrétaires municipaux à la Santé reliés au mouvement sanitaire et quelques autres qui, dans le processus de gestion, commençaient à sympathiser avec le mouvement et étaient invités à y participer. Impliqués dès le début, dans le mouvement pour la municipalisation de la santé, les secrétaires à la Santé de la Région métropolitaine (ceux de Natal inclus) ont alterné à la direction du COSEMS-RN.

---

<sup>142</sup> Ex-coordonateur de planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

*«Au début de la municipalisation, le COSEMS était représenté par des secrétaires qui ne pensaient pas aux disputes politiques pour assumer les postes de direction du Conseil. Nous n'avions pas la conscience du pouvoir du COSEMS à cette époque et celui-ci était plus libre, il n'y avait pas beaucoup de contrôles<sup>143</sup>».*

Avec un discours de rénovation, de recherche de la légitimité à travers la représentation des intérêts de toutes les municipalités du RN et non seulement des «grandes», un nouveau groupe de secrétaires municipaux de santé arrivera à la direction du COSEMS-RN. Avec une large base d'appui politique des secrétaires municipaux à la Santé et des maires, le conseil cherchera à promouvoir sa décentralisation effective<sup>144</sup> et à renforcer la CIB-RN, en tant qu'espace de construction (partagée avec le SSE-RN) des politiques de santé du RN. Le discours du «*small is beautiful*» associé à l'idée du renforcement de l'équité dans le partage des ressources servira à attirer les petites municipalités<sup>145</sup> vers le COSEMS. Le président du COSEMS, ancien maire et secrétaire municipal à la Santé d'Acari (petite municipalité), assumait alors un nouveau leadership parmi les gestionnaires municipaux de la santé. En tant qu'ancien maire, ce médecin bénéficiait d'une légitimité importante aux yeux de ces politiciens; aussi, profitait-il de cette ressource d'autorité pour exercer son influence sur les acteurs locaux (maires et secrétaires municipaux à la Santé) et diffuser de nouvelles valeurs dans le domaine.

---

<sup>143</sup> Ex-président du COSEMS, en entrevue avec l'auteur.

<sup>144</sup> Seront créées neuf régions administratives du COSEMS dans l'état fédéré du RN pour inciter au débat sur les politiques de santé et participer dans les CIS aux négociations pour le partage des ressources et l'opérationnalisation de ces politiques. Elles impliquaient les municipalités dans le processus et augmentaient la légitimité de la participation du COSEMS-RN dans la CIB-RN.

<sup>145</sup> Cent cinquante-huit municipalités du RN ont une population de moins de 80 000 habitants. À peine trois municipalités comptent des populations plus nombreuses.

*«Le COSEMS était le monopole des secrétaires à la Santé de Natal et des municipalités métropolitaines. Alors, j'ai été le premier président issu d'une autre région. La réalité des petites municipalités éloignées de Natal était très différente. Ainsi, nous avons eu plusieurs disputes et des frictions parce que j'ai commencé à prendre le parti de la vraie décentralisation et régionalisation des services, m'engageant pour que les choses aillent plus loin. (...) Le COSEMS percevait ces désaccords et a pris la position d'appuyer la municipalisation pour tous dans l'état fédéré et pas seulement pour les grands. (...) La politique des partis s'infiltrait dans le COSEMS. Quelquefois, cela crée des problèmes. Par exemple, quand je présentais quelques propositions dans la CIB-RN, parfois, elles n'étaient acceptées parce que des gens pensaient qu'elles étaient des propositions de mon parti et non du COSEMS. Il y a toujours des interférences politiques<sup>146</sup>».*

Dans une période où les rapports fédératifs étaient fortement conflictuels, les municipalités auront besoin de s'imposer dans la CIB-RN. Le renforcement politique du COSEMS-RN<sup>147</sup> favorisera leurs positions dans les négociations et les prises de décisions dans ce forum, suivant un processus permanent de définition des responsabilités et des compromis des acteurs à la recherche d'un nouveau pacte fédératif dans la santé.

#### **7.4. Vers la gestion complète de la santé**

Jusqu'à la fin de 2002, le SUS-RN connaîtra plusieurs conflits avec les fournisseurs privés et philanthropiques, le maintien de l'enjeu concernant les privilèges des anesthésistes et

---

<sup>146</sup> Ex-président du COSEMS, en entrevue avec l'auteur.

<sup>147</sup> Les critiques du nouveau style d'action du COSEMS-RN remarquaient la pénétration des intérêts des partis politiques dans le Conseil, ce qui lui donnerait paradoxalement de la force pour s'imposer comme acteur collectif.

traumato-orthopédistes<sup>148</sup>, les pressions politiques des fonctionnaires de la FUNASA/MS contre la municipalisation de leurs établissements de santé<sup>149</sup>, les conflits des hôpitaux universitaires avec le SMS de Natal, entre autres. À partir de 1998, par l'introduction d'incitatifs économiques pour stimuler les municipalités à progressivement prendre en charge les services de santé de première ligne, de complexité moyenne et, finalement, de haute complexité, la NOB/96 réussira, à court terme, l'universalisation presque complète de la municipalisation de la santé. Mais, du même coup, elle fera courir des risques à l'organisation du SUS par le biais d'une fragmentation accrue, renforcée par la compétition pour des ressources toujours insuffisantes pour couvrir adéquatement ce système. Progressivement, les conflits autour des services de moyenne et de haute complexité prennent beaucoup d'ampleur.

La NOB/96 sera implantée sans que le SSE-RN puisse intervenir de façon décisive, comme jadis, dans le processus de municipalisation. D'autres acteurs se sont également approprié des nouvelles structures du système de santé : le MS avait demandé de traiter rapidement les habilitations; les dossiers d'habilitation des municipalités étaient presque tous analysés par les CIS régionales, en attendant l'implantation de la NOB; le COSEMS, représentant l'intérêt des municipalités, exerçait des pressions pour l'approbation de ces dossiers dans la CIB-RN. Malgré l'importance du SSE-RN dans la politique de santé de l'état

---

<sup>148</sup> La Table de négociations créée pour régler ce problème a fini par favoriser ces deux groupes de médecins spécialistes. Les paiements différentiels seront maintenus. Par exemple, un hôpital sous contrat avec le SUS-RN pour fournir des soins en traumatologie dépassait de 100% le coût prévu par le tableau établi des prix du système de santé.

<sup>149</sup> Ces pressions seront fortes dans toutes les municipalités où la FUNASA/MS avait des établissements de santé, mais surtout en Caicó. Dans cette municipalité, les fonctionnaires de cette organisation du MS rédigeront un document adressé à la CIB-RN, critiquant l'administration municipale et requérant le rejet du procès de cette municipalité à la condition de GPSM. La CIB-RN créera une Commission pour promouvoir l'entente sur la municipalisation de la FUNASA.

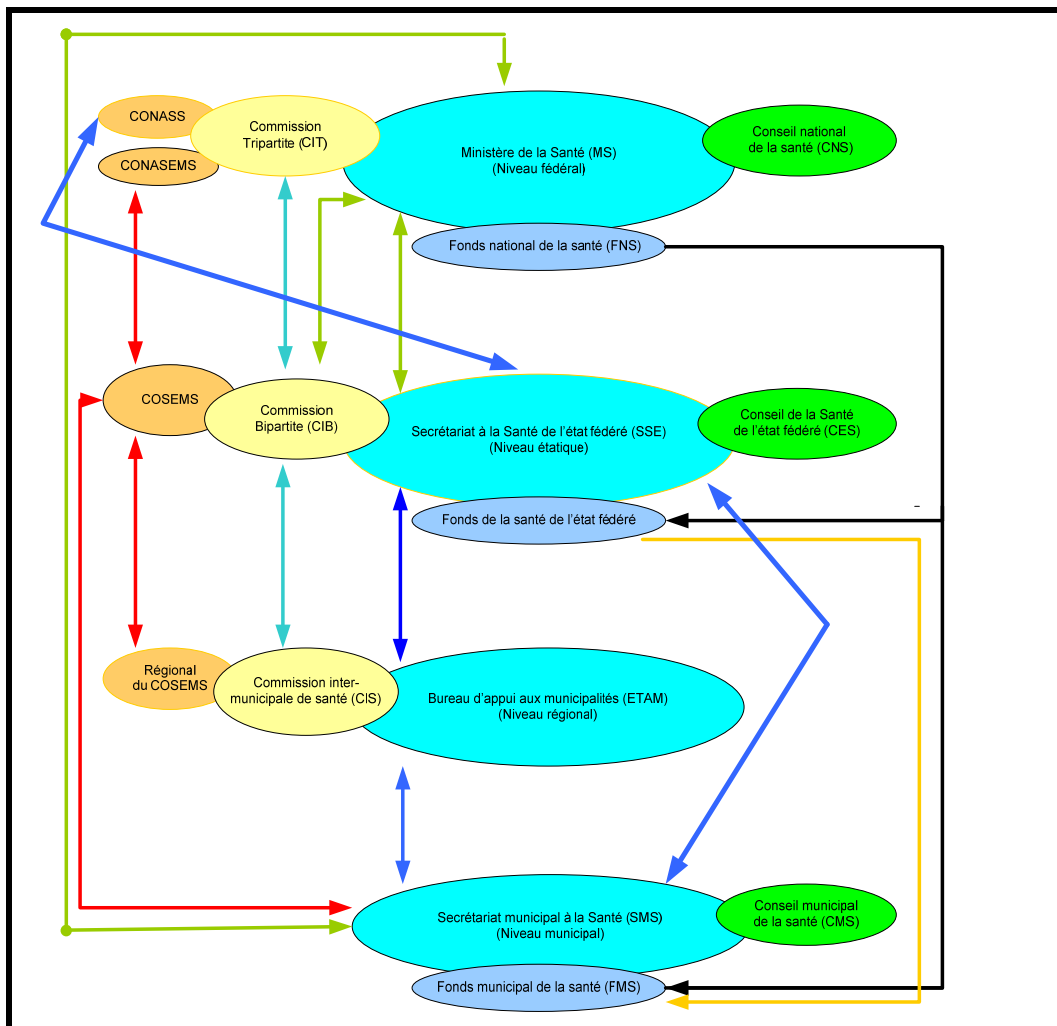
fédéré, c'était à la CIB-RN qui se tenaient les délibérations sur le processus de municipalisation; les décisions étaient alors partagées entre le SSE-RN et le COSEMS-RN. De plus, même l'évidente recentralisation normative portera de nouvelles teintes.

Le nombre énorme d'arrêtés ministériels réglementant dans les moindres détails les activités du SUS au sein des états fédérés et des municipalités reste un indicateur du pouvoir normatif centralisé, mais cette centralisation ne se limite pas à l'espace clos du MS. Elle gagne en complexité avec la participation des autres niveaux du SUS au plan national, à travers le CONASS (états fédérés) et le CONASEMS (municipalités). La Commission tripartite constitue l'espace institutionnel de cette nouvelle face de la centralisation/décentralisation du système de santé au plan national, dont les décisions sont également partagées. Ainsi, le SUS inaugure, dans le pays, un nouveau pacte fédératif<sup>150</sup> dont les responsabilités en matière de santé sont exercées aux trois échelons de gouvernement, à travers des ententes et décisions partagées dans les instances collégiales de décision du système (figure 9).

---

<sup>150</sup> Voir le chapitre 5.

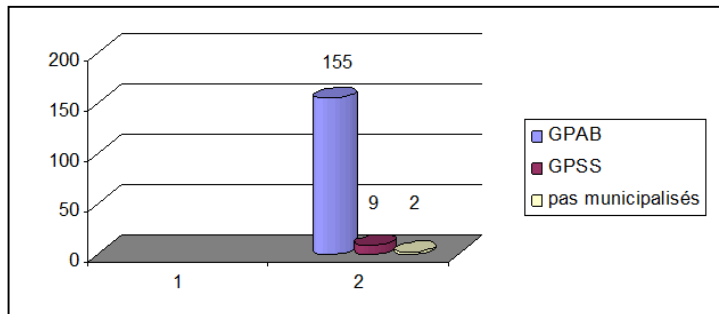
**Figure 9 . Instances de décision, négociation et flux des ressources du SUS**



Au RN, le COSEMS-RN continue à exercer des pressions pour la municipalisation de la santé. À la fin de 1998, à peine deux petites municipalités du RN (des 166 de l'état fédéré) n'étaient pas impliquées dans ce processus. La grande majorité des municipalités (155) était engagée dans la «*gestion complète des soins de première ligne*» (GPAB), tandis que neuf avaient assumé la «*gestion complète du système de santé*» (GPSM) dans leurs territoires (Figure 10).



**Figure 10. Municipalisation de la santé au RN, décembre 1998**



Source : CIB-RN, 1998

Comme nous l'avons vu, cette NOB changera les règles d'allocation des ressources aux municipalités, les considérant comme des gestionnaires d'un budget minimal, fixé par le critère per capita et transféré mensuellement par le MS, pour assumer la responsabilité des soins de première ligne. Cette enveloppe budgétaire, appelée «*PAB fixe*», pourrait augmenter en bénéficiant d'autres incitatifs économiques dont l'ensemble constituait le «*PAB variable*»<sup>151</sup>. Les municipalités passaient de la condition de fournisseurs de services au MS, payés à l'acte, à gestionnaires du sous-système «*soins de première ligne*» ou du système municipal de santé.

---

<sup>151</sup> Dans les procès verbaux des réunions de la CIB-RN de cette période, apparaissent plusieurs dossiers des municipalités demandant leur habilitation pour la gestion de programmes du MS : le programme Santé de la famille (PSF), le Programme des agents communautaires de santé (PACS), le Programme de contrôle des carences nutritionnelles, le Programme de contrôle de la Dengue, le Système de surveillance sanitaire, entre autres.

Au fur et à mesure qu'augmentent les SMS en gestion complète du système de santé (GPSM), ils commencent à contrôler les contrats de prestation des services des fournisseurs privés et philanthropiques et à établir une politique de santé pour leurs municipalités. Peu à peu, l'incorporation des technologies de moyenne et de haute complexité (dans le cas de Natal et Mossoró) dans leurs établissements de santé ou à travers les services contractés s'effectue.

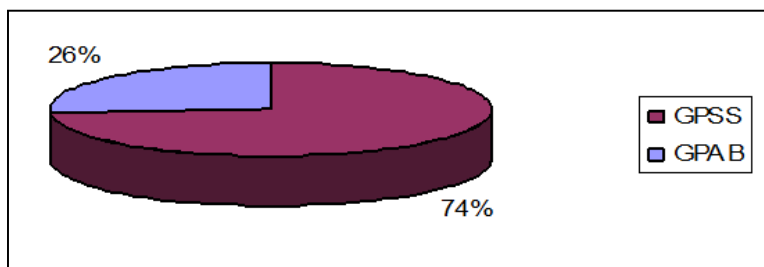
Alors, le coût de la santé suit une courbe ascendante, exigeant, au besoin de très fréquentes révisions des enveloppes budgétaires transférées par le MS à ces municipalités. En septembre 1998, d'une part, les neuf municipalités en GPSM, qui couvraient 47,7% de la population de l'état fédéré, dépensaient 74 % des ressources fédérales transférées aux 164 municipalités engagées dans le SUS-RN. D'autre part, pour les 155 municipalités en GPAB représentant 52,3 % de la population du RN, il ne restait que 26 % des ressources<sup>152</sup> (Voir la figure 11).

En fait, l'observation du budget transféré par le MS au SUS-RN, nous révèle que, dans la répartition de 1988, l'état fédéré ne recevait que 22 % des ressources. Par contre, les municipalités en GPAB (première ligne) contrôlent 13 % et celles en GPSM, la majorité des ressources transférées, soit 65 %. Malgré la grande réduction des transferts fédéraux au SSE-RN, ce dernier demeure encore le responsable pour les soins de moyenne complexité des municipalités en GPAB et pour les soins de haute complexité (Figure 12).

---

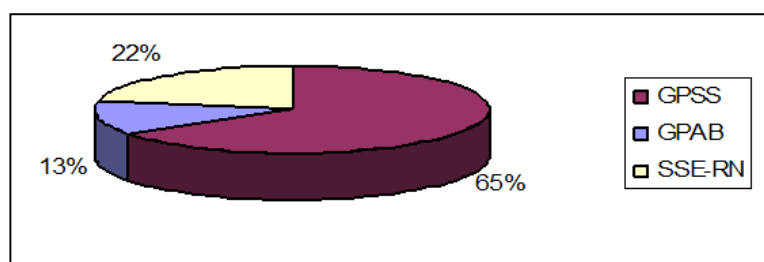
<sup>152</sup> Procès verbal de la 65<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 10 septembre 1998.

**Figure 11. Dépenses des municipalités engagées dans le SUS-RN, 1998**



Source : CIB-RN, 1998

**Figure 12. Répartition des ressources fédérales transférées au SUS-RN, 1988**



Source : CIB-RN, 1995

Les dépenses pour les services ambulatoires de moyenne complexité étaient identifiées comme «*Fraction ambulatoire spécialisée*» (FAS). Cette partie devait être déduite de l'enveloppe budgétaire de l'état fédéré et des municipalités qui ne rendaient pas ces types de services de santé, pour être ajoutée au budget des municipalités en GPSS. Alors, les discussions au sein de la CIB-RN autour des révisions successives des enveloppes budgétaires du RN et des municipalités prenaient beaucoup trop du temps et de l'énergie des membres, car les clivages entre SSE-RN et SMS de Natal ainsi qu'entre grandes et petites municipalités contribuaient aux conflits à l'intérieur du COSEMS-RN et de la CIB-RN. En général, les municipalités participaient ensemble dans cette instance de négociation, unifiées comme

COSEMS-RN. Mais, quelquefois, les intérêts différents des municipalités les amenaient au conflit interne et certains groupes dissidents s'alliaient alors au SSE-RN; parfois les petites municipalités étaient en cause, d'autres fois, c'était plutôt les grandes. De toute façon, il faut souligner que le COSEMS-RN s'est conduit en gardien du projet de la municipalisation au RN, surmontant la majorité des obstacles constitués par des divergences internes, particulièrement celles reliées au plan de la politique des partis des secrétaires à la Santé.

*«Le président du COSEMS-RN a demandé des explications au Dr F.L. de la COPAC/SSE-RN, sur le traitement différentiel donné aux déductions des ressources financières des municipalités habilitées dans la condition de GPSM et aux autres municipalités en GPAB. Il affirme que ces déductions ont été injustes et son argument est basé sur le fait qu'elles ont pénalisé les municipalités les plus petites. Il dit n'avoir pas compris les critères adoptés pour réaliser les calculs. À cette occasion, le Dr J.A., du SMS de Natal, a manifesté sa solidarité au président du COSEMS-RN, invoquant l'absence d'une analyse plus approfondie des responsabilités des gestionnaires et présentant des suggestions (...) cette analyse doit s'effectuer par les gestionnaires de l'état fédéré et des municipalités regroupés, ce qui éviterait des insinuations comme celles qui soutiennent que les municipalités en GPSM veulent s'approprier les ressources des petites municipalités<sup>153</sup>».*

*«Le COSEMS se bagarrait et s'éloignait de Natal parce que cette municipalité cherchait toujours à garder la majorité des ressources, en argumentant qu'elle offrait plus de services, que tout finissait par arriver à Natal... Mais, avec cette forme de raisonnement, Natal conservera toujours les ressources et rien de nouveau arrivera aux autres. C'était une période difficile, parsemée de nombreuses disputes, une véritable compétition. (...) Lorsque le COSEMS voulait lutter contre l'état fédéré, Natal se rangeait alors aux cotés de tout le monde, parce que les secrétaires à la Santé du RN ont tout fait pour retenir les ressources dans l'état fédéré. Dans ces moments, le COSEMS s'unissait pour contraindre l'état fédéré à céder. Mais, nous avons eu plusieurs problèmes entre nous-mêmes, parce qu'au début, Natal ne pensait qu'à elle-même. (...) Par contre, nous avons compris que, quelques fois, à travers l'état fédéré, nous pourrions aussi rendre les services aux municipalités<sup>154</sup>».*

---

<sup>153</sup> Procès verbal de la 65<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 10 septembre 1998.

<sup>154</sup> Ex-président du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur.

Les discours ci-dessus nous indiquent clairement les difficultés qu'éprouvaient les municipalités pour s'organiser politiquement face au pouvoir central, car elles n'avaient pas d'intérêts homogènes. Au fur et à mesure que les ressources fédérales sont apparues sous forme d'incitations à la municipalisation de la santé, elles deviendront l'objet d'une grande compétition entre les municipalités plutôt à une coopération visant la performance du système de santé. L'implantation de la NOB/96 apportera des changements mais il serait faux d'affirmer que les anciennes forces seront disparues. Elles existent toujours et se battent pour contrôler les ressources et exercer du pouvoir dans le système de santé. C'était désormais une dispute acharnée qui se livrait sur la scène politique du SUS entre les nouveaux et les vieux acteurs, mais aussi, de façon plus nuancé à l'intérieur de chacun des groupes d'acteurs de ce système. Dans ce contexte, les dénonciations se multipliaient et le MS intensifiait les audits dans les municipalités, avec l'appui de la CIB-RN qui demandait une surveillance systématique.

*«Le Dr C.M., SMS Currais Novos, exalte la municipalisation dans l'état fédéré [RN], mais emphatise le besoin pour le SSE-RN d'avoir des mécanismes de contrôle et d'évaluation efficaces pour assurer une l'administration correcte des ressources financières décentralisées par les gestions municipales<sup>155</sup>».*

Quelques dénonciations acheminées à la CIB-RN à propos des municipalités étaient adressées au Ministère public et à la Chambre des conseillers municipaux concernés pour la tenue de procès. Par contre, le COSEMS-RN critiquait la position du SSE-RN d'intervenir sur

---

<sup>155</sup> Procès verbal de la 66<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 8 octobre 1998.

les municipalités, par des transferts de fonctionnaires cédés, sans une entente préalable avec le gestionnaire municipal, créant ainsi des problèmes aux services de santé. En plus, cette organisation des secrétaires municipaux à la Santé dénonçait des nouvelles formes de clientélisme politique exercées par le SSE-RN, à travers une triangulation avec des établissements philanthropiques (les APAMIS) et financées par des ressources financières transférées directement du Budget de l'état fédéré. L'argument invoqué équivalait à une remise en question du fait que les dossiers n'avaient pas transité par la CIB-RN et que, sans une évaluation consciencieuse par cette Commission, le financement des APAMIS ne tenait pas en compte des priorités publiques pour l'allocation des ressources du SUS<sup>156</sup>. Par délibération de la CIB-RN, le SSE-RN a repris les audits sur des irrégularités concernant les hospitalisations. Cependant, les rapports directs du SSE-RN avec certaines municipalités ainsi que sa tentative d'approuver leurs dossiers sans passer par la CIB-RN ne sauront se soustraire au regard vigilant du COSEMS-RN.

*«Le Dr J.M. affirme avoir reçu l'information que quelques demandes municipales d'investissements en santé sont acheminées directement au Conseil de la santé du RN et financées par les ressources financières du Budget général de l'état fédéré. Il pose la question au président sur la véracité de cette information. Le Dr. P.C. confirme que quelques demandes municipales pour investissements en santé sont opérationnalisées à travers les ressources financières du O.G.E., mais affirme, de façon véhémement, qu'il les administre avec rigueur. Le président parle encore des investissements du SSE-RN dans les hôpitaux régionaux, cherchant à neutraliser la demande réprimée. Le Dr J.M. réitère sa question sur les investissements municipaux en santé financés par le OGE, sans une appréciation par le forum de la CIB-RN. Le Dr P.C. affirme que cette argumentation est purement politique. Le*

---

<sup>156</sup> Procès verbal de la 64<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 13 août 1998.

*Dr J.M. emphatise qu'il n'existe aucune provocation politique dans la question qu'il a posée et comprend qu'il n'a aucun intérêt à connaître l'origine du parti politique des maires qui ont réclamé ces ressources<sup>157</sup> ».*

En fait, pendant toute cette période, au milieu des disputes, les acteurs du SUS ont largement développé une culture de négociation. Plusieurs commissions interinstitutionnelles seront créées pour élaborer des ententes et régler des problèmes tels que : dettes des SMS et du SES-RN envers les fournisseurs, municipalisation des établissements sanitaires de la FUNASA/MS, insertion des hôpitaux universitaires dans le SUS-RN, partage des ressources fédérales allouées au SUS-RN, implantation de mesures prescrites par les audits (fédéraux ou étatiques) dans les SMS et leurs services de santé, ainsi que dans les hôpitaux étatiques ou conventionnés (privés ou philanthropiques). Une «*Commission permanente de monitoring des décisions de la CIB-RN*» sera aussi créée pour assurer l'implantation des décisions issues. Dans ces commissions, seront également toujours présents le COSEMS-RN et le SSE-RN, mais d'autres acteurs seront souvent invités à participer : le NESC-UFRN, les conseils de santé (étatique et municipaux), le MS et le ministère public. Elles en arriveront à des pactes provisoires pour résoudre des problèmes ponctuels, sans toutefois toucher à certains problèmes structurels, à savoir : le financement insuffisant, la fragmentation institutionnelle, l'absence d'une culture de planification et de mécanismes de coordination, l'évaluation et le contrôle des pratiques réalisées, la grande concentration des services dans les grandes villes.

---

<sup>157</sup> Procès verbal de la 61<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 21 mai 1998.

Dans le contexte de la NOB/96 et par le biais des d'incitatifs économiques, le «*Programme santé de la famille*» (PSF) sera finalement implanté dans les municipalités du RN, restructuré comme stratégie de changement du modèle de prestation des services, priorisant les services de première ligne<sup>158</sup>. Au sein de la CIB-RN, le COSEMS-RN continuera d'exercer des pressions, exigeant l'appui formel de cette Commission à l'approbation de l'«*Amendement constitutionnel 29*» (EC/29), pour le financement du SUS, la contrepartie financière du gouvernement du RN au SUS-RN, la résolution de quelques enjeux (comme celui des paiements différenciés et des dettes accumulées auprès des fournisseurs de soins), la rationalisation de la distribution des ambulances aux municipalités directement par le SSE-RN et le contrôle des ressources financières allouées aux APAMI, visant à réduire les pratiques clientélistes dans le SUS. Mais, contredisant la tradition pionnière du RN dans les politiques de santé, cette fois-ci, le SES-RN restera prisonnier des formules closes du conservatisme. L'état fédéré ne s'habilitera pas dans les modes de gestion prévus par la NOB/96, en conservant clairement sa position d'opposition au processus de municipalisation en cours. Mais, l'absence d'une coordination étatique et régionale du processus de municipalisation et de structuration du système de santé exigeait du SSE-RN des réponses qui ne faisaient pas partie de son horizon institutionnel. Il faudrait suivre des détours pour arriver aux objectifs des réformistes, eux-mêmes en processus d'actualisation quotidienne dans les services de santé.

---

<sup>158</sup> Le PSF sera dorénavant associé au PACS. Le 2 avril 1998, à peine 3 municipalités s'étaient engagées dans le PSF, tandis que 144 de celles-ci avaient déjà des agents communautaires de santé du PACS en activité. À partir de ce moment, avec le PAB, les municipalités commencent à s'habilitier au PSF et à d'autres activités incitées par le MS.



## Chapitre 8. Les détours du système de santé.

### 8.1. Le détour privatiste

Les problèmes successifs de dettes envers les fournisseurs de soins, les dépenses qui dépassaient fréquemment les transferts du MS (exigeant des suppléments budgétaires auprès de l'état fédéré), les difficultés pour payer les gratifications des fonctionnaires, la manque de ressources pour approvisionner les hôpitaux étatiques de matériel essentiel à leur bon fonctionnement ont mené à divers types de manifestations telles que : grèves, manchettes négatives dans les journaux, procès en justice, entre autres. Dans ce contexte, débute le deuxième mandat du gouverneur réélu (1999-2002). En suivant l'exemple donné par la présidence de la république<sup>159</sup>, le gouverneur choisira un économiste du «*Secrétariat de planification du RN*» pour assumer le SSE-RN, avec la mission de régler les comptes. Malgré les conflits permanents avec le COSEMS et le SMS de Natal, il restera à son poste pendant les quatre ans du deuxième mandat du gouverneur<sup>160</sup>.

Le nouveau secrétaire n'avait aucune affinité avec le projet réformiste de la santé, ne connaissait pas le processus en cours, les ententes, les accords établis, la complexité du champ d'action au sein duquel il occupait une place privilégiée. Il ignorait l'institutionnalisation du jeu démocratique dans la CIB-RN et le besoin d'une intégration des municipalités où l'état fédéré devait tenir un rôle, à savoir introduire des mécanismes de coopération et de

---

<sup>159</sup> Le nouveau ministre de la Santé est un économiste, ex-ministre de la planification.

<sup>160</sup> Le nouveau secrétaire à la Santé était relié au parti politique du gouverneur et comptait aussi sur l'appui d'autres partis de la base parlementaire qui soutenait le gouvernement. Il faut aussi remarquer le fait qu'il n'était pas un économiste de la santé et qu'il n'avait jamais travaillé dans ce domaine.

coordination pour appliquer à la politique de la santé. Le SSE-RN sera alors pensé et régi comme une entreprise dans laquelle il faut se battre pour réduire les coûts et si possible les transférer à d'autres acteurs du système, se disputer les ressources transférées par le MS pour augmenter ses recettes. Face à une réalité complexe, aux nombreux problèmes avec les politiciens et les fonctionnaires, il préférerait s'en débarrasser au lieu de les affronter. Ainsi, l'idée d'une «*tierisation*», un contrat avec une entreprise privée (le tiers) pour assumer la responsabilité de la gestion des hôpitaux de l'état fédéré, émerge comme solution économique et politique aux graves problèmes existant dans ce domaine.

Dans le contexte national, à travers le CONASS, les secrétaires à la Santé des états fédérés remarquent le «*by pass*» des unités fédératives dans le domaine de la santé, le MS se rapportant maintes fois directement aux municipalités. Par contre, dans quelques états fédérés, ces derniers refusent d'assumer leurs nouvelles responsabilités concernant la santé et s'en déresponsabilisent progressivement. Au RN, dans un contexte néolibérale, le processus de municipalisation sera vu comme une façon d'accomplir le projet de réduction des dépenses et de la taille de l'état, en se débarrassant des problèmes. La municipalisation de quelques responsabilités dans le système de santé n'était pas envisagée comme un changement de la mission institutionnelle du SSE-RN mais plutôt comme une réduction de leurs fonctions, maintenant limitées au contrôle de quelques soins de moyenne et de haute complexité, en plus de la gérance de leurs hôpitaux. La santé était nullement perçue comme un système dont il fallait établir des mécanismes de coordination, planification, contrôle et évaluation. Dans cette perspective qui tend à renforcer la fragmentation du système de santé, le SSE-RN entrevoit comme «*modernisation*», l'introduction de la rationalité des entreprises privées dans le

domaine de l'administration publique de la santé.

La «*tierisation*» sera alors présentée comme une mesure expérimentale et innovatrice dans les politiques de santé du RN. Pour administrer l'hôpital Parque dos Coqueiros, un contrat avec une entreprise privée d'une durée d'un an, à la fin duquel seront évalués la performance de cet hôpital et les gains d'efficience dus à ce type de contrat de gestion, sera établi. Une évaluation positive justifierait un renouvellement du contrat et l'adoption de ce modèle de gestion pour d'autres établissements hospitaliers de l'état fédéré. La municipalisation de ces hôpitaux n'était pas envisagée comme solution aux problèmes du secteur, car les politiciens qui soutenaient le gouvernement de l'état fédéré ne voulaient pas transférer le contrôle sur ces établissements à leurs adversaires politiques<sup>161</sup>. La cession des hôpitaux aux municipalités était vue comme une perte de pouvoir pour l'état fédéré. En même temps, les municipalités n'ont pas fait beaucoup de critiques à cette «*tierisation*», car elles avaient conscience des gros problèmes que la municipalisation de ces hôpitaux leur apporterait. Mais, le SMS de Natal émettra des critiques sur la décision unilatérale du SSE-RN de transférer l'administration de l'hôpital Parque dos Coqueiros sans consultation préliminaire avec lui, pourtant le responsable de la gestion du système de santé du territoire auquel cet hôpital appartenait.

*«Le président, en tant que gestionnaire de la santé de l'état fédéré, et remarquant la transparence des actions gouvernementales, a éclairé les prérogatives qui ont justifié le contrat de l'entreprise Pró-Saúde pour administrer l'hôpital Parque dos Coqueiros, pendant la durée d'un an. Il a*

---

<sup>161</sup> D'après le témoignage d'un technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

*mis l'emphase sur le fait que cette entreprise administre des établissements hospitaliers dans d'autres états fédérés, d'une qualification technique et administrative qu'elle détient. Il a souligné que cet acte a été marqué par la légalité. Le Dr J.A. [SMS de Natal] a affirmé son regret pour le fait que le SMS de Natal n'ait pas été invité à assumer la gérance de cet hôpital, car sa condition d'habilitation en gestion complète du système municipal de santé assurée par la NOB/96, lui reconnaissait la compétence technique, administrative et opérationnelle pour administrer les établissements hospitaliers complexes. Il a remarqué aussi que, à l'occasion du transfert de l'administration des établissements de soins de santé, la priorité devait être donnée au secteur public, comme l'établit la législation en cours. Le secrétaire à la Santé du RN argumente que quelques municipalités sont en train de rendre les établissements ambulatoires et hospitaliers cédés par le SSE-RN en fonction de leurs difficultés opérationnelles, et que le contrat avec l'entreprise Pró-Saúde pour administrer l'hôpital en question apparaît comme une expérience innovatrice dans la gestion du SUS-RN<sup>162</sup>».*

Une autre initiative du secrétaire à la Santé du RN reste emblématique de cette coexistence des formes traditionnelles et modernisatrices du comportement des acteurs du SUS : la tentative de changement du Règlement de la CIB-RN. Le vieil accent autoritaire résiste à se soumettre à la culture de négociation émergente et cherche à écarter les acquis démocratiques à l'intérieur de cette instance de décision du SUS. Le secrétaire à la Santé du RN cherchera à substituer le critère de «consensus» par celui de «majorité» pour les délibérations dans la CIB-RN<sup>163</sup>. La rupture avec le principe du consensus signifierait un élargissement considérable de la marge de manœuvre du SSE-RN dans les prises de décisions de cette instance collégiale. Le SSE-RN comptait 50% des membres de la CIB-RN, tous fidèles aux orientations du secrétaire à la Santé du RN. Alors, il suffisait du vote d'un seul secrétaire municipal de santé dissident du COSEMS-RN pour assurer la victoire du SSE-RN,

---

<sup>162</sup> Procès verbal de la 74<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 10 juin 1999.

<sup>163</sup> Procès verbal de la 27<sup>e</sup> Réunion Extraordinaire de la CIB-RN, le 28 janvier 1999.

lors d'une votation. Pendant une discussion sur la révision du Plafond financier du RN, qui ne parvenait pas à une solution consensuelle, le secrétaire à la Santé du RN proposa d'approuver le sujet, à la majorité des voix. Le SMS de Natal rejettera cette rupture avec le critère de consensus, invoquant son illégalité. Par contre, le secrétaire du RN constatait la paralysie décisionnelle de la CIB-RN provoquée, selon lui, par les difficultés de parvenir à un consensus. Il s'agit d'un enjeu emblématique de la position autoritaire de la nouvelle gestion du SSE-RN et de son orientation vouée à l'imposition plutôt qu'à la négociation, à la compétition plutôt qu'à la coopération. Après discussion des suggestions d'une commission désignée pour l'étude d'une possible révision de son Règlement interne, la CIB-RN prend la décision de soutenir ce règlement, en particulier le critère de décisions par consensus et les flux de décisions.

*«Le président fait le récit des tentatives d'obtention du consensus à propos de la révision du Plafond financier du RN, réalisées dans les réunions précédentes, enregistrant la prédominance des dissensions jusqu'à ce moment. Il remarque que, en l'absence de consensus, le sujet sera décidé à la majorité des votes. Le Dr H.M. [secrétaire à la Santé de Natal] argumente que la CIB n'a pas la compétence pour changer la forme de votation par consensus établie dans son Règlement interne, même pour un sujet spécifique, à un moment donné. Il ajoute que le MS détermine, par un acte légal récent, que le consensus soit préservé dans les CIBs et, quand ce dernier n'est pas atteint, que le dossier soit remis au Conseil de santé de l'état fédéré. Le président, à son tour, rappelle à tous que (...) la CIB a adopté ce type de procédure avant. En face de l'importance du sujet et de la situation d'urgence (...) le président réaffirme sa position pour l'usage de la pratique de votation par majorité dans les cas d'absence de consensus<sup>164</sup>».*

Pendant la période 1999-2002, les mêmes enjeux du SUS-RN resteront à l'ordre du jour : les disputes autour des ressources insuffisantes du SUS dans la CIB-RN, particulièrement

---

<sup>164</sup> Procès verbal de la 70<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 11 février 1999.

les pressions des municipalités en GPSM pour l'augmentation de leurs budgets à partir des transferts fédéraux pour l'état du RN; les pressions des municipalités pour assumer de nouvelles activités dans le système de santé dans le but de toucher des incitatifs économiques du MS<sup>165</sup>; les tensions avec les fournisseurs de soins, à cause de leur l'augmentation des prix surtout pour les hospitalisations qui ne tient nullement compte du plafond financier<sup>166</sup>; les demandes des politiciens à la recherche de l'espace perdu dans le SSE-RN pour leurs pratiques clientélistes; les pressions des fonctionnaires pour de meilleures conditions de travail et de salaires; les problèmes découlant des soins de moyenne et de haute complexité qui, progressivement prennent de l'ampleur et provoquent finalement une «*crise*» à la fin de 2004.

Quelques problèmes structurels du système de santé continuent à affecter le quotidien des services. Quelques-uns reliés au financement (insuffisance de ressources, inégalités dans l'allocation), d'autres au modèle d'organisation (disputes plutôt que coopération entre les gestionnaires constatant les courts-circuits fédératifs, manque de coordination et d'intégration entre les divers niveaux d'actions et de services), ou encore ceux qui découlent du modèle de gestion (frictions avec les conseils de santé, absence d'une politique de ressources humaines adéquate aux besoins du système, insuffisance d'une pratique de planification, contrôle et évaluation des programmes et des activités du système, spécialement celles réalisées par les établissements privés et philanthropiques, les détournements de fonds). Des problèmes

---

<sup>165</sup> À ce propos, nous remarquons les pressions du COSEMS-RN pour l'approbation dans la CIB-RN des dossiers pour habilitation aux programmes du MS comme Santé de la famille (PSF), entre autres.

<sup>166</sup> Comme nous l'avons vu, les prix des actes médicaux dans le SUS étaient «gelés» cette période et chaque établissement ne pouvait recevoir plus que le plafond financier établi par la CIB-RN, compatible avec la série historique des activités développées dans le système de santé, le profil épidémiologique local et les standards du MS pour la programmation des activités.

conjoncturels reliés au SSE-RN s'ajoutent. Il faut aussi remarquer la position autoritaire du secrétaire à la Santé du RN qui entre ouvertement en conflit avec le COSEMS-RN; l'isolement du SSE-RN du processus national d'habilitation aux modalités de gestion, renonçant à s'habiliter à la NOBS/96; la position technocratique de ce secrétariat apportant des difficultés à l'établissement des Programmations négociées et intégrées (PPI).

*«La NOB/96, le PSF... tout a retardé. Pour commencer, le COSEMS a poussé beaucoup pour répandre le PSF. Le NESC-UFRN nous a aidés dans cette discussion pour forcer le SSE-RN à commencer à créer les premières équipes et les municipalités ont commencé à se motiver. À l'occasion de la NOB/96, nous avons fait un bon travail dans les municipalités, mais l'état fédéré ne s'est jamais habilité selon cette NOB, parce qu'il n'y trouvait aucun intérêt. Nous avons fait un grand effort pour implanter la Pharmacie de base, ça nous a donné beaucoup de travail pour forcer le SSE-RN à participer. Quand tous les états fédérés brésiliens étaient déjà habilités, nous avons forcé le RN à le faire, avec un retard de six mois. Et nous avons eu plusieurs disputes avec le secrétaire à la Santé du RN à cause de la contrepartie de l'état fédéré, les ressources qu'il devait transférer aux municipalités. Les réunions de la CIB-RN étaient toujours marquées par les pressions du COSEMS-RN et les disputes et frictions avec le SSE-RN. Mais, sans doute, le COSEMS-RN a joué un rôle central dans le processus de municipalisation<sup>167</sup>»*

De mai 1996 à décembre 2002, les secrétaires à la Santé du RN qui se succèdent ont comme point commun l'absence de participation antérieure dans le processus de construction du SUS et dans la réforme de la santé. Indépendamment de leurs styles de gestion et de leurs caractéristiques personnelles, les deux premiers trouveront un contexte peu favorable au développement de leurs projets et resteront alors fort peu de temps à leur poste, insuffisamment pour comprendre la complexité du champ d'action de la santé. Le troisième aura plus de

---

<sup>167</sup> Ex-président du COSEMS-RN, en entrevue avec l'auteur

chance pour bénéficier d'un apprentissage institutionnel et de soutien politique (ce qui lui a permis d'occuper ses fonctions pendant tout le mandat du gouverneur), mais il n'avait pas d'intérêt à participer à ce processus. Pour assumer son nouveau rôle dans le système de santé, le SSE-RN avait besoin de s'habiliter selon l'une des modalités de gestion prévues par la NOB/96.

L'habilitation signifiait augmenter les ressources transférées par le MS, fonds à fonds, mais aussi assumer de nouveaux compromis dans le SUS. Les gestionnaires du SSE-RN de cette période ne voulaient cependant pas assumer ces nouvelles responsabilités, entre autres, le nouveau rôle des secrétariats à la Santé des états fédérés qui impliquait une décentralisation effective des activités de prestation des soins. L'habilitation signifiait le passage d'un rôle de fournisseur de soins et services de santé à la condition de coordinateur du système de santé dans l'état fédéré, responsable pour les activités de régulation, d'assistance technique aux municipalités, de contrôle et d'évaluation du SUS-RN. L'habilitation signifiait renoncer au contrôle de l'administration des établissements de santé, en particulier hospitaliers, avec leur tradition politique de clientélisme, accentuée pendant les campagnes électorales. L'attachement du gouvernement du RN à une culture oligarchique amènera le SSE-RN à assumer une position arriérée au plan national, renonçant à adopter une position plus active dans le processus de construction du SUS-RN. Traditionnellement pionnier d'expériences innovatrices dans le secteur de la santé publique, stimulées par le MS, l'INAMPS et l'OPS, cette fois-ci le SSE-RN restera en dehors du processus, isolé, sans développer ses possibilités d'autonomie de gestion, dans une position absolument défavorable pour évoluer, même dans ses besoins les plus immédiats.



*«Le secrétaire voulait discuter de l'augmentation des transferts de ressources per capita pour l'état fédéré, mais il n'était pas capable de réussir, naturellement. Il n'avait pas un système d'information, un contrôle et une évaluation vraiment efficaces pour présenter tous les éléments nécessaires à la négociation de l'augmentation des valeurs; il ne jouissait pas non plus de la force politique nécessaire dans le MS pour le soutenir parce qu'il n'avait pas participé au processus préparatoire. Les états fédérés du sud et du sud-est se remarquaient, comme toujours, pour leur participation, en tirant des avantages financiers par rapport aux états fédérés du nord et du nord-est. Et le RN était dans une situation difficile<sup>168</sup>».*

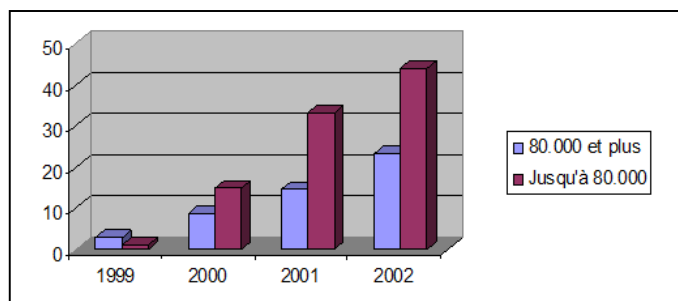
Malgré la crise institutionnelle du SSE-RN et les contraintes imposées par la position du secrétaire à la Santé du RN, les habilitations des municipalités à plusieurs programmes et activités soumis par le MS ont continué à un rythme accéléré. La NOB/96 sera décisive comme élément structurel qui sanctionne et confère la légitimité aux pressions du COSEMS-RN pour poursuivre le processus de municipalisation, approuvant les dossiers de ces habilitations dans la CIB-RN. À son tour, en utilisant les incitatifs économiques comme outils d'induction de la politique sectorielle, le MS centralise le pouvoir normatif pour décentraliser les pratiques et, principalement pour prioriser les soins de première ligne comme stratégie de changement du modèle d'organisation des services. Cette option pour les soins de base, à travers le PSF, sera consensuelle entre les gestionnaires de la santé, et son évolution au RN peut être observé dans la figure 13. La croissance de la couverture par les soins de première ligne offerts par le PSF paraît évidente, particulièrement dans les petites municipalités, celles de moins de 80 000 habitants. En 1999, les populations de ces petites municipalités étaient

---

<sup>168</sup> Ex-coordinatrice de planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

couvertes à peine à 1,2% par les équipes du PSF, tandis que la couverture des plus grandes arrivait à 3% de leurs population. En 2002, la couverture pour les services de première ligne du PSF parvenait à 44% dans les petites municipalités, et à 23,4% dans les plus grandes. Les soins de base commençaient à être accessibles là, où il n'existait aucune structure de services de santé du SUS.

**Figure 13 . Couverture du PSF aux populations des municipalités du RN, 1999 - 2002**



Source : DATASUS, 2005.

Il faut souligner que, pendant cette période, à l'occasion des habilitations des municipalités aux programmes et activités de première ligne, il n'existait pas de conditions opérationnelles pour permettre l'identification des possibilités effectives des SMS pour gérer et offrir des soins de qualité. Le mérite des habilitations était jugé simplement à partir de documents présentés dans les dossiers acheminés aux CIS régionales et à la CIB-RN. Aussi, ces habilitations basées sur documents et dossiers devenaient souvent objet de critiques, au cours des réunions de la CIB-RN. Après les habilitations, on commençait à constater certaines irrégularités dont l'absence de conditions administratives et/ou techniques dans le développement des activités. Pourtant, la CIB-RN ne prendra des mesures pour exiger des SMS

la correction de ces irrégularités qu'après des dénonciations.

Le MS adoptait comme stratégie d'étendre au maximum la couverture du PSF et des autres programmes et activités de première ligne comme base de sa politique de «*virage ambulatoire*» et d'élargissement de l'accès pour les populations exclues du système de soins. Les technocrates du MS croyaient que la seule façon de promouvoir l'universalité de l'accès aux soins dans un pays de dimension continentale et structurellement très hétérogène passait par la décentralisation des actions aux municipalités et un contrôle normatif rigide centralisé au niveau fédéral. Ainsi, ils essayaient constamment de fixer des normes pour orienter le processus d'implantation et d'exécution de ces programmes et activités et pour régler également les problèmes qui survenaient sans cesse, découlant des très fortes hétérogénéités régionales que les normes ne réussissaient jamais à encadrer. En même temps que le MS joue un rôle positif dans le processus de municipalisation, aidant à neutraliser les fortes résistances des états fédérés et d'autres acteurs du système, il adopte une forme coercitive de conduction des politiques de santé, soit par une succession frénétique d'arrêtés ministériels (parfois même un pour corriger celui de la veille), soit par l'induction économique des activités.

*«Le Dr A.T. a rappelé le processus de décentralisation des actions de surveillance épidémiologique du SSE-RN, en train d'être déclenché dans les municipalités. Tous se souviennent de l'existence d'un arrêté ministériel qui oblige les gestionnaires municipaux à nourrir la banque de données du Système d'information des services de première ligne (SIAB), sous risque de perdre les ressources financières décentralisées<sup>169</sup>».*

*Le Dr R.C. [SSE-RN] a informé les municipalités qu'elles recevront une*

---

<sup>169</sup> Procès verbal de la 72<sup>e</sup> Réunion Ordinaire de la CIB-RN, le 8 avril 1999.

*communication sur les préjudices encourus du fait de n'avoir participé au projet de cueillette pour les examens de Papanicolau. (...) Le Dr A.S. [SSE-RN] a informé aussi les municipalités qui n'ont pas fait le répertoire et le recensement des familles des territoires couverts par le PACS e/ou PSF, que leurs ressources du PAB seront suspendues<sup>170</sup>».*

Il est évident que la politique de décentralisation vers les municipalités n'aurait jamais vu le jour sans l'intervention active du MS, par l'utilisation des mécanismes de contrôle et de coercition à sa disposition, héritages d'un passé encore récent d'une forte concentration de pouvoir au niveau fédéral. D'un côté, le MS incitait les municipalités à développer des actions spécifiques au sein du SUS pour tirer des avantages économiques dans le secteur de la santé, à l'intérieur d'un contexte où un pacte fédératif restrictif limite beaucoup les ressources consenties aux états fédérés et municipalités. D'un autre côté, le MS punissait les états fédérés et municipalités qui ne suivaient pas leurs orientations, en général par des mesures de nature économique, telles que réduction des plafonds financiers, suspension de paiements, entre autres. Quelquefois, le MS prenait des décisions unilatérales affectant les états fédérés et les municipalités. Un exemple typique de cette face autoritaire du MS nous semble celui de l'imposition de la municipalisation des établissements de la FUNASA/MS dans un bref délai, sans que les acteurs impliqués soient arrivés à une solution négociée sur cet enjeu. La municipalisation des établissements de santé de la FUNASA/MS a vraiment dû suivre un long parcours, principalement à cause des résistances corporatives des fonctionnaires. Par contre, les municipalités tenaient compte aussi de certaines contraintes pour assumer ces établissements, car les SMS ne disposaient pas des ressources suffisantes aux frais d'entretien et de personnel de ces unités sanitaires.

---

<sup>170</sup> Procès verbal de la 90<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 13 décembre 2000.

*«Le Dr J.M. enregistre la préoccupation du COSEMS-RN quant à la suspension des ressources financières pour la couverture des soins des établissements de santé de la FUNASA/MS cédées aux municipalités. Il remarque que, dans les prochains six mois, il est fort probable que le sujet retourne à la CIB-RN, car les municipalités ne réunissent pas les conditions nécessaires pour assumer les coûts de maintien de ces unités sanitaires. Le Dr F.A. souligne que face à la complexité technique, financière, matérielle et des ressources humaines du sujet en question, il ne devrait être discuté qu'avec la participation des gestionnaires impliqués, ce n'est pas un sujet qui doit se régler par une simple décision ministérielle<sup>171</sup>».*

Malgré la rigidité du cadre normatif du MS de même que l'imposition des politiques de santé venues d'en haut, quelques municipalités réussiront à échapper à ces contrôles et plusieurs dénonciations d'irrégularités concernant l'application des ressources publiques seront rapportées au sein de la CIB-RN et divulguées dans la presse locale. Une manchette du journal Tribuna do Norte intitulée «*Mairies détournent l'argent du SUS*», déclenche immédiatement une réaction corporative du COSEMS-RN<sup>172</sup>. Ce dernier s'insurge contre le fait que ce reportage relève des cas isolés et les généralise à l'ensemble des municipalités, ce qui pourrait produire une image négative du mouvement municipaliste de la santé. En fait, dans les réunions de la CIB-RN, les demandes récursives des ETAM et des CIS au SSE-RN pour créer des conditions opérationnelles en vue d'exercer des actions de contrôle et d'évaluation des programmes et activités dans les municipalités se multiplient. Les dénonciations de détournements de fonds, d'irrégularités administratives, de problèmes de clientélisme sont très fréquentes à la CIB-RN. En vue de permettre l'imputabilité des responsables pour ce type de problèmes, le besoin d'un système de contrôle et d'évaluation plus efficace au niveau de l'état

---

<sup>171</sup> Procès verbal de la 70<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 11 février 1999.

<sup>172</sup> Procès verbal de la 77<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 17 septembre 1999.

fédéré et d'une législation actualisée en conformité avec la nouvelle réalité institutionnelle du SUS, paraît évident.

Au-delà du décalage entre le système de santé et le judiciaire, quelques demandes régionales parviennent à la CIB-RN par ce canal. Par exemple, les municipalités de la région métropolitaine ont exigé du SSE-RN la constitution d'un ETAM dans cette région avec les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des activités de contrôle et d'évaluation des services de santé dans ce territoire. Le secrétaire à la Santé du RN a rejeté cette demande, argumentant que toutes les municipalités de cette région étaient habilitées en GPSM. Ainsi, une fois que tous les SMS disposaient des structures spécifiques pour développer ces actions, la création d'une structure étatique spécifique ferait double emploi, selon le secrétaire, et constituerait une façon de gaspiller l'argent de l'état fédéré. Par contre, en utilisant le raisonnement systémique, quelques municipalités et technocrates des ETAM constataient que tous les niveaux du SUS (fédéral, étatique et municipal) avaient des responsabilités à exercer dans les actions de contrôle et d'évaluation, et que seul l'état fédéré du RN refusait d'assumer les siennes. Quant au COSEMS-RN, il ne touchait que tangentiellement les questions relatives aux responsabilités de l'état fédéré avec le contrôle et l'évaluation des activités du système de santé dans les municipalités. Cet acteur priorisait l'expansion du processus de municipalisation (habilitations aux modalités de gestion, aux programmes et activités soumis par le MS), la discussion sur le partage des ressources du SUS, l'augmentation des plafonds financiers, les dettes avec les fournisseurs de soins, entre autres problèmes opérationnels de ce processus.

Les questions relatives à l'allocation des ressources gagnent ainsi une importance

cruciale dans le SUS, car le financement reste l'outil privilégié pour la définition des modèles d'offre des soins et d'organisation des services. Face aux ressources insuffisantes pour la santé, le MS priorise les services de première ligne pour les pauvres. Cependant, les acteurs réformistes qui cherchaient, dans un contexte néolibéral, à attribuer de nouveaux sens à ces services s'approprièrent progressivement la proposition initiale du programme Santé de la famille (PSF), conformément aux directives de la Banque mondiale.

Selon la Banque mondiale, dans les pays en développement, il existait une couche aisée de la population qui n'avait pas besoin de l'État pour s'assurer les soins de santé de bonne qualité dans le marché. Devant l'impossibilité de concrétiser le principe d'universalité des soins et services de santé, car les ressources nécessaires pour financer ce projet égalitariste manquaient, les systèmes de santé de ces pays devaient prioriser l'allocation de leurs ressources aux soins destinés aux populations pauvres qui ne pouvaient compter sur leurs revenus pour payer des services de santé. La segmentation de la demande, la décentralisation et la focalisation de l'offre des soins vues comme des «*biens publics*» (sous la forme d'un panier minimum de soins pour les pauvres) ainsi que l'absence de régulation des «*biens non-publics*» (les soins médicaux et hospitaliers individuels) constituent les stratégies que la Banque mondiale suggère pour résoudre les problèmes chroniques de ces systèmes (Banque mondiale, 1993).

Dans cette perspective, le gouvernement brésilien a développé, des mesures d'exemption fiscale<sup>173</sup>, la croissance des compagnies d'assurance-maladie privées et des dépenses directes des familles pour la santé, comme stratégie de désengagement progressif de l'État dans la santé pour la couche aisée de la population. Selon l'OMS (2004), en 2001, le Brésil était un des pays américains où les dépenses publiques pour la santé étaient les plus basses, seulement 222 US\$ per capita/an. En plus, les dépenses publiques constituaient 41,6% des dépenses totales en santé, tandis que les autres dépenses privées représentaient 58,4%. Considérant que 75% de la population brésilienne ne pouvaient compter sur d'autres services de santé que ceux offerts par le SUS, et qu'une large part des dépenses publiques était consacrée aux soins de moyenne et de haute complexité<sup>174</sup>, une partie de ces derniers étant reçus par l'ensemble de la population<sup>175</sup>, l'iniquité du financement de ce système devenait évident (Medici, 2002; Bahia, 2005).

Le rôle du privé dans le système de santé gagne alors en importance avec les gouvernements néolibéraux. Le groupe associé aux intérêts privatistes suggérait que l'État utilise mieux son argent pour s'occuper des pauvres qui n'ont pas les moyens de se payer une police d'assurance-maladie privée. Il importe toutefois de savoir que le domaine de l'assurance-maladie privé au Brésil, constituait un secteur très hétérogène, marqué par l'absence totale de réglementation. L'utilisation d'un fort marketing en faveur d'un sous-

---

<sup>173</sup> Les dépenses avec le paiement d'assurances maladies et quelques autres dépenses privées des familles avec la santé sont exemptées de l'impôt de revenu.

<sup>174</sup> Comme nous l'avons déjà vu, les dépenses du SUS pour les soins de moyenne et haute complexité étaient de l'ordre de 30% de leurs dépenses totales.

<sup>175</sup> Nous avons déjà mentionné que les compagnies d'assurance-maladie privées ne couvraient pas tous les actes médicaux, surtout ceux de haute complexité et le traitement de certaines maladies (SIDA, maladies mentales, maladies rénales chroniques, entre autres).



système de santé privé et les graves problèmes de qualité déjà mentionnés dans les services de santé publics ont su renforcer dans l’imaginaire collectif l’image d’efficacité et de qualité du premier. Visant, la recherche du profit comme objectif premier, même sans problèmes de financement, ces entreprises dépensaient le minimum possible et, peu à peu, les problèmes concernant la qualité de leurs services commencent à apparaître. Au Brésil, les plaintes contre les compagnies d’assurance-maladie privées sont rapidement arrivées au premier rang des procès acheminés à la Magistrature de la défense des consommateurs.

L’argument du secteur privé à l’effet qu’il devenait indispensable pour soulager les dépenses du SUS auprès de la couche aisée de la population, permettant ainsi la focalisation de l’allocation des ressources pour les plus pauvres révélait aussi son inconsistance. Dans les contrats avec les compagnies d’assurance-maladie privées, ces dernières ne se tenaient pas responsables de plusieurs problèmes de santé, surtout ceux qui exigeaient des soins de longue durée, des actes médicaux et de diagnostique de haute complexité et de coût élevé. La clientèle des compagnies d’assurance-maladie privées utilisait alors leurs services pour les actes les plus simples et de moyenne complexité, mais pas pour quelques soins de haute complexité comme les orthèses et les prothèses, les médicaments de dernière génération, les traitements hors domicile. Et cette même clientèle se disputait les ressources du SUS avec les pauvres. Dans un cadre d’insuffisance de ressources, il faut remarquer que les acteurs sociaux détenant plus de pouvoir de pression possèdent aussi plus de chance de réussir dans cette dispute. Ce n’est pas dû au hasard si les patients atteints du SIDA et des maladies rénales chroniques ont réussi à bénéficier d’une attention spéciale du gouvernement. Deux grandes organisations sociales pour la défense des intérêts de ces patients ont poussé très fort,

directement et à l'aide de lobbies parlementaires sur le MS et les autres échelons du gouvernement de la santé.

En 1998, l'«*Agence nationale de santé supplémentaire*» (ANS) sera créée. Elle visera à se constituer comme une interface entre les usagers et les compagnies d'assurance-maladie privées. Elle commencera à développer des activités de régulation dans ce secteur. Cette agence s'organisera de façon presque autonome de l'État, comme une autarcie reliée au MS. Le secteur de «*santé supplémentaire*» s'accroît et parviendra à couvrir 24,5% de la population brésilienne (38 millions d'usagers), en 2004 (ANS, 2005). Selon des données de la ANS, 60% des contrats avec ces entreprises sont financés par les employeurs des usagers; la distribution de ces entreprises semble très hétérogène selon les régions du pays, mais aussi dans chaque état fédéré. Au RN, la population n'est couverte qu'à 11,6% par des services de santé supplémentaire (ANS, 2005), la grande majorité résidant à Natal et Mossoró.

À partir de 2000, le MS élargira le rôle du PSF de «*porte d'entrée*» du SUS, à stratégie de structuration de ce système de santé comme réseau intégré. Dans cette direction, il fallait répartir les équipes de PSF partout sur le territoire national, en attendant que les actions de promotion et protection de la santé, associées aux soins de première ligne, puissent résoudre la majorité des problèmes de santé de la population. Le MS espérait qu'une structuration par la base pourrait assurer la globalité de la prestation des services à la population. L'intégration du PSF dans un réseau hiérarchisé de santé au parcours bien défini de l'acheminement des malades dans le système de santé, à travers les organisations aux différents niveaux du SUS, fournirait le soutien technologique nécessaire au travail des

équipes du PSF. Ainsi, graduellement, le modèle d'organisation des services remplacerait la focalisation sur le travail spécialisé et hospitalier par une organisation en réseau dont le PSF constituerait la porte d'entrée.

Il faut souligner que l'adhésion des municipalités au PSF était faible et que le PAB, comme un incitatif économique à l'implantation et au développement de ses activités, agira décisivement sur son expansion, partout au Brésil. Le PAB sera largement utilisé par le gouvernement fédéral pour vaincre les résistances des municipalités qui refusaient d'accepter l'imputabilité de ses actions comme gestionnaires de la santé, selon les modalités prévues dans la NOB/1996. Ainsi, à partir de 1998, nous assisterons à la croissance à l'échelle des services de première ligne offerts par le PSF et à une municipalisation accrue du système de santé<sup>176</sup> (Souza, 2001 ; Costa et Pinto, 2002). Cette expansion des services de santé de base permettant au SUS d'offrir des soins et services de santé là où la population était jadis complètement desservie favorisera principalement les petites et moyennes municipalités<sup>177</sup>.

L'expansion du PSF servira à élargir l'accès aux services de première ligne du SUS, en comptant sur la disponibilité des outils et services de diagnostic de base (Conill, 2002). Par contre, l'implantation du PSF suivra aussi le rythme des grandes hétérogénéités régionales et locales. Dans quelques municipalités, les équipes de PSF ont fait preuve d'une grande créativité et d'être engagées dans la proposition de changement du modèle d'organisation et

---

<sup>176</sup> À la fin de 2000, presque la totalité des municipalités brésiliennes (99%) étaient habilitées à œuvrer selon l'une des modalités de gestion prévues par la NOB/1996. À leur tour, les transferts des ressources fédérales aux états fédérés et municipalités arrivaient à 63% du budget national de la santé (Souza, 2001).

<sup>177</sup> La grande majorité des municipalités brésiliennes (74,8%) sont constituées de 20 000 habitants et moins.

prestation des services, prenant l'initiative et la responsabilité d'innovations émergentes. Toutefois, la formation inadéquate des ressources humaines, le nombre insuffisant de médecins pour constituer les équipes, la difficulté de compréhension des gestionnaires municipaux quant à l'importance de la stratégie « *Santé de la famille* » et, finalement, l'insuffisance de ressources financières, surgissent comme des obstacles au développement du PSF (Conill, 2002). Ainsi, dans une grande partie de ces expériences, les professionnels continuent à développer leurs activités sans aucune implication dans les changements du modèle d'organisation des services de santé, leur travail se limitant à une prestation de soins ambulatoires simplifiés<sup>178</sup>. Finalement, les services financés par le PAB fixe se révélaient encore trop restreints pour pouvoir assurer aux équipes du PSF la capacité de résoudre la majorité des problèmes de santé de la population, comme le prétendait la NOB/1996.

Ainsi, les problèmes d'intégration des soins deviennent évidents, car la majorité des municipalités était encore en train d'organiser et/ou d'implanter le PSF et une grande partie des actions de moyenne et de haute complexité était fourni par les établissements privés et philanthropiques conventionnés avec le SUS. Aussi, face au trop faible financement de la moyenne complexité et des nombreuses difficultés d'intégration des soins, le MS décide de reprendre l'ancien modèle des « *campagnes de santé* » (Luz, 1981, 1991), réalisant des chirurgies en masse et combattant les maladies chroniques et dégénératives par les grandes

---

<sup>178</sup> Les médecins se limitent à l'exercice de la clinique, les équipes multi-professionnelles existantes ne développent pas un travail intégré, les visites domiciliaires restent une attribution pratiquement exclusive des agents communautaires de santé, l'absence des activités de promotion de la santé persiste.

campagnes nationales de mobilisation de la communauté et des services médicaux<sup>179</sup>.

Dans ce contexte, les actions de moyenne complexité constituent le «*nœud critique*» du SUS, parce que l'offre des soins par les établissements publics demeure insuffisante et le secteur privé n'accepte pas de fournir ce type de soins remboursés à des taux établis par le SUS et jugés trop bas. En plus, les dépenses pour les soins donnés par les traumatolo-orthopédistes et les anesthésiologistes continuaient de grimper, avec un taux différencié de l'ordre de 100% relativement à celui des autres médecins. Les trop faibles ressources du SUS, spécialement celles octroyées pour la moyenne complexité, étaient rapidement épuisées par ce secteur spécialisé, générant des dettes accumulées jusqu'à l'éclatement d'une crise et la radicalisation des conflits entre les gestionnaires du SUS et les fournisseurs de ce type de soins.

*«Le Dr G.M., secrétaire à la Santé du RN, avise qu'il intentera plainte criminelle contre la Coopérative des médecins anesthésiologistes du RN, suite à leur décision de suspendre la prestation des soins aux patients issus des municipalités de l'intérieur de l'état fédéré. Ces médecins invoquaient le fait que le SSE-RN n'avait pas encore payé les soins rendus en 1988. Le gestionnaire de l'état fédéré reconnaît la dette, remarque qu'il n'existe pas de contrat formel qui la régleme, raison pour laquelle elle n'a pas été acquittée, dans l'attente d'une décision après l'analyse du Tribunal des comptes de l'état fédéré. Il ajoute encore que, depuis le mois d'octobre de 1999, les paiements à la Coopérative du RN pour les soins aux patients de la capitale ainsi qu'à ceux de l'intérieur de l'état fédéré ont été effectués par le SMS de Natal, après la décision rendue par la CIB-RN, lors de sa 79<sup>e</sup> réunion ordinaire. Le Dr J.M., président du COSEMS-RN, a emphatisé que la décision du secrétaire à la Santé du RN était digne de mérite, ajoutant que la Coopérative en question a transgressé des clauses contractuelles et aussi les*

---

<sup>179</sup> Dans le début du siècle, le modèle des «*campagnes de santé*» servait pour enrayer les épidémies. À partir des années 50, ce modèle est aussi utilisé dans la lutte contre quelques maladies endémiques. Dans cette nouvelle version, le MS inaugure une nouvelle phase, en utilisant les campagnes pour la réalisation de quelques chirurgies électives (cataractes, hernies inguinales, prostate, varices des membres inférieurs) et maladies chroniques et dégénératives (diabète, cancer du col de l'utérus, hypertension artérielle, entre autres).

*principes constitutionnels du SUS, lorsqu'elle a suspendu les soins formellement stipulés au contrat<sup>180</sup>».*

*«Le secrétaire à la Santé du RN a informé qu'il existe un mouvement national de formation de quelques cartels, sous le leadership des anesthésistes, en vue de revendiquer des prix supérieurs à ceux établis par le SUS et que le RN réfute une telle position corporatiste.<sup>181</sup>».*

Les conflits public/privé se retrouvaient au cœur des crises successives auxquelles le SUS était confronté. L'organisation des services héritée de l'ancien système de santé était composée d'un mix public/privé qui la rendait très vulnérable aux pressions des entrepreneurs privés du secteur. L'insuffisance du financement vécue à tous les échelons du SUS empêchait les investissements dans les soins de moyenne et de haute complexité du réseau public de santé et, ajoutée aux compromis avec les fournisseurs des services, contribuait aux disputes et frictions récursives dans le système de santé. Les groupes bénéficiant de plus d'organisation politique et de pouvoir de pression se servaient du système pour maximiser leurs intérêts. Ainsi, les anesthésiologistes et les traumatolo-orthopédistes ont réussi à se différencier de leurs pairs, en imposant leurs prix dans le système de santé public. Les gestionnaires de l'état fédéré et des municipalités en GPSM sont incapables d'affronter le problème dont la solution demeure politique et des détours sont toujours suivis pour proroger la solution. Personne ne parviendra à toucher aux paiements différenciés de ces spécialités médicales qui continueront à s'accroître proportionnellement jusqu'à un paroxysme qui menacerait la stabilité du système. Le partage des ressources insuffisantes amène à la compétition généralisée : le SSE-RN et les municipalités, les grandes et petites SMS, les secteurs public et privé. Ce n'est pas le temps de la coopération; c'est le temps de la concurrence.

---

<sup>180</sup> Procès verbal de la 81<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 13 janvier 2000.

<sup>181</sup> Procès verbal de la 83<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 15 mars 2000.

## 8.2. Le détournement normatif

Au milieu de la crise institutionnelle du SSE-RN, des problèmes internes du COSEMS-RN (grandes/petites municipalités), des frictions avec le secteur privé, de la forte recentralisation normative pour le MS et de la brèche ouverte à quelques groupes de fournisseurs (anesthésistes et traumatologues-orthopédistes), le SUS-RN est devenu en même temps plus complexe et plus vulnérable. Les réunions au sein de la CIB-RN constituaient le grand miroir de cette situation de transition dont la nouvelle architecture institutionnelle n'est pas achevée et où le nouveau et l'archaïque coexistent dans une relation d'opposition/complémentarité, de disputes et d'accords momentanés. Progressivement, la CIB-RN se consolidait en tant qu'espace de gestion du SUS-RN, lieu réservé aux prises de décisions sur l'allocation des ressources et de leur partage entre l'état fédéré et les municipalités.

Au fur et à mesure que la CIB-RN est reconnue comme espace légitime pour la définition des règles du jeu dans le système de santé et de la destination des ressources, elle gagne en importance politique, avec une participation plus élargie aux réunions. Comme nous l'avons vu, d'autres acteurs commencent à assister aux réunions de cette commission pour revendiquer et exercer des pressions sur les membres.

*«Les réunions de la CIB-RN étaient très restreintes, n'y allaient que les membres. Mais, à la fin de la gestion G.M., le salon était plein pendant les réunions. Malgré le style polémique du secrétaire, tout le monde a commencé à s'y rendre. Et je remarque les fournisseurs de services. Ils ont commencé à percevoir que la CIB-RN était un espace de pouvoir, donc il*

*était important d'être présent et de participer aux discussions. Avant, aucun fournisseur privé de soins de santé n'était présent aux réunions de la CIB-RN. Comme les décisions sur les ressources se prenaient lors de ce forum... Ils étaient toujours là pour offrir leurs services, établir des conventions, faire des plaintes, demander une augmentation de leurs plafonds financiers. Dorénavant, ces questions n'étaient plus décidées par un parrain politique ou par amitié; une 'commission de monitoring' était responsable d'analyser ces affaires qui, par la suite étaient approuvées par la CIB-RN. Et moi, je suis certain que ce changement de dynamique à la CIB-RN a été très positif, parce que la présence des fournisseurs, des politiciens et d'autres acteurs a aussi renforcé la CIB-RN<sup>182</sup>».*

À partir de 1999, les demandes de fournisseurs privés et philanthropiques au SUS-RN pour établir des conventions de prestation de soins de moyenne et haute complexité deviendront chaque fois plus fréquentes. Comme les compagnies d'assurance-maladie privées ne couvraient pas tous les services de haute complexité et quelques types de maladies (comme le SIDA, les maladies mentales, l'insuffisance rénale), le SUS restait le seul à financer ces actes médicaux. En plus, les industries de médicaments et de technologie médicale exerçaient aussi de fortes pressions sur le MS pour la modernisation du système, renforçant la tendance du SUS à assumer les services de haute complexité<sup>183</sup>

Dans un contexte de recentralisation normative où le MS publie un nombre considérable d'arrêtés ministériels et impose des programmes verticaux aux municipalités, la CIB-RN connaîtra des limites dans l'exercice de son pouvoir de régulation; progressivement, les réunions seront dominées par une dynamique bureaucratique d'approbation des dossiers

---

<sup>182</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>183</sup> Les lobbies sur le MS pour rendre possible un marché de technologie médicale de dernière génération sont connus. Progressivement, des cliniques et hôpitaux très modernes commencent à dispenser des soins au SUS comme des tomographies, angiographies cérébrales des vaisseaux du cou, neurochirurgies, implantation de prothèses cardiaques, greffes, entre autres.



d'habilitation et des discussions interminables sur les aspects opérationnels du financement et d'allocation des ressources. Les dossiers d'habilitation pour participer à plusieurs types de programmes du MS étaient analysés exclusivement à partir de la documentation exigée par ce ministère, sans tenir compte de la capacité opérationnelle des municipalités à implanter ces programmes. Il existait une demande énorme venant des municipalités pour obtenir des habilitations pour ces programmes, car elles cherchaient à constituer leurs recettes par l'apport des nombreux incitatifs économiques qui y étaient reliées. Les réunions de la CIB-RN étaient alors surchargées de discussions sur l'opérationnalisation des normes du MS qui survenaient sans cesse<sup>184</sup>, ce qui limitait d'autant l'autonomie locale et empêchait l'élaboration de politiques de santé à partir des besoins locaux. En plus, l'absence de communication entre les programmes verticaux du MS contribuait à augmenter les problèmes de coordination et d'intégration des soins existants.

Basée sur les incitatifs économiques et une politique de santé d'orientation centralisée, le MS priorisait les services de première ligne. Dans un contexte de restriction des ressources, les soins de moyenne et haute complexité (surtout les premiers) restaient insuffisants pour parvenir à l'élargissement de la clientèle du SUS. Les services de base du PSF ont introduit dans les circuits de la citoyenneté une clientèle émergente constituée des plus pauvres qui étaient acheminés par les médecins de famille aux centres de diagnostic et des soins spécialisés de moyenne et haute complexité. La découverte des droits devient alors une demande réprimée, car les services plus complexes conventionnés au SUS-RN n'étaient pas assez

---

<sup>184</sup> Dans l'année 2002, par exemple, le MS est arrivé à publier une moyenne de 10 arrêts ministériels par mois, ce qui compromettait la capacité des états et municipalités de s'ajourner à propos des règlements existants, étant donné la vitesse et l'excès de normes de l'état central.

structurés pour assurer des réponses à la croissance de la clientèle<sup>185</sup>.

Il faut remarquer que les soins de moyenne et haute complexité étaient donnés majoritairement par les établissements privés et philanthropiques conventionnés. Ainsi, dans un cadre de financement insuffisant pour répondre aux besoins de santé de la population, sans une politique d'investissements adéquate à l'ampleur des changements envisagés, particulièrement pour renforcer les structures de prestation de services directement par les municipalités et, finalement, sans un ajournement des prix attribués par le SUS aux actes médicaux, ce système restait très dépendant des fournisseurs privés, surtout de quelques groupes (anesthésiologistes et traumatolo-orthopédistes) dont nous avons déjà mentionné le pouvoir de pression. La brèche ouverte aux paiements de prix différenciés constituera la marque emblématique des relations public/privé dans le SUS-RN où l'état fédéré et les municipalités en GPSM (surtout Natal) restent toujours en quête de ressources supplémentaires pour financer leurs dettes envers les fournisseurs de services du réseau privé/philanthropique de santé, en dépit des autres questions également importantes à résoudre dans le système de santé.

Malgré la priorité accordée aux services de première ligne, le SUS-RN restait l'image d'une «*schizophrénie institutionnelle*», manquant de mécanismes d'intégration entre les soins de première ligne et ceux de moyenne et haute complexité, dont le support était absolument nécessaire pour assurer la complétude et la continuité des soins dans le système. L'universalisation de l'accès aux soins de première ligne prétendue n'était pas accompagnée de

---

<sup>185</sup> Les longues files d'attente, les couloirs des hôpitaux gonflés de patients, l'insatisfaction généralisée, les reportages négatifs réalisés par la presse, menaçaient la crédibilité du SUS.

la communication absolument essentielle entre les divers niveaux de complexité des soins du SUS. Ainsi, le système qui assurait des médicaments très chers (de dernière génération), des examens d'un coût fort élevé et des chirurgies très sophistiquées était le même qui réprimait une large demande où des outils nécessaires manquaient pour fournir des soins de première ligne efficaces, généralisés et de bonne qualité. Le retour au niveau de base du système après la réalisation d'une chirurgie ou d'un examen par un spécialiste n'avait pas l'assurance d'une bonne continuité du traitement, car il n'existait aucune communication entre ces niveaux, surtout quand le patient était traité dans un établissement privé, sans compromis avec une logique systémique de soins, mais plutôt avec un traitement individualisé et le profit résultant des actes médicaux. Alors, le dilemme de l'équilibre entre les logiques de régulation devenait central et l'allocation des ressources priorisant les services de première ligne et de haute complexité laissait une marge à un grand territoire d'exclusion.

Dans ce contexte généralisé au niveau national, le MS commence à rediscuter le processus de construction du SUS. Le nouveau ministre de la santé voulait laisser une marque de sa gestion et invite le CONASS et le CONASEMS à l'élaboration d'une nouvelle norme opérationnelle où les problèmes d'intégration du système et de restauration des fonctions de l'état fédéré (en tant que gestionnaire et coordinateur des politiques de santé dans son territoire) sont à l'ordre du jour. Toute l'année 2000 sera consacrée aux discussions et négociations sur l'opportunité d'une nouvelle NOB. Les groupes présents à ces débats se divisaient autour de deux positions majoritaires : la « *municipaliste* » et la « *fédéraliste* ».

Les municipalistes optaient pour une très large autonomie des municipalités comme responsables pour la gestion de « *systèmes municipaux de santé* ». Selon ces acteurs, la décentralisation devait aller jusqu'au bout, sans contraintes centralistes à l'expression du pouvoir local. L'organisation du réseau de services était une question d'établissement d'ententes conclues librement entre les municipalités. Les municipalistes ont réussi l'hégémonie sur les politiques de santé jusqu'en 2001; les NOBs 1993 et 1996 étaient clairement influencées par cette vision.

La position fédéraliste mettait l'accent sur le besoin d'un équilibre entre les trois échelons du gouvernement. Les fédéralistes prétendaient que la grande majorité des municipalités très petites ne possédaient pas les conditions, ni les moyens de développer l'ensemble des services de santé dont leurs populations avaient besoin. Ainsi, sans une coordination des rapports intermunicipaux par le Secrétariat à la Santé de l'état fédéré, il existait un grand risque d'« *atomisation* » des politiques de santé du SUS. Il fallait alors restaurer le pouvoir des états fédérés pour assumer la coordination et régulation du système de santé et établir un nouveau pacte fédératif entre les sphères de gouvernement, afin d'assurer l'intégration nécessaire à l'accès intégral aux soins et services du SUS.

Au début de 2001, le MS publiera la première version de la « *Norme opérationnelle des soins de santé* »<sup>186</sup> » (NOAS/2001). Son objectif vise à : « *établir le processus de régionalisation comme stratégie de hiérarchisation des services de santé et de recherche de*

---

<sup>186</sup> Les NOBs réglementaient le processus de décentralisation de la santé. La nouvelle norme opérationnelle du MS changera de nom et de sigle parce que la NOAS/2001 concerne la décentralisation des soins.

*l'équité* » (Ministério da Saúde, 2001). Le discours révèle le changement d'orientation par rapport aux normes précédentes, mettant l'accent sur l'organisation des soins et la restauration des fonctions de l'état fédéré comme coordinateur et agent régulateur des politiques de santé :

*«(...) élargir l'emphase sur la régionalisation et l'augmentation de l'équité, en cherchant à organiser des systèmes de santé fonctionnels, avec tous les niveaux de soins, pas nécessairement confinés aux territoires municipaux et, alors, sous responsabilité de coordination de l'état fédéré» (Ministério da Saúde, 2001).*

Cette norme résultera du grand et long débat entre les trois échelons de gestion du SUS, pendant toute l'année, les disputes entre les fédéralistes et les municipalistes radicaux servant de toile de fond. L'influence dominante des fédéralistes du MS restera hégémonique dans la NOAS/2001; aussi la régionalisation signale-t-elle un mouvement de recentralisation en cours. Malgré l'absence de consensus, car le CONASS et le CONASEMS ont refusé plusieurs propositions du MS, ce dernier a finalement décidé de façon unilatérale de publier sa version de la norme (Carvalho, 2001).

La NOB/1996 avait introduit des innovations importantes concernant le renforcement institutionnel des municipalités comme gestionnaires de la santé et en effectuant les premiers pas vers le changement du modèle d'organisation et de prestation des soins et services de santé, à travers le PSF. Par contre, les incitations économiques visant l'augmentation de la productivité locale ainsi que l'élargissement des responsabilités municipales ont provoqué une compétition entre les municipalités pour s'assurer les ressources fédérales. La NOAS/2001 change le discours quant à la coopération entre les municipalités et les trois échelons du gouvernement brésilien, en récupérant la notion d'économie d'échelle en tant que

reconcentration des ressources (Teixeira, 2002). Ainsi, le MS cherchera, par la NOAS/2001, à atteindre la globalité des soins par l'implantation de « *systèmes micro régionaux de santé* » basés sur la coopération entre les gestionnaires impliqués, la territorialisation, la définition de la clientèle, les mécanismes de communication et le flux des interrelations. Ces systèmes seraient organisés en réseau et les états fédérés, divisés en territoires correspondant aux niveaux disponibles de complexité technologique en santé : les « *modules de soins* », les « *microrégions* » et les « *macrorégions de santé* ».

Toutes les municipalités offriraient une gamme complète de services de première ligne. Ces dernières seraient rassemblées en modules de soins dont la couverture par services de moyenne complexité-1<sup>187</sup> serait assurée. Ces modules seraient regroupés en microrégions autonomes par rapport à l'offre de tous les services de moyenne complexité. Finalement, quelques microrégions constitueraient ensemble une macrorégion, territoire qui réunirait des conditions matérielles, technologiques et scientifiques suffisantes pour offrir les services de santé avec intégralité, assurant alors des services de haute complexité.

Au moment de son opérationnalisation, la NOAS/2001 subira plusieurs critiques et, pendant tout le deuxième semestre de 2001, elle continuera à être discutée aux niveaux national et local. Il en résultera une révision de cette norme, republiée sous la forme de NOAS/2002. Elle précisera, de façon plus détaillée, les mécanismes de renforcement institutionnel de la gestion de la santé par les états fédératifs, les références intermunicipales et

---

<sup>187</sup> La NOAS/2002 a catégorisé les soins de moyenne complexité selon trois niveaux, du plus simple au plus complexe : m1, m2, m3.

la gestion unifiée des rapports avec les fournisseurs de services du SUS. Ainsi, en 2002, les états fédératifs commencent progressivement à s'«habilitier» aux modalités de gestion prévues par la NOAS/2002, la «*gestion avancée du système de l'état fédéré*» (GASE) et la «*gestion complète du système de l'état fédéré*» (GPSE) et, de façon très hétérogène, à des rythmes très différents, la régionalisation de la santé prend vie sous le souffle d'un nouveau pacte fédératif sur la santé. Les municipalités continuent avec les deux modalités de gestion antérieures, créées par la NOB/96, mais une nouvelle condition de gestion sera créée pour se substituer progressivement à la GPAB : la «*gestion complète des soins de première ligne élargie*» (GPAB-A).

Pour mieux résoudre les problèmes de santé les plus fréquents, en plus d'améliorer l'efficacité des équipes locales de santé, la NOAS/2001 adoptera la stratégie d'élargir le PAB fixe pour financer l'ensemble de quelques activités stratégiques : l'éradication de la maladie de Hansen, le contrôle de la tuberculose, de l'hypertension artérielle et du diabète mellite, les soins à la santé des enfants, des femmes et à la santé buccale. Les municipalités qui voulaient offrir et gérer ces soins devaient auparavant se faire habilitier dans la GPAB-A. Ces municipalités recevraient alors un incitatif économique de base «*per capita*», connu sous le nom de «*PAB élargi*», lequel serait ajouté au PAB fixe et transféré de façon automatique, du FNS aux FMS, à chaque mois<sup>188</sup>.

---

<sup>188</sup> Du Fonds national de santé aux fonds municipaux de santé.

La NOAS a apporté quelques nouveautés que nous pouvons souligner :

- Des nouvelles modalités de gestion pour les états fédérés, la «*gestion avancée du système de santé de l'état fédéré*» (GASE) et la «*gestion complète du système de santé de l'état fédéré*» (GPSE);
- Une nouvelle modalité de gestion pour les municipalités, la «*gestion complète des soins de première ligne avancée*» (GPAB-A);
- Le renforcement de la PPI (outil de gestion créé par la NOB/96) qui devient obligatoire et constitue un préalable aux habilitations des états fédérés;
- La création d'un «*Plan directeur de régionalisation*» (PDR), outil de gestion pour le développement du processus de régionalisation ainsi que la constitution d'un réseau intégré des services de santé regroupant les services municipaux et inter-municipaux de santé et coordonné par les états fédérés;
- La définition des formes possibles de territoires et des mouvements des ressources, informations, technologies, connaissances : les «*modules de soins*», les «*microrégions*», les «*macrorégions*», les «*régions de santé*»;
- La création d'autres outils de gestion, comme le «*Plan directeur d'investissements*» (PDI) et l'«*Agenda de santé*»;
- La création du «*PAB élargi*», incitatif économique accordé aux municipalités en GPAB-A pour assumer quelques activités stratégiques.

Au RN, la discussion sur la NOAS/2001 sera effectuée par quelques groupes de technocrates à l'intérieur du SSE-RN. Ces derniers partageaient les directives de



régionalisation et de hiérarchisation des soins dans le territoire de l'état fédéré, ainsi que la perception que le SSE-RN devait assumer la coordination de ce processus. Mais ils comprenaient que la NOAS/2001 resterait très difficile à implanter sans l'appui du secrétaire à la Santé de l'état fédéré et sans l'engagement institutionnel du SSE-RN et de l'ensemble de ses technocrates<sup>189</sup>. En plus, cette norme exigeait une grande connaissance des réalités microrégionales et une grande habileté et disposition à la négociation pour réussir dans un processus d'implantation très complexe<sup>190</sup>, à la fois technique et politique. L'engagement des municipalités et des structures régionales du SSE-RN de même que leur disposition à coopérer devenaient également fondamentales pour permettre le fonctionnement d'un tel projet. En plus, la NOAS/2001 prétendait encadrer la multiplicité des réalités nationales hétérogènes à l'intérieur d'un modèle unique d'organisation de services, pourtant le terrain montrait les limites de son application. Dans la CIB-RN, cette norme sera présentée tout juste après sa publication, mais la dynamique d'allocation des ressources absorbait tellement le quotidien des gestionnaires que le COSEMS-RN passera huit mois sans s'occuper de son opérationnalisation et des difficultés qui en découlent. Par contre, le secrétaire à la Santé du RN énonçait une position claire quant à la NOAS/2001, face aux fortes pressions auxquelles il était soumis.

*«Le secrétaire à la Santé du RN a remarqué que le plafond financier de l'état fédéré lui cause plus de préoccupations que l'implantation de la NOAS, car il est soumis à des pressions quotidiennes des fournisseurs de services, sans disposer des moyens financiers pour les supporter, parce que le SSE-RN est*

---

<sup>189</sup> À ce moment, les groupes de technocrates attachés aux coordinations de planification et de promotion de la santé sont les seuls motivés à développer ce type de projet dans le SSE-RN.

<sup>190</sup> La NOAS/2001 était très complexe, riche en outils de gestion, planification, contrôle et évaluation des réseaux de soins à implanter, tels que : le Plan de développement régional (PDR), le Plan de développement d'investissements en santé (PDI), la Programmation négociée et intégrée (PPI), le Pacte des soins de première ligne, les Agendas de la santé de l'état fédéré et des municipalités.

*déjà occupé à établir un autre budget<sup>191</sup> ».*

Dans la période où les gestionnaires du SSE-RN et des municipalités souffraient des pressions du MS pour appliquer la NOAS/2001, ce ministère leur demandait également d'implanter divers outils de gestion et programmes de santé<sup>192</sup>. L'implantation simultanée de toutes ces activités élaborées par des secteurs différents du MS, de façon fragmentaire et verticale (sans communication interne dans le MS, ni externe, avec les états fédérés et municipalités), contribuait à la surcharge de travail des équipes du SSE-RN et des SMS, dificultant les discussions et compromettant ainsi l'opérationnalisation de la NOAS/2001. En plus, le MS accordait des très courts délais pour l'implantation de ces activités et programmes, soumis aussi aux procès d'habilitation approuvés par la CIB-RN.

Le processus de discussion de la NOAS/2001 et la planification et programmation des réseaux de soins régionalisés seront réalisés de façon centralisée dans le SSE-RN<sup>193</sup> qui demandait aux municipalités de remplir les formulaires de programmation élaborés par le MS. Ces dernières commencent alors à émettre des plaintes sur leurs difficultés techniques à remplir ces formulaires et nourrir les banques de données informatisées. En plus, les municipalités se

---

<sup>191</sup> Procès verbal de la 95<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 13 juin 2001.

<sup>192</sup> Entre autres initiatives correspondant à des anciennes demandes spécifiques du secteur de la santé : la Carte SUS, le Programme de soins pharmaceutiques, le Réseau stratégique de services de santé mentale, le Programme de santé buccale, le Programme d'épidémiologie et contrôle des maladies, le Programme de combat aux carences nutritionnelles, le Programme de surveillance sanitaire et nutritionnelle, le Programme de bourses alimentaires.

<sup>193</sup> Une commission de technocrates du SSE-RN sera chargée du travail d'élaboration des priorités et du dessein des macro et microrégions de santé, ainsi que des flux de patients et de la définition des sièges des modules de soins. À la fin du mois d'août, ils seront présentés au CES-RN et à la CIB-RN quelques documents : l'« *Agenda des priorités de santé de l'état fédéré* », le « *Plan directeur de régionalisation* » (PDR), les « *Stratégies opérationnelles de réorganisation du système de santé au RN* ». À ce propos consulter : Acte de la 97<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 29 août 2001.

disent confuses, car les technocrates du SSE-RN avaient des divergences à propos des standards à utiliser pour l'élaboration du «*Plan directeur de régionalisation*» (PDR). Dans les réunions de la CIB-RN commencent à surgir les préoccupations quant aux conditions de viabilité d'implantation de la NOAS/2001 sans l'injection de nouvelles ressources, en ce qui concerne particulièrement la moyenne complexité : les remarques sur le besoin de surmonter la logique purement normative et documentaire dominante dans les politiques de santé<sup>194</sup>; la conviction que le dessein de la régionalisation ne correspondait pas seulement à un travail purement technique, limité aux technocrates et professionnels, l'exigence d'ententes et une large négociation politique pour surmonter les conflits entre les municipalités.

*«Le Dr I.C a dit que le SSE-RN avait commencé avec une proposition initiale et que celle-ci devait évoluer vers une Programmation négociée et intégrée (PPI). Elle a mentionné la réalisation d'une analyse en profondeur des données, en essayant de trouver le standard le plus adéquat pour travailler. C'est le moment d'exprimer ses doutes à propos du PDR, profitant de la présence du Dr F., technocrate du MS. (...) Le Dr G. a remis en question le fait que la municipalité de Pedro Avelino devienne le siège de module de soins, parmi quinze municipalités, même en reconnaissant sa force politique. Le Dr S.C. mentionne que cette municipalité a été choisie au cours d'une réunion de la CIS régionale. (...) Le Dr J.F., a remarqué que la commission du COSEMS-RN continue les discussions sur le PDR, mais il considère toutefois difficile de se prononcer en faveur de ce plan. Il y a encore des municipalités qui ne tiennent pas à être reliées à d'autres, tel que prévu. Le Dr F. a communiqué que le MS a accordé un délai jusqu'au 31 décembre pour le travail des municipalités, mais qu'il doutait de la possibilité de respecter ce délai. Le secrétaire à la Santé du RN a été favorable à une votation pour l'approbation immédiate du PDR, même sans les corrections proposées, en remettant la rédaction du texte final à la semaine suivante<sup>195</sup>».*

---

<sup>194</sup> Le cas échéant les «*pactes de responsabilité*» entre les municipalités pourraient devenir des documents totalement vides de sens pratique.

<sup>195</sup> Procès verbal de la 99<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 13 décembre 2001.

En même temps que les états fédérés et les municipalités émettaient des critiques quant aux difficultés d'opérationnalisation de la NOAS/2001, le CONASS et le CONASEMS passeront tout le deuxième semestre de cette année à discuter avec le MS des possibilités de changements, visant la flexibilité de la norme pour réussir à l'adapter aux diversités régionales. Finalement, la NOAS sera rééditée en 2002 et, malgré une tendance au centralisme normatif, elle tiendra en compte des critiques en viabilisant le début du processus de régionalisation dans les états fédérés.

Les difficultés d'implantation de la NOAS/2001 au RN étaient associées aux problèmes spécifiques du SUS-RN ainsi qu'aux problèmes généraux d'ampleur nationale relatifs au financement du système, au modèle d'organisation des services et au pacte fédératif brésilien, entre autres. Malgré son approbation par la CIB-RN, à la fin de 2001, le PDR montrait plusieurs problèmes d'ordre technique et surtout politique. Face au nouveau contexte d'implantation de la NOAS/2002, la commission du SSE-RN qui en est responsable a décidé de s'adjoindre la participation d'autres acteurs<sup>196</sup> et de reprendre le PDR, en attendant de résoudre les problèmes générés par la réalisation de la Programmation négociée et intégrée (PPI). Considérant que l'essentiel de la NOAS/2001 persistait dans la version 2002, cette commission poursuivra son travail, malgré les difficultés institutionnelles existantes.

*«(...) lorsque je suis arrivé, le train était déjà en marche, il était déjà loin, il fallait jouer au jour le jour et, en plus, courir pour le rattraper en mouvement. J'ai commencé à passer le nouveau message au gouvernement*

---

<sup>196</sup> À la commission d'implantation de la NOAS/2002 s'ajoutent des représentants du COSEMS-RN, du NESC-UFRN et du SMS de Natal.

*de l'état fédéré, au secrétaire à la Santé et même au gouverneur, qu'il fallait suivre ce chemin parce que c'était l'unique à emprunter et, en plus, il représentait des avantages politiques. (...) Pour arriver à travailler dans la NOAS, nous avons adopté ce type de discours. On ne pourrait pas expliciter chaque élément de façon détaillée parce qu'il y aurait un retour aux histoires comme : Ah! Non! Je perdrais du pouvoir, ça ne m'intéresse pas. Ou encore : Je ne peux plus décider sur X ? Que puis-je ou ne puis-je pas réaliser avec cet argent? De cette façon, on ne pourrait rien faire<sup>197</sup> ».*

Le SSE-RN priorisait les soins médicaux encore sous leur espace de gestion ou d'administration (les hôpitaux étatiques, les actes médicaux de moyenne et de haute complexité). Là, se situait le noyau dur de cette institution qui résistait aux changements; les actions clientélistes pouvaient s'y exprimer librement, sans les contrôles de la CIB-RN et du MS. Malgré le fait que l'allocation des ressources et la définition des plafonds financiers des hôpitaux et des cliniques responsables pour la prestation de ce type de soins soient décidées par la CIB-RN, après l'analyse des dossiers par une commission de monitoring du Plafond financier de l'état fédéré, les services de moyenne et de haute complexité constitueront des détours que le SSE-RN empruntera pour exercer des pratiques clientélistes auprès des patients et soutenir les demandes des politiciens dans l'espace institutionnel de la santé.

Le SSE-RN était le responsable pour administrer la partie des ressources des municipalités en GPAB destinées aux soins de moyenne et de haute complexité hors de leurs territoires. Les ressources insuffisantes constituaient une contrainte à l'accès à ces services, résultant en demande réprimée, en longues files d'attente et contrôles bureaucratiques qui favorisaient le jeu clientéliste dans le SSE-RN. Ainsi, les patients devaient se rendre aux

---

<sup>197</sup> Ex-coordinatrice de planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

cabinets des autorités de ce secrétariat afin de recevoir une autorisation pour la réalisation de l'acte médical dans un établissement de santé. Maintes fois, les relations patient/autorité s'établissaient par l'intermédiaire d'un politicien qui rendait ainsi une «*faveur*» à son client. Parfois, les maires ou les secrétaires municipaux de santé allaient directement aux cabinets des autorités du SSE-RN avec les demandes d'autorisation des soins pour leurs citoyens.

*«Ces ressources restaient ici, sous la gestion de l'état fédéré. Mais il n'y avait aucun document pour assurer que les services de moyenne complexité d'une municipalité (les ultrasons, les examens plus complexes) seraient rendus à leurs citoyens. Ces derniers auraient besoin de supplier, comme toujours dans le SSE-RN, aller à un cabinet pour obtenir un examen, une faveur. Pour réussir à obtenir une résonance magnétique, il faut avoir des amis, pour arriver au cabinet de l'autorité. (...) Cette pratique va à l'encontre des principes de base de la citoyenneté, de l'accessibilité et de la dignité humaine. Un citoyen doit souvent rester toute une nuit sans dormir dans une file à attendre pour l'autorisation d'un examen de moyenne ou de haute complexité...<sup>198</sup>»*

Nous avons déjà mentionné l'utilisation des hôpitaux de l'état fédéré pour répondre aux demandes clientélistes des maires et députés<sup>199</sup> et le détournement de leurs patients aux hôpitaux privés (surtout de traumatologie-orthopédie) qui persisteront, malgré les conflits engendrés éventuellement avec le SSE-RN et le SMS de Natal. De plus, la tendance nationale de mettre la priorité sur les services de première ligne, à travers le PSF, ne recevra aucun appui de l'état fédéré, leur croissance dépendant des incitatifs économiques du MS et des pressions du COSEMS-RN pour leur implantation dans les municipalités.

---

<sup>198</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>199</sup> Comme nous l'avons déjà vu, ce type classique de clientélisme existait dans un réseau dont les députés, maires, leaders communautaires présentaient les soins comme des «*faveurs*» échangées contre les votes des clients.

Le secrétaire à la Santé du RN arrivera à la fin de son mandat sans réussir à accomplir les projets énoncés au début de sa gestion : la «*privatisation*» de la gestion des hôpitaux de l'état fédéré et l'assainissement financier du SSE-RN. Le premier de ces projets sera abandonné, au cours de la deuxième année de son mandat, quand il commence à comprendre la complexité du champ social de la santé. Les hôpitaux étatiques n'attirent pas les entrepreneurs de la santé, car ils apportent plus de problèmes que de profits. Il vivra même des affrontements directs avec le secteur privé conventionné qui refuse de fournir des services de moyenne complexité et exige des paiements différentiels au-delà des possibilités du budget du SSE-RN, déséquilibrant les programmations réalisées.

En 2002, la commission d'implantation de la NOAS se consacrera à élaborer plusieurs documents de programmation prévus par cette norme; ces derniers seront approuvés par la CIB-RN à la fin de l'année<sup>200</sup>. L'approbation par la CIB-RN de la création de la macrorégion de «*Paus dos Ferros*», dont la municipalité portant le même nom était le pôle, constituera un problème transmis à la prochaine gestion du SSE-RN. Cependant, l'approbation de l'habilitation du SMS/Pau dos Ferros en GPSM selon les critères de la NOAS/2002 et le Budget global à être transféré par le MS à cette municipalité pour faire face aux soins de première ligne, moyenne et haute complexité représentera un de grands enjeux du SUS-RN pendant 2003.

---

<sup>200</sup> Seront approuvés en bloc : l'Agenda de santé de l'état fédéré, le Tableau des buts de la santé, le Plan directeur de régionalisation (PDR), le Plan directeur d'investissements en santé (PDI), les Standards, directives et macro-allocation de la PPI/RN. Consulter : Procès verbal de la 108<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 27 novembre 2002.

## Chapitre 9. Régionalisation: une voie pour l'intégration ?

### 9.1. Les signes de changement

Après plus de dix ans de gouvernements néolibéraux, la population brésilienne se montrait très insatisfaite face aux conséquences subies à cause d'une soumission des politiques sociales aux ajustements économiques visant le contrôle de l'inflation et de la dette publique. Le Plan Real est suivi d'une période de relative stabilité économique et même d'une certaine récupération de l'économie; progressivement, la réduction des dépenses sociales, entre autres politiques néolibérales du gouvernement fédéral, contribue à la stagnation de l'économie, à l'augmentation des inégalités et à l'exclusion sociale. Les élections à la présidence de la république seront marquées par les signes du changement et de la permanence. La peur du retour de l'inflation correspondait à l'argument conservateur, mais la grande attente de changements dans la conduction des politiques économiques et sociales, entre autres enjeux significatifs pour la société brésilienne, ont mené à la victoire du candidat de la gauche. Le nouveau président élu soutenait un fort discours pour le combat à la misère et la remontée de l'économie accompagnée de l'inclusion sociale; il tenait intensément à l'équilibre entre une politique responsable du contrôle de l'inflation et le retour à la croissance de l'économie, des emplois, des investissements dans le social.

Pendant cette année électorale, une grande mobilisation des associations de la société civile exigeait des candidats une prise de position par rapport à ces changements d'orientation. Dans le domaine de la santé, le «*Conseil national de santé*» (CNS), l'ABRASCO et le CEBES ont élaboré des documents critiques du modèle économique et social développé par le



gouvernement néolibéral antérieur qui menait à l'exclusion sociale; ils réaffirmaient aussi leur appui aux principes de la réforme sanitaire. Ces documents exigeaient des changements concernant le financement de la santé (augmentation des ressources, application de la EC-29 et une allocation vouée à l'équité) et le modèle d'organisation des services dans la direction de l'intégralité des soins et de l'imputabilité des gestionnaires de la santé, entre autres questions (ABRASCO, 2002; CEBES, 2002; CNS, 2002). Jusqu'à 2002, le CNS adoptait une position de confrontation face aux gouvernements néolibéraux successifs, surtout par rapport au MS, soutenant les changements dans le système de santé qui allaient dans le sens des principes réformistes à l'origine du SUS. Cette position était majoritaire à l'intérieur des divers secteurs de la société civile représentés dans le CNS<sup>201</sup>.

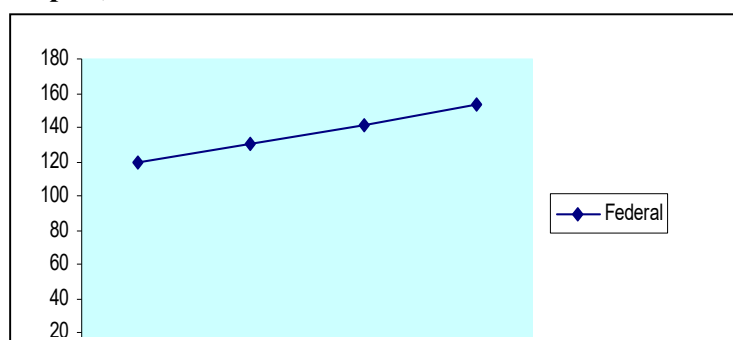
Au plan de la santé, les signes de changements seront annoncés par le MS, juste après la nomination du nouveau ministre : une équipe renouvelée dont plusieurs membres du mouvement réformiste occuperont des postes clés; une réforme administrative se mettra en place pour rendre la structure de ce ministère moins fragmentée; les déclarations du ministre indiquent qu'il poursuivra les politiques de priorité aux services de première ligne et de régionalisation/intégration des soins; au renforcement des instances collégiales de gestion (conseils de santé et commissions intergestionnaires) et l'emphase mise sur la construction d'un nouveau pacte de gestion du SUS basé sur la coopération plutôt que sur la concurrence.

---

<sup>201</sup> Le CNS constitue un acteur collectif important dans la défense des idéaux réformistes au plan national. Il faut mentionner que la Commission intergestionnaires tripartite (CIT) a été créée à partir d'une délibération de ce conseil, accordée après des demandes des gestionnaires des états fédérés et municipalités. Mais, dans un même contexte historique, les mouvements des acteurs sociaux dans le champ social de la santé peuvent être asymétriques aux niveaux national et étatique; quelquefois, ils prenaient des directions opposées. Par exemple, comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, au RN, c'était à la Commission intergestionnaires bipartite (CIB) d'exercer des pressions pour la création du Conseil de santé de l'état fédéré (CES-RN).

Le financement du secteur de la santé était encore vu comme l'un des nœuds critiques du SUS. Après l'approbation de l'amendement constitutionnel 29 (EC-29), à partir de 2001, il y aura une petite récupération du budget de la santé<sup>202</sup>. Cette amendement constitutionnel déterminait un budget minimum pour les trois échelons du gouvernement afin de constituer le budget national du SUS. Les réformistes en attendaient la solution au problème de la stabilité des sources de financement, assurant ainsi un minimum de ressources au système de santé. Après son approbation, en attendant sa réglementation par une loi spécifique, des mécanismes de composition du budget du SUS furent établis jusqu'à 2004. Malgré le fait que l'EC-29 n'ait pas été réglementé jusqu'à ce moment, nous observons que le MS, les états fédérés et les municipalités ont suivi les directives, sous forte surveillance des instances collégiales de gestion du SUS. Ainsi, jusqu'en 2004, le MS augmentera les dépenses per capita pour la santé (Figure 14).

**Figure 14. Dépenses publiques fédérales de santé, per capita, 2000 - 2004**



Source : SIOPS/DATASUS, 2005.

---

<sup>202</sup> EC-29 sera sanctionné en 2000 et ses effets se feront sentir dans les budgets de santé des gouvernements, à partir de 2001.

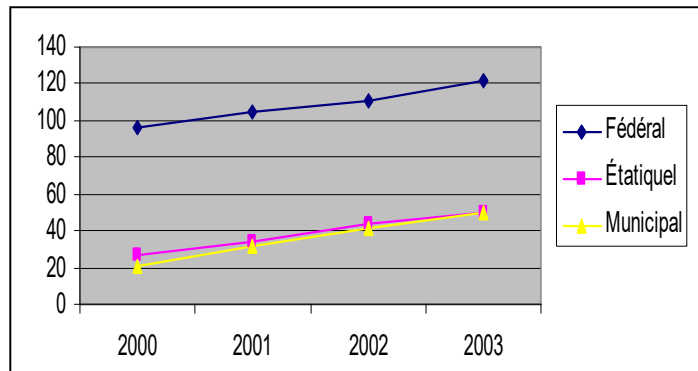
Après l'approbation de l'EC-29, en suivant la tendance d'une modeste croissance du financement fédéral des dépenses publiques de la santé, les états fédérés et les municipalités augmenteront leur participation, les municipalités dépensant un peu plus que les états fédérés, même si tous deux demeurent très dépendants du financement fédéral (Figure 15). Au Nord-est, le comportement des dépenses gouvernementales ressemblera à ce que nous pouvons constater au pays; les transferts des ressources fédérales seront toutefois beaucoup plus maigres que la moyenne nationale (figure 16). Au RN, nous pouvons observer que l'état fédéré a une participation plus grande que celle des municipalités; les écarts entre les échelons de gouvernement n'apparaissent pas très accentués. Malgré les faibles ressources transférées par le gouvernement fédéral au RN, ils seront plus expressifs que la moyenne de la région Nord-est (Figure 17).

**Figure 15. Dépenses publiques de santé par habitant au Brésil, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003**



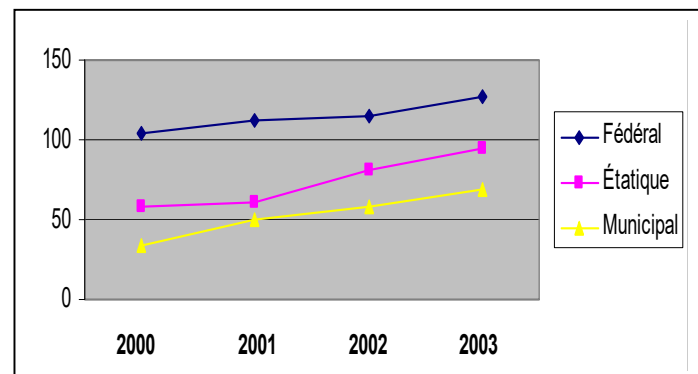
Source : DATASUS/MS, 2005.

**Figure 16. Dépenses publiques de santé par habitant au Nord-est du Brésil, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003**



Source : DATASUS/MS, 2005.

**Figure 17. Dépenses publiques de santé par habitant au RN, en R\$ 1000,00, financées par chaque échelon gouvernemental, 2000 - 2003**



Source : DATASUS/MS, 2005

Le «*Département d'appui à la décentralisation*» (DAD) du MS a émis des critiques sur la gestion antérieure de ce processus, fortement centralisée et normative, stimulant la compétition intermunicipale, entre les municipalités et les états fédérés. Même en faisant des critiques à la NOAS/2002, ce département du MS accorde la priorité à l'habilitation des états

fédérés (la majorité de ceux-ci écartés du processus, comme le RN<sup>203</sup>) et à l'établissement d'un dialogue en vue d'établir un nouveau pacte de gestion entre les différents échelons du SUS. L'idée de la régionalisation comme voie vers l'intégration du système n'était pas perçue comme opposée à celle de la municipalisation. Le DAD/MS reconnaissait que l'état fédéré devait tenir un rôle important dans le système de santé, à savoir la coordination du processus de régionalisation, l'appui technique aux municipalités et la régulation du système. Ce secteur du MS entreprend des démarches pour réussir à impliquer les SSE dans le nouveau pacte de gestion, cherchant à leur démontrer les avantages de leurs habilitations selon la NOAS/2002, comme l'augmentation des plafonds financiers, les transferts automatiques fonds à fonds et, conséquemment, l'autonomie de gestion. À la fin de 2004, tous les états fédérés étaient habilités dans l'une des conditions de gestion prévues par la NOAS/2002 et six cent cinquante municipalités brésiliennes étaient habilitées dans la GPSM; les transferts des ressources fédérales fonds à fonds s'élevaient alors à 90%<sup>204</sup>. Mais, 10% des ressources fédérales destinées à la santé étaient encore destinées par les amendements parlementaires au budget<sup>205</sup>. Ces amendements étaient élaborés de façon isolée, dans les cabinets des députés et sénateurs, sans aucune relation avec la rationalité du système, maintes fois en contradiction avec les directives du MS et des autres niveaux de gestion du SUS.

*«Je dirais que les amendements des parlementaires, pour la plupart, sont voués à la construction d'hôpitaux dans des municipalités de petite taille, où il n'y a pas de place pour un hôpital; ou encore, ils appuient des projets*

---

<sup>203</sup> Selon le témoignage de l'ex-coordonateur du DAD/MS, en entrevue avec l'auteur, à peine 10 états fédérés étaient habilités dans une des conditions de gestion prévues par la NOAS, en 2003. Le Brésil compte 27 états fédérés et un District fédéral (Brasília).

<sup>204</sup> Selon le témoignage de l'ex-coordonateur du DAD/MS, en entrevue avec l'auteur.

<sup>205</sup> Selon le témoignage de l'ex-coordonateur du DAD/MS, en entrevue avec l'auteur.

*pour la croissance, le renforcement, l'équipement de quelques hôpitaux déjà existants, mais sans être inscrits dans la logique de régionalisation. (...) Un autre problème est relatif à la moyenne complexité. Quelquefois, il y a des résistances au plan politique, au niveau des municipalités et des gestionnaires, lesquels ne veulent pas perdre le contrôle sur cet équipement, dans les établissements de santé fédéraux qui subissent des pressions politiques des municipalités et des politiciens régionaux/municipaux, lesquels tendent à allouer des ressources pour ces hôpitaux, au moyen d'amendements parlementaires, totalement en désaccord avec la proposition de rationalisation du système<sup>206</sup>».*

## **9.2. Les enjeux de la régionalisation au RN : le cas de Pau dos Ferros**

Au RN, un nouveau gouvernement sera élu aussi par une coalition de partis politiques plus à gauche, avec l'appui du nouveau gouvernement fédéral, mais aussi d'un secteur des oligarchies locales<sup>207</sup>. Une autre fois, le premier secrétaire à la Santé de Natal sera désigné pour occuper le poste de secrétaire à la Santé du RN. Cette fois, il prendra comme assesseurs deux ex-présidents du COSEMS-RN pour l'aider au travail politique et technique de reprendre le projet de transformation du SSE-RN, en assumant leurs fonctions dans le pacte fédératif établi au sein du SUS. D'abord, quelques enjeux s'annonçaient comme significatifs pour cette gestion : l'habilitation du SSE-RN selon la NOAS/2002, ce qui marque leur retour au projet de construction du SUS; la coordination de la régionalisation et de l'organisation d'un réseau des soins dans l'état fédéré; l'augmentation du plafond financier du RN et son partage avec les municipalités; la définition des règles d'allocation des ressources aux services publics et au secteur privé/philanthropique; la redémocratisation du SUS-RN, en renforçant le Conseil de la santé de l'état fédéré (CES-RN), tout à fait écarté par les gestions successives du SSE-RN après

---

<sup>206</sup> Membre du NESC-UFRN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>207</sup> Le mandat du nouveau gouverneur correspond à la période 2003-2006.

1997<sup>208</sup>, et enfin, les problèmes du SUS avec le pouvoir judiciaire.

Au début de la gestion, la nouvelle équipe du SSE-RN sera surprise par la réduction du budget de la santé de l'état fédéré résultant de l'approbation de l'enveloppe budgétaire fixée par la CIB-RN au SMS de Pau dos Ferros. Au moment de l'élaboration de la carte de la régionalisation du SUS-RN, l'équipe antérieure du SSE-RN responsable pour l'implantation de la NOAS/2002 a défini quatre macrorégions de santé, dont la quatrième était celle du Alto Oeste. La municipalité de Pau dos Ferros sera choisie pour être le pôle de cette macrorégion (37 municipalités) et aussi le siège d'un module de soins (22 municipalités). Cette macrorégion comptait quatre modules de soins, chacun tenant pour siège une municipalité. Les 37 municipalités seraient responsables pour les soins de première ligne, la couverture des soins de moyenne complexité-1 à leur population respective tombant sous la responsabilité des municipalités sièges des modules de soins. Dans le cas de Pau dos Ferros, le SMS se disait prêt à assumer l'offre de soins de moyenne complexité-1 à leurs 22 municipalités satellites et la responsabilité de couvrir les 37 municipalités de la macrorégion pour les soins de moyenne complexité-2 et 3 et de haute complexité.

Le SMS de Pau dos Ferros ne possédait pas une structure de soins capable de soutenir ce projet ambitieux dans le système de santé. Les gestionnaires de cette municipalité argumentaient que les citoyens de la région Alto Oeste étaient suffisamment éloignés de

---

<sup>208</sup> La CIB-RN a été consolidée comme instance collégiale de décision du SUS, par la force politique de leurs membres, tous des secrétaires à la Santé des municipalités appuyés par l'ensemble des maires de l'état fédéré. Par contre, le CES-RN aura beaucoup de difficultés pour s'affirmer en tant que mécanisme formalisé de gestion sociale, en comptant sur une société civile fragile. L'appui des secrétaires à la Santé de l'état fédéré devenait alors essentiel au fonctionnement du CES et au respect de leurs délibérations.

Mossoró et de Caicó, les villes les plus près et bien équipées de cette région et qu'ils méritaient de bénéficier d'un pôle de développement régional du SUS-RN pour faire face à leurs problèmes de santé. Ainsi, orienté par quelques technocrates du SSE-RN, le SMS de Pau dos Ferros a demandé à la CIB-RN son habilitation en gestion complète du système municipal (GPSM), selon les critères de la NOAS/2002. À titre de consultants de ce secrétariat municipal à la Santé, ces technocrates du SSE-RN ont assuré que les ressources transférées par le MS seraient suffisantes pour investir dans la structure de soins nécessaire pour que Pau dos Ferros puisse s'établir comme pôle de la macrorégion. Dans le Plan directeur de régionalisation (PDR), l'équipe de technocrates du SSE-RN a attribué à Pau dos Ferros une population qui, en réalité, correspondait à celle de l'ensemble des municipalités de la macrorégion Alto Oeste, à laquelle cette municipalité assurait d'offrir des soins de moyenne et de haute complexité, tel que prévu dans son Plan municipal de santé. Comme l'un des critères-clés de l'allocation des ressources était la taille de la population, Pau dos Ferros se trouvait à compter sur une population plus large. Par contre, comme nous l'avons déjà vu, les ressources de moyenne et haute complexité des municipalités en gestion complète des services de première ligne (GPAB) étaient assignées au SSE-RN pour payer les fournisseurs de services, la majorité privés/philanthropiques. Alors, assumer la GPSM avec une population qui correspondait à celle de la macro-région signifiait déduire les ressources de moyenne et haute complexité des autres municipalités du budget du SSE-RN.

Cette «hardiesse» de Pau dos Ferros entraînera évidemment des conséquences. D'abord, le contexte en était un d'insuffisance de ressources pour le système de santé, toutes les municipalités et l'état fédéré se disputaient chaque petite somme de ressources additionnelles et



discutaient dans les réunions de la CIB-RN comment faire face aux compromis, aux dettes éventuelles, au besoin d'augmenter le plafond financier de l'état du RN. La NOAS/2002 proposait un changement du modèle d'organisation du système de santé, mais sans beaucoup parler des ressources additionnelles. Ainsi, la création d'un pôle régional serait bienvenue, mais accompagnée de nouvelles ressources pour investir dans la structure, sans toutefois toucher aux ressources des autres municipalités et de l'état fédéré. En plus, le SMS de Pau dos Ferros ne disposait pas des conditions pour offrir toute la gamme des soins de moyenne complexité et, surtout, aucun soin de haute complexité. Ainsi, ce secrétariat a cherché à établir des conventions avec les hôpitaux de l'UFRN et d'autres fournisseurs de soins (tous à Natal) pour couvrir la population de la région Alto Oeste. Mais, du point de vue légal, une municipalité ne pouvait pas établir de contrats avec des établissements de santé dont le siège était dans une autre municipalité; cela signifiait rompre avec le principe de gestion unique par échelon de gouvernement, un gestionnaire ne pouvant se rapporter qu'à un autre. En plus, l'argent additionnel transféré à Pau dos Ferros était destiné à la prestation des soins et le SMS n'avait aucun droit de l'utiliser à sa guise, pour faire des investissements dans sa structure.

En synthèse, pendant la gestion précédente, le dossier d'habilitation et l'enveloppe budgétaire de Pau dos Ferros ont été approuvés par la CIB-RN et les instances fédérales (MS et CIT), après la publication de sa nouvelle condition de gestion, les ressources destinées aux soins de moyenne et haute complexité des municipalités de la macrorégion Alto Oeste ont été soustraits du plafond financier de l'état fédéré et assignées au fonds municipal de la santé de cette municipalité. Pau dos Ferros comptait maintenant sur une somme d'argent que le SMS ne pouvait pas dépenser selon les objectifs qu'il s'était fixés, à cause de contraintes légales. En

même temps, le SSE-RN accumulait des dettes avec les fournisseurs de soins qu'il ne pouvait pas rembourser, car il lui manquait les ressources sur lesquelles il comptait pour ce faire. Pendant une réunion de la CIB-RN<sup>209</sup>, le secrétaire à la Santé du RN a exposé la situation, annonçant que le SSE-RN avait envoyé un document au MS demandant la présence au RN de technocrates de ce ministère pour mieux connaître la situation et prendre des mesures correctives afin d'apporter une solution adéquate au problème. En attendant, il proposait une coupure de 15% des paiements à tous les fournisseurs et la suspension des paiements aux municipalités en GPSM, pour résoudre provisoirement le problème causé par le transfert des ressources à Pau dos Ferros. Évidemment, ces mesures radicales ont provoqué des réactions venant des autres acteurs qui ne voulaient pas subir, eux aussi, des restrictions financières. L'approbation de Pau dos Ferros en GPSM (selon la NOAS/2002) n'était pas remise en question, ni sa condition de pôle de macrorégion et module de soins, mais un consensus existait à l'effet que les ressources destinées à la haute complexité devaient retourner au budget du SSE-RN.

*«Nous avons réalisé une réévaluation de tout ce processus pour ensuite l'acheminer au MS. L'habilitation de Paus dos Ferros en GPSM, selon la NOAS n'était pas remise en question. Mais nous refusons le transfert des ressources du MS à cette municipalité, car elle ne disposait pas des conditions pour offrir des soins de façon intégrale aux 37 municipalités de sa macrorégion. Plusieurs municipalités ont demandé de migrer vers une autre macrorégion, de Mossoró ou de Caicó. (...) Nous ne créons pas un PDR juste en regardant une carte. Il faut respecter les accès naturels de quelques municipalités, les relations qu'elles établissaient les unes avec les autres. Même aujourd'hui, Paus dos Ferros n'est pas capable de fournir des soins de façon intégrale aux municipalités qui sont encore regroupées autour de sa macrorégion». (...) Je crois qu'il y avait de la bonne volonté pour investir.*

---

<sup>209</sup> Procès verbal de la 112<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 9 mai 2003.

*Mais, pendant quelques mois, Pau dos Ferros a reçu une somme de ressources supérieure à sa capacité d'offre de soins, alors ce n'est pas correct. Il faut d'abord structurer le service, puis l'inscrire dans le système et, après, demander le financement pour son exécution. Ainsi, pour investir, il y a des sources de subvention, le programme REFORSUS, le QUALISUS, entre autres conventions qu'on peut établir avec le MS et le gouvernement fédéral. Il ne faut pas prendre l'argent destiné aux soins pour faire des investissements<sup>210</sup>».*

Le secrétaire à la Santé du RN a créé une «*Chambre technique quadripartite*» composée du SSE-RN, du SMS de Natal, de l'UFRN et du COSEMS-RN pour analyser les demandes d'habilitation des municipalités, selon les critères de la NOAS/2002 et d'autres sujets connexes. En même temps, il a réactivé la Commission d'implantation de la NOAS au RN, en visant l'implantation de la régionalisation<sup>211</sup>. Plusieurs démarches seront réalisées pour résoudre la situation plutôt inhabituelle déclenchée par l'habilitation de Pau dos Ferros, spécialement la révision de son enveloppe budgétaire. Le dossier sera d'abord soumis à ces deux nouvelles instances et analysé ensuite au cours d'une réunion avec les technocrates du MS. Finalement, avec la présence des représentants du SMS Pau dos Ferros, la CIB-RN arrivera à une solution : une modification du plafond financier de Pau dos Ferros, en transférant les ressources pour financer les soins de haute complexité au fonds de la santé de l'état fédéré. Les ressources pour les soins de moyenne complexité ne seront pas touchées pour le moment, en attendant une révision de la PPI déjà approuvée par la CIB-RN.

*«Le Dr V.P., secrétaire municipal à la Santé de Pau dos Ferros, reconnaît qu'il avait conscience de l'impossibilité pour cette municipalité à fournir des soins de haute complexité, motif par lequel il a demandé à l'Université fédérale de signer une convention pour une période de trois mois, le temps*

---

<sup>210</sup> Ex-coordonateur de planification, en entrevue avec l'auteur.

<sup>211</sup> Procès verbal de la 110<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 26 février 2003.

*nécessaire pour la conclusion du processus d'habilitation de l'état fédéré. Il a remarqué, à propos de la définition des valeurs de son enveloppe budgétaire, que ce n'était pas à la municipalité de l'établir. Ensuite, le Dr M.L., assesseur du SMS de Pau dos Ferros, a affirmé sa connaissance sur l'absence de viabilité juridique de la convention entre la municipalité et l'UFRN et qu'il avait orienté le gestionnaire de Pau dos Ferros sur ce point, malgré le fait que la NOAS établit la possibilité de ce type de convention dans le cas de situations atypiques<sup>212</sup>».*

Le cas de Pau dos Ferros reste emblématique du contexte de la régionalisation du SUS au RN, l'un des grands enjeux de la décentralisation. L'absence d'intégration systémique et de coordination, la compétition pour les ressources insuffisantes, les disputes politiques, les conflits entre les intérêts régionaux et globaux, les écarts matériels et technologiques, les dépendances et les mouvements à la recherche d'autonomie, les limitations de l'approche normative, les positions stratégiques des divers acteurs du système impliqués (technocrates du SSE-RN de la gestion antérieure, secrétaire à la Santé du RN et leurs assesseurs, SMS de Pau dos Ferros, technocrates du MS, COSEMS-RN, SMS de Natal et d'autres municipalités en GPSM, fournisseurs privés et philanthropiques) sont exposés dans le cas de Pau dos Ferros, synthèse des problèmes globaux du système face à la régionalisation. Pau dos Ferros demeure jusqu'à aujourd'hui la seule municipalité du RN habilitée en GPSM, selon les critères de la NOAS<sup>213</sup>. Cette habilitation réalisée dans conditions particulières a fait beaucoup de bruit, à l'instar de celle de Natal pour la gestion semi-complète, au début de la municipalisation.

---

<sup>212</sup> Procès verbal de la 31<sup>e</sup> Réunion extraordinaire de la CIB-RN, le 16 juin 2003.

<sup>213</sup> Comme la NOAS/2002 se montrait plus exigeante dans le jugement des dossiers et déterminait des responsabilités et des contrôles nouveaux, les municipalités en GPSM ont préféré rester habilitées selon les critères de la NOB/96 et progressivement, assumer des nouvelles charges.

Le secrétaire à la Santé établira de bonnes relations avec le COSEMS-RN<sup>214</sup> et renforcera le Conseil de santé du RN (CES-RN), transformant ainsi les rapports entre les membres de la CIB-RN et contribuant à l'établissement d'un climat ouvert au dialogue, condition essentielle à l'élaboration d'une «*Programmation négociée et intégrée*» (PPI). Par définition, cette dernière résulte d'une large entente des gestionnaires de toutes les municipalités de l'état fédéré, les uns avec les autres et avec le SSE-RN. Ce dernier demeure responsable pour la coordination de ce processus mais, pour que la PPI devienne un outil de gestion efficace, il faut que les décisions soient vraiment partagées, ce qui implique un degré suffisant d'informations sur le processus de programmation pour permettre des décisions conscientes, bien éclairées et des mécanismes de contrôle sur leur exécution. Une culture de négociation répandue de façon capillaire dans le système de santé paraît alors indispensable. En outre, pour créer les conditions de possibilité d'une programmation concertée, il faut un apprentissage institutionnel des mécanismes de gestion du système, de ses ressources, des normes et des représentations des acteurs sur le système et sur les autres acteurs.

*«Nous sommes en train de consolider quelques projets, comme le PDR. Au début, il y avait beaucoup de difficultés et nous ne pensions même pas qu'il verrait le jour. Les gens ont tardé beaucoup pour se familiariser avec l'idée de PPI. Dans les deux dernières années [2003-2004], nous avons observé que ces choses commençaient à être incorporées par les SMS, avec de bonnes stratégies pour planifier les actions, discuter sur l'équité entre les municipalités, rompre avec l'idée qu'il existe différentes catégories de citoyens, selon qu'ils habitent dans une grande ou une petite municipalité. Avant, les gestionnaires des municipalités en GPAB ne comprenaient pas qu'ils avaient des responsabilités quant à l'intégralité de la santé de leurs citoyens, comme dans les municipalités en GPSM». (...) À partir de 2003,*

---

<sup>214</sup> Le SSE-RN signera un Terme de compromis avec le COSEMS-RN, par lequel des ressources financières pour appuyer le fonctionnement de ce conseil seront transférées.

*avec la négociation pour la PPI, tous les gestionnaires municipaux, indépendamment de leur condition de gestion, connaissaient exactement les droits de leur municipalité par rapport aux plafonds financiers pour les soins de moyenne ou de haute complexité<sup>215</sup>».*

Le secrétaire à la Santé comptait sur les bonnes relations du gouvernement du RN avec le fédéral et a tenté de chercher une solution concernant les difficultés financières constatées, aggravées par les conditions d'implantation de l'habilitation de Pau dos Ferros. Le gouverneur et le secrétaire à la Santé du RN se sont rendus à Brasilia pour rencontrer le ministre de la Santé qui leur a proposé d'augmenter le plafond financier de l'état fédéré, dès que le RN serait habilité dans la condition de gestion complète du système de santé de l'état (GPSE), selon la NOAS/2002. Le gouverneur a établi le compromis de cette habilitation, convaincu de ses bénéfices et de l'importance du nouveau rôle de l'état fédéré au sein du SUS. Aussi, a-t-il assumé les risques politiques de contrarier les intérêts de quelques parlementaires alliés<sup>216</sup> et le secrétaire à la Santé du RN s'est immédiatement mis à la tâche pour l'habilitation du SSE-RN en GPSE. Comme les habilitations des états fédérés selon la NOAS/2002 représentait l'une des priorités du MS, pour les impliquer dans le processus de régionalisation, le ministre de la Santé a demandé au SSE-RN d'accélérer le rythme avec la sienne.

L'habilitation de l'état à la NOAS/2002 exigeait plusieurs conditions préalables. L'élaboration d'un PDR et d'une PPI bien conçus techniquement et politiquement viables constituaient une étape fondamentale. Face au contexte interne du SSE-RN et de ses rapports avec le COSEMS-RN, le PDR et la PPI réalisés par la gestion précédente demeuraient

---

<sup>215</sup> Ex-coordonateur de Planification du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

<sup>216</sup> Ex-secrétaire à la Santé du RN, en entrevue avec l'auteur.

politiquement et techniquement fragiles<sup>217</sup>. La nouvelle équipe a décidé de faire une révision du PDR et de la PPI, ainsi que des autres instruments nécessaires pour bâtir les conditions d'implantation de la régionalisation. Cette fois, le contexte était favorable, avec l'appui de quelques acteurs indispensables comme le gouverneur, le secrétaire à la Santé du RN, le COSEMS-RN, le MS, le SMS de Natal et l'UFRN. La Commission d'implantation de la NOAS sera coordonnée par un ex-président du COSEMS-RN, possédant de très bonnes relations dans le circuit des secrétaires à la Santé et des maires. Le SSE-RN donnera des ressources et donnera carte blanche à cette Commission pour ce travail, en impliquant les ETAM et les CIS<sup>218</sup> pour fournir un appui technique aux municipalités et au processus de négociation de la PPI.

*«Le Dr J.F. [SSE-RN] a fait une rétrospective du processus de préparation nécessaire pour créer les conditions exigées pour l'habilitation de l'état fédéré dans la condition de gestion demandée. Pour ce travail, cinquante collaborateurs ont été impliqués. À cette occasion, il a mentionné toutes les étapes du travail développé pour répondre aux exigences de la NOAS/2002, en spécifiant : l'actualisation du Plan de santé du RN, du Plan directeur de régionalisation-PDR et du Plan directeur d'investissements-PDI; l'existence de la CIB-RN, du CES-RN, du SIOPS et du Fonds de santé du RN; le Rapport de gestion/2002; la décentralisation des établissements de soins de première ligne; le transfert de la gestion des soins hospitaliers et ambulatoires; l'existence du composant étatique du Système national d'audits et du Système de contrôle, régulation et évaluation des soins ambulatoires et hospitaliers;*

---

<sup>217</sup> Selon le témoignage d'un membre de la Commission d'implantation de la NOAS/2002 au RN, malgré quelques réunions dans les CIS et quelques entraînements des technocrates des SMS pour leur apprendre à entrer les données de la PPI (complètement informatisée), les ententes ont été fragiles. La présidente de cette Commission a confirmé ce témoignage en disant que son équipe était restreinte et qu'elle ne comptait pas sur des ressources suffisantes pour un travail de cette magnitude, ni sur l'appui des autres secteurs du SSE-RN.

<sup>218</sup> Comme nous l'avons vu, ce même secrétaire avait créé les ETAM pour remplacer les DIRES (structures régionales du SSE-RN gonflées de personnel et vouées au clientélisme dans le système), mais il n'avait pas réussi à les organiser pour assumer leurs nouvelles fonctions. En coupant les gratifications des technocrates et sans une implication de la majorité de ces derniers dans le projet de municipalisation, peu à peu un grand vide institutionnel a s'est instauré. Maintenant, le secrétaire à la Santé cherchera à récupérer les ETAM pour la nouvelle mission institutionnelle du SSE-RN.

*la décentralisation des actions d'Épidémiologie et de contrôle des maladies, et la Surveillance sanitaire de l'état fédéré; l'existence du Pacte des soins de première ligne; l'évaluation des municipalités habilitées en GPSM, selon les critères de la NOB/96. Il a conclu sa présentation en détaillant la composition du nouveau Plafond financier du RN, avec une croissance annuelle de 15,32 %. Après toutes ces informations et un large débat, suffisamment éclairée sur le sujet, la CIB-RN a approuvé l'habilitation de l'état fédéré du RN dans la condition de gestion complète du système de santé dans l'état fédéré (GPSE)<sup>219</sup>».*

Dans le processus de révision de la PPI et du PDR, la carte de la régionalisation de la santé subira certains changements (Figure 18). L'état du RN sera divisé en quatre macrorégions de santé qui représentent des instances fonctionnelles du SUS-RN sans fonctions administratives, chacune de celles-ci comptant sur une municipalité-pôle, des microrégions, des modules de soins et des municipalités satellites (Tableau 8). Ces macrorégions ont été organisées de façon hiérarchisée, en définissant des flux dans le système pour la prestation des services, visant l'équité et l'intégralité de l'offre des soins. Mais, en fonction de la situation politique spéciale créée par le cas de Pau dos Ferros, la macrorégion Alto Oeste sera maintenue et cette municipalité restera sur la carte de la régionalisation comme sa municipalité-pôle. Par contre, les services de haute complexité ne sont offerts qu'à Natal, Mossoró et Caicó, car Pau dos Ferros n'a pas encore les structures nécessaires pour offrir ce type de services aux citoyens de sa macrorégion. Ainsi, dans la pratique, la macrorégion Alto Oeste reste encore une virtualité, une promesse pour l'avenir.

---

<sup>219</sup> Procès verbal de la 32<sup>e</sup> Réunion de la CIB-RN, le 25 juillet 2003.

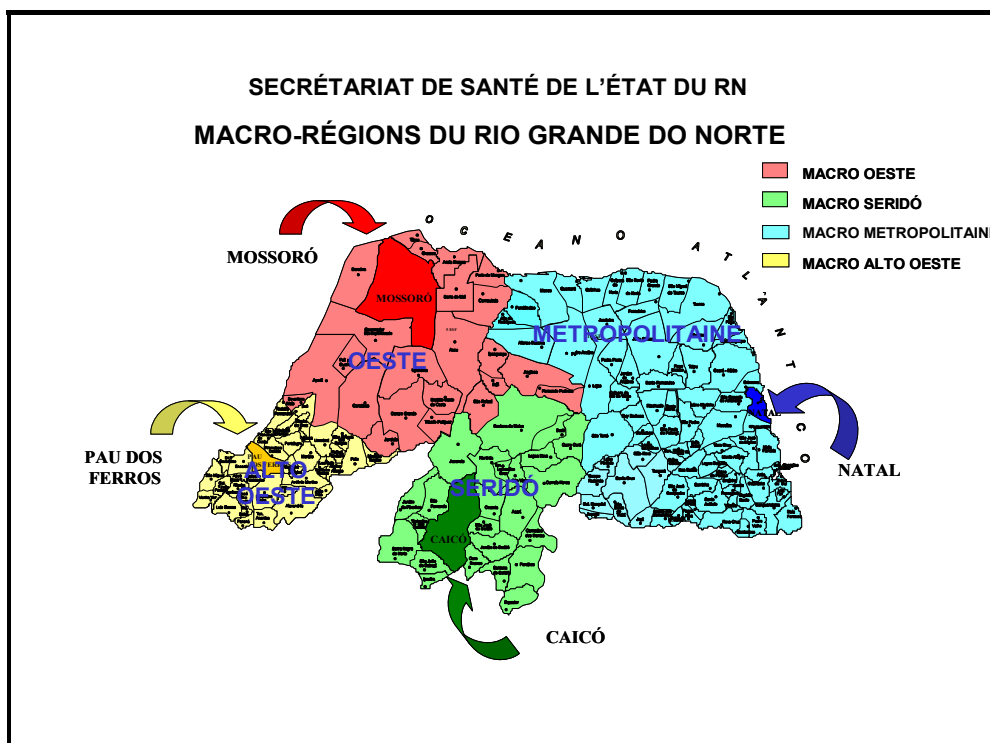


**Tableau 8 . La régionalisation au RN**

Macrorégions	Micros	Module	Satellite
Métropolitaine	07	15	81
Oeste	03	04	24
Alto Oeste	02	04	37
Seridó	02	03	25

Source : Plan directeur de régionalisation du RN, 2004.

**Figure 18 . Carte de la régionalisation de la santé au RN**

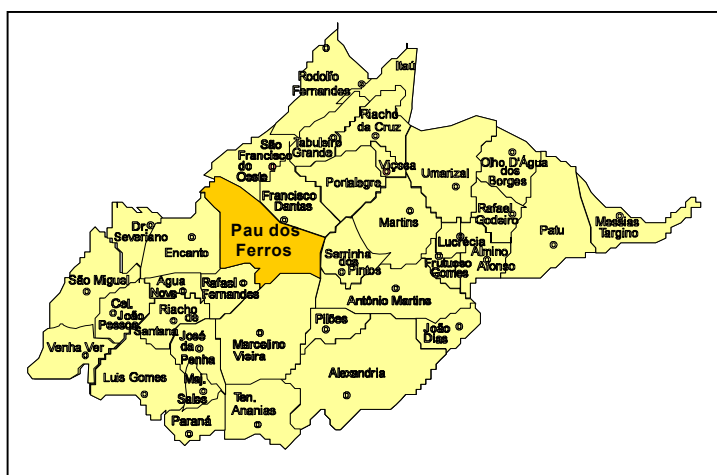


Source : PDR-RN, 2003

Le cas de Pau dos Ferros restera toujours présent dans la mémoire institutionnelle du SUS-RN comme le déclencheur de l'habilitation de l'état fédéré dans la condition de GPSE, selon les critères de la NOAS/2002. Pau dos Ferros a réussi à s'établir comme pôle d'une

macrorégion, mais comme d'autres municipalités, son plafond financier a baissé, car cette municipalité ne pouvait pas justifier la prestation de certains services inclus dans la version antérieure de la PPI. Toutefois, cette municipalité restera responsable des 22 municipalités satellites de son module de soins et des 37 municipalités de la macro-région Alto Oeste, avec le soutien du SSE-RN et d'autres municipalités (Figures 19 et 20).

**Figure 19 . Carte de la Macrorégion Alto Oeste**



Source : Plan de développement régional du RN, 1996.

À la fin de l'année 2003, le coordinateur de la Commission d'implantation de la NOAS/2002 au RN présentera le Terme de compromis intervenu entre le SSE-RN et le SMS de Pau dos Ferros, résultant de la disposition de cette municipalité pour d'abord se mettre d'accord avec l'état fédéré afin de pouvoir ensuite négocier des buts à propos des hospitalisations, soins et examens diagnostiques de moyenne complexité, ainsi que des activités de physiothérapie. Ce retour de Pau dos Ferros à une position ouverte au dialogue avec le SSE-RN à la suite de

conflits résultant de l'enjeu autour des conditions spéciales de son habilitation à la GPSM et des pertes subséquentes de ressources de son enveloppe budgétaire marque la fin de cet épisode et l'intégration de cette municipalité dans la logique systémique en train d'être implantée dans le SUS-RN.

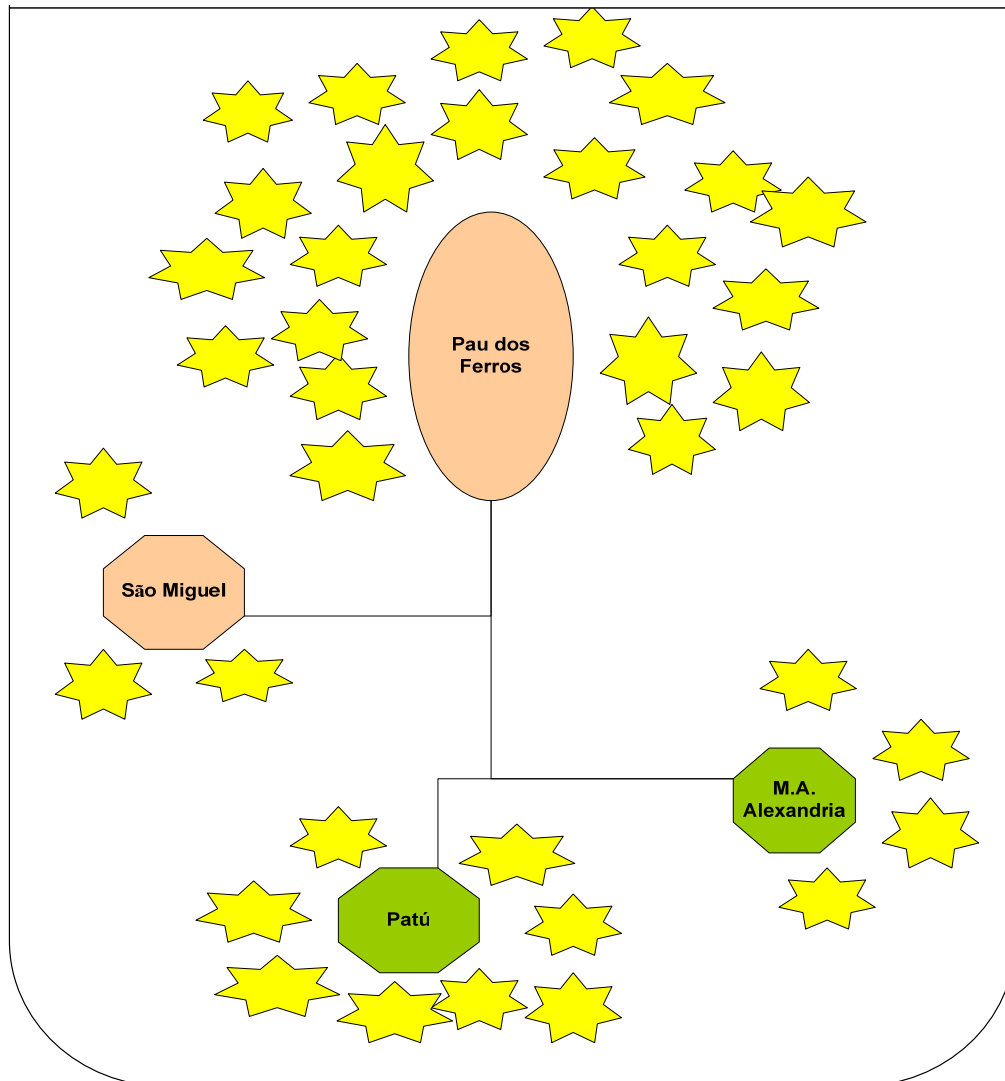
*«Le Dr I.B., secrétaire à la Santé du RN, a remarqué l'importance de cet événement dans le contexte du SUS-RN, en affirmant qu'il est peut-être plus important que l'habilitation du SES-RN dans la GPSE, selon les critères de la NOAS/2002. Il nous montre la maturité des gestionnaires de l'état fédéré et des municipalités dans la gestion du processus d'implantation de la NOAS dans le RN<sup>220</sup>».*

### **9.3. L'intégration systémique et le Pacte de gestion du SUS**

Le processus de l'implantation de la NOAS sera réalisé simultanément aux autres politiques du MS déjà mentionnées, comme le programme Santé de la famille (PSF), la Pharmacie de base, la Surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies, entre autres. Cette norme prétendait promouvoir une intégration systémique de plusieurs activités du système de santé. Sa stratégie centrale (la régionalisation) était orientée sur une réorganisation du SUS pour permettre une meilleure distribution des soins de moyenne et haute complexité, de manière à augmenter l'accès des citoyens à ce type de soins et, conséquemment, accroître l'intégralité et l'équité dans le système.

---

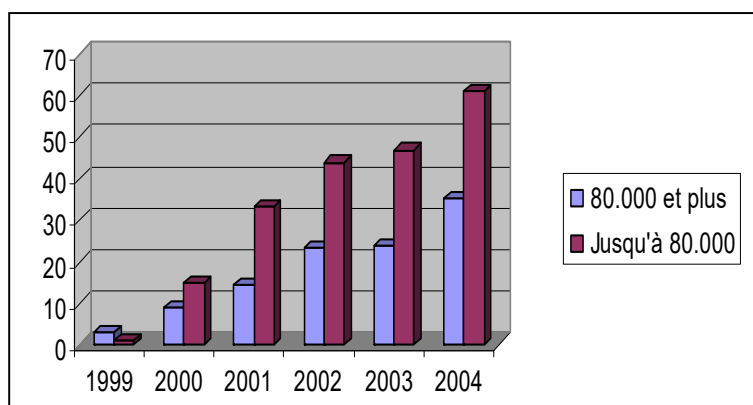
<sup>220</sup> Procès verbal de la 119<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 26 novembre 2003.



- **Pau dos Ferros** => Pôle de la macrorégion Alto Oeste et siège d'un module de soins de la microrégion Alto Oeste (22 municipalités satellites).
- **São Miguel** => Siège d'un module de soins de la microrégion Alto Oeste (3 municipalités satellites)
- **Patú** => Siège d'un module de soins de la microrégion Serras Úmidas (8 municipalités satellites).
- **M.A. Alexandria** => Siège d'un module de soins de la microrégion Serras Úmidas (4 municipalités satellites).

Le PSF sera renforcé par la NOAS/2002 comme principale porte d'entrée dans le système, mais sa croissance n'aura pas de relation directe avec cette norme, car les incitations économiques et mécanismes bureaucratiques d'habilitations ne seraient pas affectées. Les SMS continueront la course aux incitations du PSF et la couverture pour les services de première ligne augmentera significativement (Figure 21). L'allocation des ressources, les normes et procédures bureaucratiques qui ordonnaient les activités du SUS continuaient, fragmentées et centralisées. Chaque nouvelle activité qu'une municipalité prétendait prendre en charge devait se soumettre à un procès individualisé d'«habilitation» où le dossier était approuvé par la CIB-RN, maintes fois par le CES-RN, et acheminé par la suite au MS et à la Commission intergouvernementale tripartite (CIT). Parfois, dans les cas où les critères utilisés par la CIB-RN ne correspondaient pas à ceux du MS, l'approbation par la CIB-RN pouvait être refusée par le MS ou par la CIT<sup>221</sup>. Dans ces cas, le dossier retournait à l'état fédéré pour être reformulé.

**Figure 21 . Couverture du PSF aux populations des municipalités du RN, 1999 - 2004**



Source : DATASUS, 2005.

<sup>221</sup> Au RN, les cas de procès d'habilitation refusés par le MS ou par la CIT constituaient des raretés.

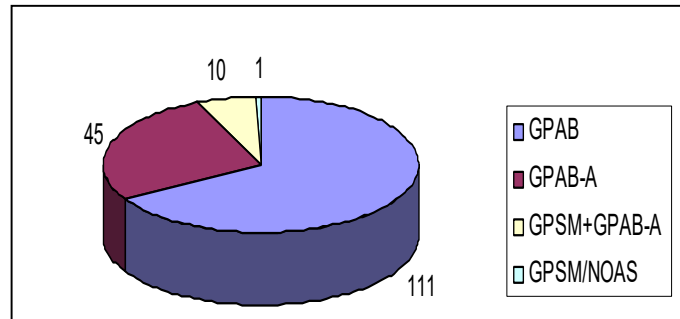
Dans les réunions de la CIB-RN, les municipalités formulaient souvent des plaintes sur la centralisation et la bureaucratisation découlant des habilitations. Les outils informatisés utilisés pour développer quelques activités considérées indispensables par le MS, tels les multiples systèmes d'information, les formulaires de programmation de la PPI, entre autres, créaient des difficultés additionnelles. Plusieurs municipalités comptaient sur un petit nombre de fonctionnaires habilités à travailler avec des outils informatisés, quelquefois peu familiarisés avec le langage technique utilisé par le Ministère. Les doutes et les plaintes se multipliaient. En plus, le MS fixait des délais très courts pour la préparation et le jugement des dossiers, quelquefois impossibles à respecter pour les municipalités déjà surchargées par d'autres activités.

Les procès d'habilitation des municipalités selon la NOAS/2002 continuaient à un rythme moins accéléré qu'à l'occasion de la NOB/96, car les critères de la NOAS exigeaient plus de responsabilités et les municipalités se trouvaient déjà surchargées. En plus, ces procès étaient devenus plus bureaucratisés. Ainsi, en août 2004, la CIB-RN avait approuvé les dossiers de 111 municipalités en GPAB et de 45, en GPAB-A. Les dix municipalités en GPSM selon les critères de la NOB/96 pouvaient automatiquement s'habilitier en GPAB-A. Sans percevoir aucun avantage à leur habilitation en GPSM selon les critères de la NOAS, elles ont préféré rester dans les conditions déjà assumées. Ainsi, Pau dos Ferros reste encore la seule municipalité du RN dans cette condition de gestion, selon les critères de la NOAS/2002 (Figure 22).

Le 23 septembre 2004, après plusieurs critiques émises concernant les procès d'habilitation, considérés par les états fédérés et municipalités comme des «*camisoles de force normatives*», le MS publie l'arrêté ministériel 2023/MS qui prend quelques mesures pour réduire la bureaucratisation du processus de municipalisation de la santé. Entre autres :

- Définir les municipalités comme les responsables pour la gestion du système municipal de santé et l'exécution des soins de première ligne;
- Abolir les conditions de gestion complète des soins de première ligne (GPAB) et la gestion complète des soins de première ligne élargie (GPAB-A) attribuées aux municipalités dont l'habilitation dans ces modalités de gestion ont déjà été approuvées par la confirmation de leur qualification pour atteindre les critères exigés par la NOB/96 et la NOAS/2002;
- Établir comme seule modalité de gestion soumise au procès d'habilitation les municipalités en gestion complète du système municipal de santé (GPSM);
- Révoquer l'exigence d'habilitation des municipalités dans toutes les modalités de gestion pour recevoir les ressources du PAB variable ou d'autres incitations économiques, la seule exception étant les municipalités qui ne reçoivent pas de ressources financières fonds à fonds pour les soins de première ligne (Ministério da Saúde, 2004).

**Figure 22 . Conditions de gestion de la santé des municipalités du RN, 2004**



Source : CIB-RN, 2005

La nouvelle perspective de la PPI prévue par le processus de régionalisation visait établir un ordre local aux activités dont l'origine était plutôt fragmentaire et centralisée. Au plan des régions de santé, les gestionnaires cherchaient à s'entendre sur l'intégration des activités différentes, approuvées par des procès isolés, analysées par différents secteurs du MS, financées par des logiques distinctes. À la fin, la PPI ne constituait plus qu'une juxtaposition de plusieurs PPI, une pour chaque groupe d'activités (soins de première ligne, épidémiologie et contrôle des maladies, surveillance de la santé et de l'environnement, soins de moyenne et de haute complexité), dont le profil d'allocation des ressources et les modes de paiement des activités déterminaient la configuration de chaque groupe. Même avec les nouveaux outils de gestion (PDR, PDI, PPI) et l'utilisation d'une méthodologie plus participative, incluant des ententes à la recherche de consensus, la régionalisation exprimait la perception et le niveau d'apprentissage institutionnel limités des gestionnaires et technocrates face à un processus tellement complexe. Dans ce sens, ils éprouaient de la difficulté à comprendre que la régionalisation n'équivalait pas à une programmation fermée, à des cartes et tableaux achevés, absolus. En effet, ces derniers ne représentaient que la fixation de pactes provisoires, dans des contextes spécifiques de la régionalisation du SUS en processus. La carte de la régionalisation



alors devait être dynamique, mouvante, avec de ajustements continuels, redessinant les fluxes, les structures, les actions, suivant les rapports intimes entre structure/action des acteurs du système dans le processus continu de structuration du SUS. Ainsi, jusqu'à la fin de l'année, plusieurs demandes de modifications seront déposées à la CIB-RN : municipalités qui ne voulaient plus demeurer sièges de modules, d'autres qui préféreraient changer de module ou encore transférer de macrorégion, finalement, des modules qui seront fusionnés.

La logique centralisée, bureaucratisée et fragmentaire de l'allocation des ressources ne se limitait pas au secteur public, elle s'appliquait aussi aux fournisseurs privés et philanthropiques conventionnés. Ces derniers devaient aussi se soumettre aux habilitations et à la définition de plafonds financiers par procès individualisés, approuvés par plusieurs instances. Dans un contexte d'insuffisance des ressources, la compétition augmentait entre les fournisseurs de soins, les privés et les publics. Par la loi, le secteur privé/philanthropique restait complémentaire pour fournir les services que les établissements publics ne pouvaient pas offrir à la population, comme une sorte de sauvegarde pour assurer l'accès universel. Dans la pratique, toutefois, les services de moyenne et de haute complexité du SUS-RN étaient offerts majoritairement par le secteur privé. Cette dépendance du privé ouvre la porte aux pressions, aux difficultés de coordination et de contrôle, aux écarts entre l'offre des soins et les besoins de la population. Les secrétaires à la Santé de l'état fédéré ou des municipalités avaient des positions différentes par rapport au clivage public/privé. Quelques-uns prenaient la défense des privés et les voyaient comme des partenaires importants; le mix public/privé était perçu comme une possibilité d'organisation du système qui lui permettait plus de flexibilité. Par contre, d'autres considéraient l'utilisation de services privés comme un problème pour le système et la

dépendance du privé comme une menace permanente à son intégrité. Il faut rappeler que la majorité des secrétaires à la Santé entretenaient souvent de double liens, travaillant aussi dans le secteur privé, d'où leur position ambiguë et leurs difficultés à affronter ces groupes de fournisseurs de soins.

Le SUS-RN travaillait sur un budget très serré et instable ainsi que sur un éventail de responsabilités relativement à la santé. En plus, les prix fixés par le SUS pour les actes médicaux étaient très bas, n'attirant pas les fournisseurs privés sauf pour rendre des services de haute complexité non couverts par les compagnies d'assurance-maladie privées qui devenaient rentables à cause des incitations des industries d'équipements médicaux. Ainsi, en même temps que les fournisseurs privés/philanthropiques faisaient des démarches pour entrer dans le SUS, visant la prestation des services de haute complexité, ils refusaient la moyenne complexité, sans aucun compromis avec la clientèle du SUS. Très dépendant de ces services, le SMS de Natal éprouvait de la difficulté à rompre avec ces interlocuteurs qui négociaient de façon très serrée et dure.

*«Les fournisseurs privés ne pensent qu'aux ressources financières, parce qu'ils veulent donner des soins à la population mais en visant le profit. Ainsi, nous subissons beaucoup de pression. C'est facile d'implanter les soins de haute complexité, mais ce n'est pas la même chose avec la moyenne complexité. Même si leur volume de services est plus grand, ils sont moins lucratifs que les autres. La haute complexité est plus rentable. Les chirurgies les plus complexes et coûteuses (cardiaques, neurochirurgies), ne posent pas de problèmes. Mais quand on a besoin de chirurgies considérées comme des soins de moyenne complexité ou même une hospitalisation simple dans le secteur de clinique médicale, on ne trouve pas l'appui du secteur privé. Par exemple la population n'a pas d'accès aux chirurgies simples d'adénoïde, des amygdales, mais on dépense une moyenne de 800 mil reais par mois pour les implantations de prothèses auditives. En tant que SSE-RN, nous avons essayé d'inciter le SMS de Natal pour que les établissements privés/philanthropiques*

*qui fournissent des services de haute complexité voient leurs contrats devenir conditionnées à la prestation de services de moyenne complexité. Mais, Natal n'a pas suivi notre orientation<sup>222</sup>».*

Nous avons remarqué suffisamment que la brèche ouverte aux traumatolo-orthopédistes et anesthésiologistes pour les payer de façon différentielle par rapport aux autres médecins annonçait des problèmes plus sérieux encore à l'avenir. Comme les paiements différentiels étaient proportionnellement importants relativement au volume de ressources du plafond financier du SSE-RN et du SMS de Natal, les retards de paiement devenaient très fréquents. En plus, les autres SMS en GPSM se refusaient à payer les prix différentiels; éventuellement, des services étaient paralysés et les clients allaient tous à Natal, le seule SMS à soutenir cette politique. La situation empirait et les fournisseurs de soins privés, en conflit avec le SSE-RN et le SMS de Natal, utilisaient plusieurs stratégies pour parvenir à leurs objectifs: ils acheminaient des dénonciations au MS sur les retards de paiement, portaient plainte devant la justice et au ministère public contre le SUS-RN, paralysaient les activités menant le système au chaos.

L'absence d'intégration entre les pouvoirs exécutif et judiciaire contribuait aux malentendus fréquents sur l'interprétation des lois concernant le système de santé, parfois en contradiction même avec les normes et politiques développées par le MS, les SSE et les SMS. Au RN, les fournisseurs de soins ont su profiter de cette situation pour formuler des plaintes devant la justice ainsi qu'au ministère public; les sentences et jugements judiciaires et recommandations du ministère public commenceront à se multiplier dans le domaine de la

---

<sup>222</sup> Technocrate du SSE-RN, en entrevue avec l'auteur.

santé. Basées sur les lois de la santé, surtout le principe du droit universel à la santé assuré par l'État, et d'autres lois relatives aux droits civils, en évoquant les libertés individuelles et le droit à la vie, ces délibérations judiciaires obligeaient le SUS-RN à rembourser les dettes en retard aux cliniques et hôpitaux privés mais aussi à augmenter leurs plafonds financiers, augmenter leur plafond d'hospitalisations, réactiver des contrats annulés, entre autres mesures contraignantes qui ne tenaient aucunement compte de la capacité financière du SSE-RN et des municipalités, ni de la politique de santé en cours, résultant de critères techniques établis et des négociations entre les échelons du gouvernement. Ainsi, ces verdicts contre l'état fédéré, maintes fois, contredisaient les objectifs collectifs de promotion d'équité dans le domaine de la santé.

*« Le secrétariat exécutif a notifié l'arrivée au SSE-RN d'une Sentence du juge titulaire de la comarque de Alexandria, en déterminant le transfert immédiat de 320 autorisations d'hospitalisation (AIH) pour les deux hôpitaux existant dans cette municipalité. (...) Le Dr M.A., secrétaire à la Santé de Natal, a répudié cette sentence, affirmant que des actions de ce type contribuent à la déconstruction du SUS, au fur et à mesure qu'elles servent les intérêts de quelques segments de la société en dépit des intérêts collectifs. Le Dr D.F., président du COSEMS-RN, renforçant les mots du secrétaire de Natal, a démontré sa préoccupation face à cette situation, car si d'autres sentences judiciaires comme celles-ci commencent à être appliquées, les ressources financières du budget de santé de l'état ne suffiront pas à respecter d'autres sentences pareilles. Le secrétaire à la Santé du RN a annoncé que l'état fédéré portera cette sentence en appel devant les Tribunaux régionaux et supérieur. Pendant les discussions, quelques membres de la CIB-RN ont suggéré que les instances supérieures du SUS (CNS, CIT, MS, CONASS, CONASEMS) doivent être informés de l'occurrence de sentences judiciaires semblables. Ensuite, le secrétaire à la Santé du RN a considéré qu'il fallait suivre les délibérations des juges, mais qu'il était absolument certain que la justice se montrerait favorable à l'état fédéré dans son jugement final<sup>223</sup> »*

---

<sup>223</sup> Procès verbal de la 119<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 26 novembre 2003

Les sentences judiciaires se multiplient mais, cette fois, en réponse aux plaintes des SMS contre l'état fédéré et, en plus, des plaintes individuelles des usagers du SUS. Malgré les ententes et les pactes établis dans la PPI, quelques municipalités ont décidé d'avoir recours à la justice pour obtenir de l'état fédéré les ressources du SUS qu'elles prétendaient et qui n'ont pas réussi à remporter à travers les négociations. En outre, comme il existait une demande réprimée pour les services de haute complexité, quelques usagers commencent à porter plainte devant la justice pour accéder, surtout pour obtenir des médicaments spéciaux et prothèses de haute complexité/coût ainsi que des traitements hors de l'état fédéré (en général à São Paulo et Rio de Janeiro, grandes métropoles du pays). Il faut mentionner que ces «*traitements hors domicile*» incluaient les billets de passage en avion, l'hébergement, les transports en taxi et les frais complets d'hospitalisation. Même si l'on considère le bon droit des demandes des usagers, le contexte d'insuffisance de ressources laissait le SSE-RN dans une situation difficile, car la programmation déjà réalisée devenait en risque de n'être pas accomplie. Par contre, ce phénomène de multiplication de plaintes devant la justice nous montre aussi que les usagers ne peuvent compter que sur la justice pour assurer leur droit à la santé, incluant la gamme complète de soins du SUS.

*«Le Dr I.B., secrétaire à la Santé du RN, a informé que le Ministère public a formalisé une autre Action civile publique contre le gouvernement de l'état fédéré, semblable aux actions civiles impétrées par les municipalités de Lajes et Alexandria. La sentence détermine le transfert de 120 autorisations d'hospitalisation (AIH) par mois à la municipalité de Umarizal. Selon la Programmation négociée et intégrée (PPI), cette municipalité avait le droit de recevoir seulement 63 AIH/mois<sup>224</sup>».*

---

<sup>224</sup> Procès verbal de la 127<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 28 juillet 2004.

Face aux démarches réalisées par le SSE-RN et le COSEMS-RN, le magistrat à la Santé du Ministère public du RN a demandé au NESC-UFRN de réaliser un séminaire sur le SUS pour les magistrats publics, visant à les éclairer sur le contexte actuel des politiques de santé pour permettre à ces autorités de juger les situations dans un contexte institutionnel plus large et pas seulement par l'analyse isolée de situations individualisées. En effet, ce séminaire a produit des retombées, au moins auprès du ministère public, car ce dernier a commencé à rendre des jugements incluant des recommandations qui tenaient compte de la situation dans son contexte global.

*«Le secrétaire à la Santé de Natal s'est entretenu avec la CIB-RN sur sa préoccupation à propos de l'échéance du contrat du SMS de Natal avec la Coopérative des anesthésiologistes - COOPANEST en 31 mars prochain. Il s'agit d'un problème qui n'est pas seulement limité à la population de la municipalité de Natal. Il concerne toute la population de l'état fédéré du RN, car les autres municipalités habilitées en GPSM n'assument pas la différence des prix établis par le SUS. Le secrétaire a fait un récit historique sur les négociations avec les représentants de cette coopérative qui deviennent chaque fois plus difficiles surtout parce que les anesthésiologistes n'acceptent pas les prix du SUS. À l'occasion de l'Audit du Ministère public au SMS de Natal, ce ministère a recommandé le paiement des fournisseurs aux prix établis par le SUS ou encore adopter ces derniers comme référence<sup>225</sup>».*

Le Ministère public commence à s'intégrer au SUS et à prendre des mesures pour défendre l'intérêt collectif. Par contre, la justice en général n'a pas pris connaissance de la complexité du cadre institutionnel de la santé et, éventuellement, rend des jugements qui vont à l'encontre de la rationalité du système. En plus, le Ministère public ne détient pas le pouvoir contraignant de la justice commune; il ne peut pas obliger mais juste recommander des mesures

---

<sup>225</sup> Procès verbal de la 123<sup>e</sup> Réunion ordinaire de la CIB-RN, le 30 mars 2004.

pour appuyer le bien commun. À son tour, les fournisseurs de soins privés ne sont pas obligés d'accepter des contrats basés sur des tableaux de prix périmés, trop bas par rapport au marché et au coût des services offerts. Malgré les difficultés occasionnées par la radicalisation de ces groupes de professionnels, le SUS-RN (surtout le SMS de Natal), encore très dépendant de leurs services, demeure otage de ce groupe d'acteurs.

Dans les périodes de crises, En guise de sauvegarde d'affrontements plus directs avec les fournisseurs de soins privés/philanthropiques en général, et plus spécialement avec quelques groupes, le SSE-RN créera le «*Plan stratégique de soins hors du domicile*». Ce dernier prévoit l'interruption éventuelle des activités par un groupe de fournisseurs créant ainsi de graves problèmes au fonctionnement du système de santé et, dans ces cas, établit des rapports avec des états fédérés voisins pour permettre le traitement des patients du RN dans les établissements des autres états. Mais, s'ajoutent aux pressions des groupes de professionnels et fournisseurs privés les graves problèmes de ressources humaines à l'intérieur du SUS. Tout un ensemble de facteurs tels les bas salaires, les «*contrats précaires*»<sup>226</sup>, l'absence de plans de carrière, les problèmes de formation, l'inexistence de conditions de travail satisfaisantes contribuait au manque de motivation et de compromis au sein du système de santé, entre autres problèmes.

La municipalisation n'a pas touché ces problèmes de ressources humaines et les revendications des professionnels mènent à des grèves fréquentes, surtout contre le SMS de

---

<sup>226</sup> Fréquemment, les professionnels de la santé sous contrats avec les municipalités (surtout les médecins et infirmières du PSF) n'étaient pas sélectionnés par concours public et n'avaient pas de droits sociaux assurés (vacances, sécurité sociale, stabilité, entre autres). Ce type de contrats étaient reconnus comme «*précaires*», générant une grande instabilité issue de la substitution fréquente de ces professionnels, à la recherche de meilleures conditions de travail.

Natal, car dans cette municipalité se concentre la majorité des services offerts par le SUS-RN<sup>227</sup>. À la fin de 2004, l'arrêté ministériel 1434/04-GM/MS déterminera la fin des incitations spéciales pour les services de première ligne dans les municipalités dont la population s'élève entre 30 et 100 mille habitants. De cette mesure administrative découlera la décision de ces municipalités de réduire les salaires des médecins de famille selon les limites de leurs maigres budgets. L'exode de ces médecins vers d'autres municipalités où ils trouveraient de meilleures conditions de rémunération n'est pas difficile à prévoir.

*«À mon avis, le grand problème du processus de construction du SUS et de la municipalisation réside dans les ressources humaines. Il s'agit d'un grand défi pour nous, les gestionnaires (du gouvernement fédéral, des états fédérés et des municipalités), la société organisée et tous les secteurs impliqués dans ce processus. Il faut réfléchir, faire des recherches, investir dans les ressources humaines. Ce n'est pas une question d'agrégation de nouveaux cadres professionnels. Il s'agit plutôt de qualifier, coordonner, conscientiser, préparer, recruter, chercher l'adhésion des ressources humaines existantes dans le secteur public. Nous connaissons des difficultés de toutes sortes : le corporatisme excessif, la démotivation à cause des bas salaires, la manque de compréhension du processus, les ruses, les adversités. Nous avons des médecins, des infirmières, enfin des professionnels de toutes les catégories, quelques-uns des ennemis déclarés du SUS, dont les intérêts sont différents. Par contre, d'autres professionnels par leurs compromis avec les principes du système le soutiennent. Alors, pour tout ça, je pense que le grand problème à résoudre dans le SUS est relié aux ressources humaines<sup>228</sup>».*

Malgré les problèmes avec le secteur privé/philanthropique, les amendements parlementaires, les sentences judiciaires, les professionnels de la santé (surtout quelques groupes de médecins), le financement, les frictions internes entre les municipalités et les courts-

---

<sup>227</sup> Avant les transferts de la gestion des services de santé aux municipalités, ces mouvements de grève se dirigeaient contre le SSE-RN. Maintenant, les seules grèves qui affectent l'état fédéré sont celles des fonctionnaires et professionnels de leurs hôpitaux.

<sup>228</sup> Témoignage de l'ex-secrétaire municipal à la Santé de Mossoró, pendant un «focus group» organisé par l'auteur.



circuits fédératifs, quelques mesures importantes seront prises au sein du SUS-RN, jusqu'à la fin de 2004. Ainsi, outre celles que nous avons déjà mentionnées, nous verrons : le début de l'implantation des réseaux de soins stratégiques<sup>229</sup> (Santé mentale, Santé maternelle et infantile; Santé buccale); le paiement d'une partie de la dette historique du SSE-RN à l'endroit des municipalités à propos de sa contrepartie financière pour l'implantation des Pharmacies de base<sup>230</sup>; la décentralisation de la Central informatisée de rendez-vous pour les consultations et examens spécialisés (CECIS) et de quelques services de haute complexité; la réalisation de la V<sup>e</sup> Conférence de santé du RN et plusieurs conférences municipales sur la santé.

Au mois de mars 2004, à Natal, se tient le XX<sup>e</sup> Congrès national des secrétaires municipaux à la Santé brésiliens, une promotion du CONASEMS qui rassemblera deux mille de ces autorités locales de santé. À la fin de cet événement de grande importance politique pour le système de santé, les secrétaires signent la «*Lettre de Natal*» dans laquelle les autorités locales renforcent l'idée d'un nouveau pacte de gestion comportant autonomie et solidarité entre les trois échelons gouvernementaux, permettant ainsi le libre exercice de leurs compétences respectives dans le SUS. En tant qu'acteur collectif, le CONASEMS propose le dépassement des excès du détour normatif qui homogénéise les spécificités locales et régionales et de la logique d'habilitation, par des stratégies de stimulation à l'adhésion, à l'engagement effectif et à la quête de résultats. En plus, les secrétaires municipaux à la Santé exigent et donnent leur appui à la réglementation de la EC-29 et recommandent un nouveau

---

<sup>229</sup> Les Centres des soins psychosociaux (CAPS), les Polycliniques et les Centres spécialisés en Odontologie (CEO) sont les établissements-clés de ces réseaux stratégiques qui commencent à se répandre à travers l'état fédéré.

<sup>230</sup> La gestion antérieure a retardé les transferts financières pour la Pharmacie de base, en laissant une dette que le nouveau secrétaire ne réussira pas à payer complètement jusqu'à sa sortie à la fin de 2004.

modèle de financement équitable, contribuant à rompre avec la fragmentation des transferts par projets et programmes séparés (CONASEMS, 2004).

À la fin de 2004, le Parti des travailleurs<sup>231</sup> (PT) accepte l'invitation de participer au gouvernement du RN. Dans l'accord fixé avec le gouverneur, le SSE-RN est choisi comme espace institutionnel pour la contribution du PT, ce qui provoquera le remplacement du secrétaire à la Santé, après la fin de l'année. De nouvelles attentes s'ouvrent au niveau national, le CONASS pousse pour une recomposition des plafonds financiers de moyenne et de haute complexité, au même temps qu'il s'allie au CONASEMS pour élaborer des propositions pour une nouvelle norme opérationnelle et une éventuelle reformulation de la NOAS/2002. L'approfondissement des mécanismes d'accès aux ressources de moyenne et haute complexité dans le système, des programmes pour permettre les investissements dans le secteur public en matière de santé et une politique de ressources humaines demeurent au cœur de ces nouvelles règles pour la structuration du système.

En 2005, le SUS évolue dans un nouveau contexte qui s'inaugure<sup>232</sup>. Au plan national, la grande mobilisation des réformistes pour l'approbation de la loi de réglementation de la EC-29 (à la recherche de stabilité de sources pour le financement de la santé) et, spécialement, les pressions du CONASS, du CONASEMS et de quelques secteurs du MS, pour l'établissement d'un nouveau pacte fédératif dans la santé ne passe pas inaperçues. Dans ce pacte, il était question de l'abolition définitive des habilitations dans toutes les modalités de gestion (déjà

---

<sup>231</sup> Le parti du président de la république.

<sup>232</sup> Cette nouvelle période ne fait pas partie de notre étude.

commencée avec l'arrêté ministériel 2023/MS) et l'établissement de transferts automatiques fonds à fonds aux états fédérés et municipalités à partir de critères per capita et basés sur les PPI et des pactes annuels dans les CIBs, entre autres mesures, annonçant des changements dans la logique centraliste et normative du processus de construction du SUS. Le contexte demeure également complexe et ouvert aux changements et à la permanence; des problèmes structurels significatifs (comme l'instabilité et l'insuffisance des ressources) restent encore présents dans la scène du champs social de la santé, contribuant à la reproduction des conditions restrictives au développement du projet réformiste.

Le nouveau gestionnaire du SSE-RN arrive avec un fort appui politique du MS, de son parti, de toutes les forces progressistes impliquées dans le projet de construction du SUS-RN. À cause de sa condition d'invité pour participer au gouvernement, résultant des échanges d'appui politique avec le gouvernement fédéral, le secrétaire à la Santé recevra du gouverneur carte blanche pour l'exercice de son mandat, en toute liberté<sup>233</sup>. Il trouvera un SSE-RN en processus de rénovation, mais tout de même immergé dans multiples conflits déjà mentionnés. Malgré certains avances grâce à la réalisation de la PPI, la consolidation de la CIB-RN, le renforcement du CES-RN, l'apprentissage institutionnel des municipalités, la croissance des rapports avec le Ministère public et les appuis de forces politiques diverses (en particulier le COSEMS-RN), toutes les conditions pour l'émergence récursive de vieux conflits structurés dans le système de santé présagent de nouvelles disputes avec les forces de résistance.

---

<sup>233</sup> Même le secrétaire précédent, très respecté par sa trajectoire comme gestionnaire du système de santé, n'a jamais compté sur une telle liberté, résultant de l'articulation des contextes politiques national et local.

La distribution des ressources de moyenne et de haute complexité continuent à suivre la géopolitique des inégalités sociales. Les services de haute complexité sont tout à fait concentrés à Natal et commencent à peine à s'établir à Mossoró et Caicó. La moyenne complexité reste concentrée aux municipalités en GPSM, dont sept des onze municipalités dans cette modalité de gestion appartiennent à la région métropolitaine, connue comme la «*Grande Natal*». Mais, comme nous l'avons vu, l'absence de financement pour investir dans le secteur public de la santé de façon à assurer la prestation de ce type de soins par leurs établissements a favorisé une politique de conventions avec les services privés. Dans ce contexte, pour augmenter l'accès aux citoyens éloignés de Natal, la régionalisation a renforcé la dépendance du secteur public au privé. Alors, les retombées se feront attendre.

**III - MUNICIPALISATION DE LA SANTÉ AU RN : L'ANALYSE-SYNTHESE DU CAS**

## **Chapitre 10. Municipalisation de la santé: La structuration du système et les détours de la réforme**

### **10.1. Les épisodes**

Le processus de centralisation-décentralisation-recentralisation de la santé au RN ainsi que la structuration du SUS a suivi un parcours discontinu et récursif dans cet état fédéré. Fortement marqués par la centralisation des ressources et des règles du jeu au niveau national, les rapports fédératifs subiront des changements convergents et incrémentiels compatibles avec la capacité des acteurs impliqués de faire face aux défis introduits par le projet décentralisateur. En accord avec leurs intérêts, les acteurs placés aux différents niveaux du système de santé chercheront à s'appropriier les propriétés structurelles de ce système pour les réaménager et attribuer de nouveaux sens aux projets, activités, pratiques, jeux, stratégies. D'importants enjeux mobiliseront ces acteurs, comme le financement et l'allocation des ressources dans le système, le partage des compétences par les trois échelons du gouvernement de la santé et leur imputabilité, les rapports public/privé, l'intégration/fragmentation des services, la politique des ressources humaines, la culture centraliste, normative, bureaucratisée et clientéliste des institutions publiques de santé.

Pour appréhender de façon simultanément analytique et synthétique le processus de décentralisation et d'allocation des ressources au RN, nous avons établi des points de repères

historiques pour identifier les épisodes de sa structuration. Ainsi, notre étude de cas au RN retrace trois épisodes de ce processus, le dernier restant toujours en ouvert.

1. En 1986, la création du SMS de Natal marque le début d'un épisode caractérisé par le *«mouvement pour la municipalisation»* du système de santé de cet état fédéré. Un mouvement politico-institutionnel local influencé par le contexte national, créera les conditions favorables à l'implantation de la municipalisation par des actions et réactions telles que l'incitation à la création d'autres SMSs au RN et la constitution du COSEMS-RN, l'acteur collectif clé du mouvement qui assumera le leadership de ce processus.
2. En 1993, la publication de la NOB/93 constituera l'événement qui déclenchera la municipalisation au pays, en instituant les instances collégiales de négociation et de gestion partagée du SUS (la CIT et les CIBs) et la condition de gestion semi-complète, la seule des trois modalités de gestion créées par cette norme que nous pouvons identifier conceptuellement comme une *«décentralisation»*. Encore en 1993, la création de la CIB-RN et l'approbation de la gestion semi-complète pour le SMS de Natal constituent les repères pour la fin de l'épisode précédent et le début d'un autre : l'*«implantation et la consolidation de la municipalisation»*. Incitée par l'état central mais réappropriée par les acteurs locaux, cette dernière instaure de nouvelles relations fédératives dans le domaine de la santé, des changements dans l'allocation des ressources et dans la gestion du SUS au niveau des municipalités. Un jeu compétitif régulé par des normes et des incitations économiques centralisées institutionnalise de nouvelles pratiques et dynamiques d'action d'acteurs collectifs nationaux (CONASS et

CONASEMS) et locaux (COSEMS-RN) qui impriment une nouvelle logique de participation dans la restructuration du système de santé.

L'édition de la NOAS/2001 constitue un outil normatif important dans la création de conditions de possibilité pour définir un nouvel épisode. Cette norme préconise une politique de régionalisation/intégration où les états fédérés rétablissent leur mandat de coordination du système de santé à leur niveau. Au RN, les répercussions pratiques de ces efforts d'intégration restent encore embryonnaires et ne peuvent être perçues qu'à partir de 2003. L'habilitation du SSE-RN dans la GPSE, selon les critères de la NOAS, amorce alors un nouvel épisode du processus de municipalisation de la santé dans cet état fédéré, l'*«implantation de la régionalisation de la santé»*. Le fort accent normatif de cette norme, les critiques et résistances des états fédérés et municipalités semblent lui prédire une courte vie. Les acteurs collectifs sont en quête d'une nouvelle voie où les prescriptions normatives commencent à réduire son importance et l'ébauche d'un Pacte pour la santé se dessine à l'horizon.

## **10.2. Le mouvement pour la municipalisation**

Le premier épisode se déroule à l'intérieur de deux contextes nationaux successifs. Le premier (1986-1988) favorisait l'action de divers acteurs individuels et collectifs autour du mouvement pour la réforme de la santé, sous le leadership collectif de l'ABRASCO et du CEBES. C'est le début des plans d'ajustement financier, le retour du thème des réformes sociales au débat public, la restauration de la démocratie sanctionnée par une nouvelle



constitution fédérale, l'action des mouvements nationaux et locaux pour la réforme de la santé et sa municipalisation. Ces deux acteurs collectifs comptaient sur le capital symbolique accumulé par les intellectuels du secteur à partir de quelques expériences nationales et internationales ainsi que le contrôle sur quelques ressources d'autorité par groupes de technocrates et professionnels des organisations de santé publiques engagés dans le mouvement réformiste.

La synergie des mouvements de ces acteurs, le contrôle de ce type de ressources et la dominance dans l'environnement politique des idées émancipatrices issues du mouvement pour la re-démocratisation du pays ont permis aux leaders réformistes de la santé d'accumuler du capital politique pour assumer des postes d'autorité dans le gouvernement fédéral (MS et INAMPS) et influencer les politiques de santé et les démarches législatives en cours. Ainsi, les acteurs réformistes ont réussi à mobiliser d'autres secteurs de la société (au parlement, au gouvernement fédéral, à l'intérieur de la société civile plus large) pour déclencher quelques changements dans l'ordre législatif, sanctionnés par le chapitre de la santé inscrit dans la constitution fédérale qui a créé le SUS. Le premier paradoxe du nouveau système de santé réside dans le fait que les changements radicaux énoncés au plan législatif ne trouvaient pas dans le champ social de la santé un terrain fertile pour promouvoir des changements effectifs. De fortes résistances se dressaient et l'ancien et le nouveau commençaient à prendre des positions, à mesurer leurs forces, à s'affronter. Dans une société moderne régie par la norme, comme la brésilienne, on a «*dépassé l'âge de la loi*» (Foucault, 1980).

Au RN, les contextes national et local établirent des rapports récursifs favorisant les mouvements pour la réforme du système de santé dont la décentralisation sera l'un des axes prioritaires. La création du SMS de Natal y figurera comme l'acte fondateur de la structuration d'un processus de municipalisation de la santé, constituant la base matérielle, organisationnelle et symbolique nécessaire pour débiter un mouvement politique dans cette direction. Le SMS de Natal deviendra l'image concrète de la possibilité présente en chaque municipalité pour prendre en charge la santé de ses citoyens. Deux mouvements simultanés à savoir la structuration de ce secrétariat et la diffusion des idées municipalistes contribuaient à fixer la municipalisation dans la structure symbolique du système de santé au RN. Le SMS de Natal prenait alors le leadership collectif de ce mouvement qui regroupait des intellectuels, technocrates et professionnels de la santé autour de son projet. Pour bâtir les conditions de viabilité de la municipalisation, il semblait indispensable de stimuler la création d'autres secrétariats municipaux à la Santé et de créer une organisation pour défendre leurs intérêts, le COSEMS-RN.

Le RN représentait l'un des états fédérés dont les municipalités n'offraient aucun service de santé à leurs populations; il n'existait aucune structure municipale de santé à ce moment. Natal avait compris les messages venant du contexte national qui signalaient dans la direction d'une décentralisation du système. Après la création de son SMS, Natal cherchait à démontrer aux autres municipalités l'importance de suivre son exemple : l'appréciation de son travail par la population lui servait de capital symbolique pour convaincre les autres, une sorte d'«*effet démonstration*». De façon récursive, la création d'autres SMS renforçait la position de Natal et son projet de faire progresser la municipalisation dans son territoire. La

création du COSEMS-RN, même si ce dernier reste encore très dépendant du SMS de Natal constituera une action structurante dans le sens de former un leadership collectif du mouvement de la municipalisation. Toutefois, à ce moment, il manquait toujours à cet acteur collectif la base de légitimité nécessaire pour exercer son rôle. À la fin de ce contexte, un nouvel acteur apparaît sur la scène, le NESC/UFRN, dont l'importance pour le mouvement de réforme de la santé sera remarquable; il fera office de «*conscience critique*», producteur de connaissances et formateur d'opinion. Cet acteur prendra parti pour la municipalisation et lui donnera une grande contribution à partir du contrôle de ressources d'autorité et du capital symbolique accumulé par l'expérience de ses membres.

Nous devons rappeler que ce contexte n'était pas totalement favorable; l'action des acteurs réformistes, particulièrement des municipalistes se butait à de nombreuses contraintes restrictives. L'absence totale ou l'insuffisance de règles et de ressources au niveau local (centralisation des propriétés structurelles) de même que la culture centraliste, de dépendance de l'état fédéré et du fédéral, accompagnées d'une perspective de «*comptabilité électorale*» encourageaient la manque d'appui de plusieurs maires, acteurs importants pour accumuler du capital politique pour le mouvement. Ainsi, les maires se divisaient entre l'appui, l'opposition et l'ambiguïté par rapport au mouvement de municipalisation de la santé. Ils attendaient des incitations économiques ou politiques majeures pour prendre une position favorable.

À l'intérieur de ce contexte, quelques enjeux mobilisaient les acteurs : la nature de la prestation des soins (publique ou privée), l'unification de la gestion (centralisée ou décentralisée) et les voies de décentralisation (municipalisation ou «*districtalisation*»). Le

premier enjeu sera explicité dans la VIII<sup>e</sup> CNS et pendant le processus législatif qui a conduit à la constitution fédérale de 1988. Au début, les acteurs se positionneraient autour de l'opposition public/privé. Dans ce contexte national, au plan de la structure matérielle, l'ancien système de santé comptait majoritairement sur des établissements privés conventionnés. Progressivement, les acteurs favorables à une position privatiste (propriétaires des hôpitaux et cliniques privées, organisations professionnelles inspirées par le libéralisme) laissent la scène et quelques groupes de réformistes commencent à prendre conscience de l'impossibilité de remplacer soudainement le composant privé du système de santé par d'autres effectivement publics. De nouvelles voies apparaissent dont l'étatisation radicale qui s'affronte à une version nouvelle du mix public/privé. Cette dernière réunira les conditions politiques pour s'affermir dans ce contexte et le SUS sera créé comme un système public hybride où un composant privé conventionné sera perçu comme supplémentaire et soumis aux contrôles publics. Ce «*conflit originel*» du SUS est à la racine de plusieurs événements qui arriveront dans le développement du processus de sa structuration, configurant des pratiques et positions privatistes qui ont acquis le statut de traits institutionnalisés du système de santé.

À l'occasion de l'occupation des postes d'autorité des institutions fédérales de santé par les acteurs réformistes, le groupe de gestionnaires de l'INAMPS et du MS ont pris des positions divergentes relativement à l'unification du système, autre enjeu important dans ce contexte. Quelques gestionnaires réformistes influents dans le MS se montraient favorables à un changement immédiat des propriétés structurelles de l'ancien système de santé dans le sens prescrit par la constitution fédérale. Ces gestionnaires considéraient prioritaire le transfert de l'INAMPS à ce ministère, entre autres mesures d'unification au niveau central. Au contraire,

profitant de leurs postes dans la sécurité sociale (la source principale de financement du système de santé), les gestionnaires de l'INAMPS s'approprièrent des règles et ressources d'allocation et d'autorité présentes dans les structures matérielle et organisationnelle de cette institution pour renforcer leur pouvoir d'action sur le système de santé en construction. Alors, ils n'étaient pas de tout d'accord avec le transfert de cette organisation de santé de la sécurité sociale au MS à ce moment-là, préférant accorder la priorité au déclenchement du processus de décentralisation vers les états fédérés où l'unification serait plus convenable.

Cette position des gestionnaires de l'INAMPS était renforcée par les alliances avec les gouverneurs, le CONASS et le CONASEMS intéressés aux transferts de ressources aux niveaux plus périphériques du système. L'implantation des SUDS aux états fédérés correspondait à un acte conscient et réflexif des gestionnaires de l'INAMPS sur les possibilités ouvertes au projet réformiste dans ce contexte. Ainsi, ont-ils pris des décisions pour déplacer quelques propriétés structurelles du système (des ressources financières et matérielles, la technologie, le personnel et une tranche de pouvoir décisionnel) aux états fédérés entraînant une déstabilisation du système de santé, visant la restructuration par les acteurs locaux; restructuration sous tutelle de l'état central qui concentrait le pouvoir de réglementation afin d'assurer la gouvernabilité sur ce processus. Ainsi, dans ce contexte de transition au SUS, si une concordance persistait à propos des principes généraux de la réforme, les acteurs réformistes commençaient à se diviser quant aux stratégies à adopter pour l'action et le temps des changements.

Un troisième enjeu mobilisera les acteurs du système de santé par récursivité des contextes des états fédérés sur le contexte national. L'opposition «*états fédérés/municipalités*» concernant l'approfondissement du processus de décentralisation revêtira diverses formes dans chaque unité fédérative. Au RN, elle prendra la forme d'un débat sur les voies de la décentralisation : municipalisation ou districtalisation. Malgré le nouveau pacte fédératif et les discours des leaders du projet réformiste, explicitant le choix de la municipalisation du système de santé comme voie retenue, les résistances corporatives se traduiraient par une remise en question technique : la districtalisation justifiait la préservation des règles et des ressources du système transférées par le niveau fédéral au contrôle de l'état fédéré (SSE-RN), simultanément, l'affirmation que la décentralisation «*fonctionnelle*» entraînée par ce modèle d'organisation des soins était plus profonde que la municipalisation. En fait, dans ce contexte, la districtalisation n'est qu'une stratégie pour arrêter la décentralisation au niveau des états fédérés.

Le déplacement des propriétés structurelles de l'INAMPS aux états fédérés inauguré par les SUDS constituait le premier pas du processus de décentralisation, mais contenait le germe de la résistance la plus forte à la municipalisation, celle des gestionnaires, technocrates et professionnels des SSE. Après l'implantation des SUDS, les gestionnaires et technocrates des SSE contrôlent des ressources qui leur attribuent des positions privilégiées et asymétriques dans leurs rapports avec d'autres acteurs locaux. Dans un état fédéré comme le RN où la majorité des municipalités étaient petites et dépendantes des autres échelons de gouvernement, la municipalisation représentait un défi à l'ordre fédératif institutionnalisé. Il fallait surmonter des contraintes structurelles, les résistances corporatives des fonctionnaires des autres

échelons de gouverne, la crainte des changements des règles du jeu dans le système qui pourraient contrarier les intérêts déjà établis.

Dans ce contexte, le RN n'assistera pas à des changements radicaux, mais le SSE-RN passera de simple fournisseur de soins à la condition de gestionnaire du SUDS-RN, un changement convergent. Ainsi, la majorité de ses fonctionnaires refusaient la municipalisation d'où découlait la perte de ressources d'allocation (surtout financières) et d'autorité, du contrôle des établissements privés conventionnés et conséquemment du capital politique. Un deuxième paradoxe du SUS s'installe avant son implantation : la décentralisation du système de santé aux états fédérés suscitait de fortes résistances, autant de contraintes à la municipalisation. Des conflits fédératifs s'installent, mais la réforme sanitaire demeure la grande utopie où les principaux acteurs sont identifiés à l'idéal d'une société démocratique dont les valeurs d'équité, de libertés individuelles et d'efficacité doivent rester en équilibre, une image idéalisée à poursuivre.

Le deuxième contexte de cet épisode (1989-2002) connaît la première vague de néolibéralisme comme idéologie dominante; ce courant persistera jusqu'à aujourd'hui, avec des nuances plus au moins intenses, selon les contextes qui se succèdent. Le gouvernement fédéral cherche à déstabiliser les SUDS et à neutraliser les conquêtes législatives au moment de la sanction des lois de réglementation du SUS. Les stratégies adoptées consistaient à nommer aux postes d'autorité des gestionnaires conservateurs, réduire et retarder les transferts de ressources aux états fédérés et stimuler la publication dans la presse d'articles compromettant l'image de marque des SSE et SMS, accusés d'incompétence et de corruption.

L'état central cherche à intervenir aussi sur la législation du SUS en procès d'approbation. À ce moment très près du début de l'implantation du SUS, le monde politique porte son attention sur le système de santé dans une tentative de réappropriation conservatrice de ses règles et ressources. Les rétroactions de ces acteurs sur les propriétés structurelles du système couvrent tout : le financement (structures matérielle et organisationnelle), la crédibilité des échelons périphériques du SUS à propos de sa capacité de gestion (structure symbolique), la réglementation du système (structure organisationnelle).

Le troisième paradoxe du SUS s'explique : la coexistence entre le gouvernement néolibéral et le système de santé d'inspiration social-démocrate. D'une part, un discours pour l'universalité, l'élargissement de la couverture des soins, l'équité, la solidarité, l'intégration institutionnelle, la coopération fédérative, l'inclusion sociale; d'autre part, les coupures du budget de la santé (déjà insuffisant), l'allocation inégalitaire, le clientélisme, la fragmentation, l'incitation à la libre concurrence du marché. En plus, le paradoxe néolibéral du SUS se manifeste par les stratégies d'hégémonie mises de l'avant par les secteurs conservateurs traduisant les demandes générales pour l'autonomie du niveau local, l'efficacité et la qualité des services publics de santé par des réponses individualisées à travers des relations directes et anarchiques entre le MS et les municipalités associées aux objectifs clientélistes/électorales du gouvernement fédéral. Il s'agit effectivement d'une déresponsabilisation de l'état central envers le système de santé : incitations fiscales à la privatisation de la santé favorisant la croissance des assurances-maladies privées, instabilité des ressources et réduction du financement du système public, stratégies de focalisation des problèmes et sélection de la clientèle avec exclusion sociale (aux pauvres, un panier de soins de base).



C'est le temps des premières accommodations, réactions, reculs suivis de pressions issues des réformistes pour reprendre leur projet. Les acteurs évaluent les règles du jeu, leurs ressources, leurs possibilités d'action dans le champ social de la santé pour défendre leurs intérêts. Les résistances au projet SUS prennent des formes très diversifiées : sabotages, lobbies auprès des parlementaires, défense corporatiste des attributions centralisées, allocation de ressources pour développer des pratiques conservatrices comme favoriser l'achat d'ambulances en dépit des investissements dans les structures locales du système de santé. Les réformistes constatent que ce processus sera long, le projet de structuration du SUS étant très complexe, et qu'il faut élaborer et déployer une stratégie constructiviste de production de changements convergents et incrémentiels pour atteindre les changements radicaux espérés.

Au RN, le contexte imposera des restrictions à la réforme de la santé : les réductions des transferts fédéraux, les restrictions budgétaires du gouvernement du RN au SSE-RN, les contraintes bureaucratiques, la menace de coupure des gratifications des fonctionnaires du SSE-RN. Les réactions dans le champ social de la santé provoquent une paralysie momentanée du projet réformiste : manifestations publiques contre le SSE-RN, grèves des fonctionnaires du SSE-RN, attitudes corporatives contre la municipalisation. Ainsi, le contexte se montrera peu réceptif au mouvement pour la municipalisation de la santé et les actions du COSEMS-RN : le SMS de Natal change d'orientation et abandonne le mouvement, les nouveaux maires et secrétaires municipaux à la Santé ne connaissaient pas encore le projet de municipalisation de la santé, le manque de leadership s'installe et le COSEMS-RN vague pendant quelque temps à la dérive. Malgré ces obstacles, la nouvelle direction de cette

organisation des secrétaires municipaux à la Santé du RN affrontera le défi de surmonter les contraintes du contexte afin de construire les conditions pour son autonomie.

Au niveau national, le contexte favorisait une sorte de municipalisation chaotique et le CONASEMS sera très soutenu par le gouvernement fédéral. Cette organisation consolidera sa position dans le système de santé en tant que leadership collectif du mouvement municipaliste. Ainsi, les mouvements récursifs entre les contextes national et de l'état du RN permettront au COSEMS-RN de compter sur l'appui du CONASEMS pour survivre aux énormes contraintes du contexte local et donner suite aux activités du mouvement (réunions régionales, visites locales, cours, séminaires et consultations) réalisées en partenariat avec le NESC-UFRN. Les ressources symboliques et d'autorité étaient alors mobilisées pour fixer dans l'horizon des acteurs locaux l'image idéalisée de la municipalisation de la santé.

Malgré ce contexte néolibéral et les interventions du gouvernement fédéral, les lois de réglementation du SUS seront approuvées sous forte pression des acteurs réformistes et l'INAMPS sera transféré au MS, unifiant la structure matérielle du SUS au plan national. Cependant, cette unification formelle des organisations de santé dans un seul ministère n'était pas accompagnée d'une intégration systémique; le MS continuait à fonctionner comme une maille d'organisations superposées jouissant de beaucoup d'autonomie entre elles. Cette autonomie avait entretenu les conditions d'une dynamique sociale à l'intérieur de chacune de ces organisations, ce qui a favorisé la reproduction de leurs propriétés structurelles au niveau fédéral et des états fédérés. Cette autonomie a aussi maintenu une certaine stabilité des pratiques et comportements des acteurs de ces organisations du MS dans l'espace-temps, la

consolidation de routines propres et, finalement, l'institutionnalisation des pratiques et identités des agents institutionnels.

L'identification avec l'organisation (FUNASA, INAMPS, entre autres) développait un «*esprit de corps*», ce qui créait des difficultés à l'intégration souhaitée; les résistances corporatives et culturelles aux changements étaient très fortes. Les difficultés d'intégration n'étaient pas attribuables seulement à l'ordre purement administratif; elles relevaient en plus du domaine des mentalités, des habitus structurés, des identités configurées, de l'institutionnalisation. Ainsi, les conflits d'orientation étaient fréquents dans le MS, alimentés par les différences d'orientation de ses organisations, ce qui explique la position ambiguë de ce ministère face à la municipalisation : officiellement favorable mais, dans la pratique, freiné par les résistances corporatives de quelques-unes de ses organisations.

La difficulté d'établir des lois et de trouver des outils opérationnels respectant l'hétérogénéité nationale a conduit les acteurs réformistes au premier détour normatif du système de santé : les normes opérationnelles de base (NOB). Ces dernières constituent des outils de gouverne incorporés à la structure organisationnelle du système de santé, en vue d'orienter le processus de structuration du SUS. Dans ce contexte, deux normes opérationnelles ont été publiées par le MS : la NOB/91 et la NOB/92. Ces dernières ont été consacrées aux systèmes d'information des données hospitalières (SIH) et des actions ambulatoires (SIA) de même qu'aux transferts de ressources financières fédérales et à la prestation des comptes; des règlements sur les informations et l'allocation des ressources décentralisées du système de santé.

Le financement du SUS pendant ce contexte constituera l'un des nœuds critiques de ce système. La principale innovation introduite par ces NOBs au financement du SUS, comme processus de circulation de l'argent, a été la création des «*fonds de santé*» à chaque échelon gouvernemental, ces derniers constituant des outils unifiés du stockage des ressources financières à l'intérieur de la structure matérielle du SUS. Ce système reste encore très dépendant de la sécurité sociale et des fluctuations de l'économie et de la politique nationale. Le prélèvement tripartite, encore fortement centralisé au niveau fédéral sera institué; en effet, comme une réforme tribulaire équitable n'a pas eu lieu, la législation n'attribuait toujours pas aux états et municipalités le pouvoir de perception fiscale correspondant à leurs possibilités et leurs besoins. Les petites municipalités ne pouvaient, conséquemment compter sur des ressources fiscales étant financées exclusivement par les ressources du FPM, transférées par le gouvernement fédéral. L'allocation continuera aussi à être centralisée : malgré la décentralisation aux SUDS, les états fédérés demeuraient des gestionnaires mineurs de la santé, détenant un faible pouvoir d'allocation. Les SSE et SMS continuaient à fournir des services de santé payés par le MS. Le paiement à l'acte domine la scène, les états fédérés et municipalités se limitent à payer les salaires de leurs fonctionnaires (voir le Tableau 9).

Dans ce contexte, le processus de centralisation/décentralisation adopte le format d'une recentralisation des décisions au fédéral et d'une décentralisation des soins de première ligne aux municipalités, tandis que les états fédérés occupent le second plan dans la politique de santé. Au RN, la crise générale des SSE brésiliens se manifeste par un vide institutionnel, aggravé par l'élection d'un gouvernement néolibéral en 1991.

**Tableau 9. Le financement du SUS, 1990-1992**

Fonctions	MS	SSE-RN	SMS
Prélèvement	Fiscal (Trésor) Cotisations (sécurité sociale et autres)	Fiscal (Trésor) Transferts fédéraux	Grandes : fiscal + FPM; Petites : FPM
Stockage	FNS	FUSERN	FMS
Allocation	Conservatrice (séries historiques + taille de la population + complexité des services)	Bas pouvoir d'allocation + fournisseur de services	Sans pouvoir d'allocation + fournisseur de services
Paiements	Salaires + paiement à l'acte	Salaires	Salaires

**FPM** = Fonds de participation des municipalités

**FUSERN** = Fonds de santé du RN

**FNS** = Fonds national de santé

**FMS** = Fonds municipal de santé

Les tours de force dans le champ social de la santé, ponctués par les grèves et manifestations publiques successives des fonctionnaires du SSE-RN, constituent des signes d'insatisfaction de ces acteurs face à leurs conditions de travail et de revenus mais révèlent aussi l'insécurité ontologique face aux changements annoncés; l'incertitude vis-à-vis de la municipalisation et de l'absence de contrôle sur leurs destins vont de pair avec ces turbulences du contexte. Le SSE-RN tient une position ambiguë à ce sujet : il annonce un plan de municipalisation mais le retarde sans cesse, convoque la II<sup>e</sup> Conférence de l'état fédéré sur la santé, soutient une position neutre pour ensuite passer du côté de l'opposition dissimulée par une apparente indifférence.

En fait, le secrétaire à la Santé du RN, ainsi que les gestionnaires et technocrates du SSE-RN jouent, en tant qu'acteurs conscients, des limitations institutionnelles dans ce contexte et adoptent des stratégies de survivance, comme celle du «*détour clientéliste*» d'acheter des ambulances pour les distribuer aux municipalités alliées au gouvernement du RN. Cette stratégie visait à reproduire dans le système de santé les pratiques qui stimulaient la culture du patronage, du privilège et de la dépendance des municipalités envers l'état fédéré. L'absence de développement local représentait une lourde contrainte à la municipalisation et le SSE-RN, résistant au nouveau rôle qui lui était attribué dans le système, jouait avec ses ressources pour remplir son ancienne mission. À peine annoncée par la possibilité des transferts de ressources, l'autonomie des municipalités signifiait aussi la réduction de la structure matérielle et du pouvoir d'allocation du SSE-RN; l'incertitude et l'ignorance des acteurs locaux les poussaient à demeurer favorables aux jeux de pouvoir entretenus par le SSE-RN afin de survivre aux turbulences et conserver leurs vieilles pratiques dans le système de santé.

Le retour de Natal au mouvement de municipalisation, le rassemblement des secrétaires municipaux à la Santé du Grande Natal autour du COSEMS-RN et l'appui du CONASEMS constituent des éléments fondamentaux pour insuffler de l'élan à ce mouvement et accumuler du capital politique pour amorcer la restructuration du système de santé. La «*Rencontre nationale des secrétaires municipaux à la Santé*», une promotion du CONASEMS, tenue à Natal, sera très importante pour le retour du COSEMS-RN comme leadership collectif du mouvement dans l'état fédéré. Progressivement, ce dernier s'affirme comme acteur collectif au cours des rencontres avec les autres acteurs favorables à la

municipalisation et y acquiert de la légitimité. Ce contexte est rempli de minuscules mouvements d'aller et retour, sans changements majeurs.

Malgré tout, les premiers pas pour créer les conditions de possibilité de la municipalisation ont été tracés : un leadership collectif légitime, le bâtiment des propriétés structurelles du système au niveau local, l'expansion des SMS dans l'état fédéré, les premières cessions de patrimoine du SSE-RN au SMS de Natal. La capitale de l'état fédéré continue à servir de modèle pour le mouvement, élargissant sa structure matérielle, assumant le contrôle sur tous les services de première ligne dans son territoire et augmentant l'offre de soins de son SMS. Il faut attendre les changements.

### **10.3. L'implantation et consolidation de la municipalisation**

À partir de 1993, le processus de municipalisation de la santé entre dans un nouvel épisode où les contextes d'implantation et de consolidation se succèdent. L'implantation de la municipalisation (1993-1997) sera marquée par des événements qui surviennent après l'effervescence politique suscitée à propos de l'impeachment du président Collor. Le gouvernement fédéral met un frein aux privatisations, reprend les projets sociaux et adopte un discours démocratique et moralisateur. Au plan de la santé, ce virage politique amène le retour des technocrates réformistes aux postes d'autorité du MS, la reprise du projet de réforme de la santé et le remplacement de l'INAMPS par le Secrétariat des soins de santé

(SAS). Ce dernier donnera lieu à la discussion tripartite (MS, CONASS et CONASEMS) sur une nouvelle NOB pour déclencher l'implantation de la municipalisation au niveau national.

La NOB/1993 représente le moment d'inflexion dans la politique de santé brésilienne où les groupes d'acteurs sociaux «*municipalistes*» réussiront à établir leur hégémonie sur les autres, où les intérêts de différents groupes (quelquefois antagoniques) convergent vers la municipalisation. À ce moment là, seront créés les outils normatifs pour une politique progressive de décentralisation qui prétendait répondre simultanément aux intérêts locaux et universels, assurer le droit à la santé des citoyens et tenir compte de la rationalisation des ressources par le pouvoir central. Enfin, nous assistons au début d'une négociation pour un pacte fédératif en matière de santé.

La participation tripartite inaugure une nouvelle forme d'organisation du niveau central/fédéral du système de santé, auparavant limité au MS. La NOB/93 constitue la base réglementaire qui sera intégrée à la structure organisationnelle du SUS pour engager progressivement les municipalités dans le processus de prise en charge de la santé par le niveau local du système. Les règles du jeu auront un traitement minimaliste : stratégies graduelles, des petits changements convergents négociés (parfois impossibles à implanter dans quelques contextes locaux), usage d'incitations économiques et/ou de sanctions normatives pour imposer quelques innovations introduites par le MS. Les nouvelles modalités de gestion créées par la NOB/93 révèlent la face stratégique de cette NOB : il s'agissait de respecter les diversités régionales, le rythme et les conditions concrètes des municipalités pour s'engager



dans le processus; l'apprentissage institutionnel et les investissements locaux constitueraient les conditions de développement d'une modalité de gestion à une autre.

S'amorce alors une recherche de compromis auprès des gestionnaires locaux face à la municipalisation, d'incitation à la prise en charge, à la création et au développement des structures locales (même en devant compter sur et avec les transferts fédéraux), à la capacité de gestion et prestation des services, enfin, à l'implantation progressive de la municipalisation de la santé. La NOB/93 institue les mécanismes de gouverne pour approfondir le processus de décentralisation, en ce qui concerne particulièrement les transferts financiers fonds à fonds (appliqués exclusivement aux municipalités en gestion semi-complète) et les commissions intergestionnaires (CIT et CIBs) comme les instances collégiales de négociation et gestion du système responsables de l'opérationnalisation des politiques de santé.

Ce contexte national favorable à l'implantation de la municipalisation était parfois nuancé par les particularités des contextes locaux. Au RN, le début de ce contexte (jusqu'à mars 1994) sera marqué par l'opposition tacite du SSE-RN à cette politique dont la position du secrétaire à la Santé de l'état fédéré se démarque par son ambigüité sur la municipalisation. La constitution de la CIB-RN (acte fondateur de ce nouvel épisode) est exemplaire des jeux de pouvoir en coulisse et devient le premier enjeu du SUS dans ce contexte. La position du secrétaire à la Santé du RN et du SSE-RN comme institution paraît assez spéciale : appuyé par les technocrates et professionnels de ce secrétariat, le gestionnaire majeur de la santé au RN résistera aux pressions du COSEMS-RN et d'une partie des maires pour, céder finalement aux menaces de sanctions du MS et créera la CIB-RN. Ainsi, déclenchera-t-il la municipalisation

par la création de la CIB-RN, l'approbation des premiers procès d'habilitation (second détour normatif du SUS) et de la gestion semi-complète à Natal, mais uniquement sous la pression serrée du SAS/MS, du COSEMS et des autres acteurs municipalistes.

La CIB-RN deviendra l'espace privilégié pour les rencontres des gestionnaires de la santé de l'état fédéré et des municipalités, autour de deux acteurs collectifs fondamentaux pour le processus de municipalisation : le COSEMS-RN et le SSE-RN. Les décisions sur l'allocation des ressources du système et la mise en œuvre de sa municipalisation y seront prises, établissant une gestion partagée du SUS dans l'état fédéré, sous contrôle du MS. Progressivement, les tensions et disputes de l'ensemble des acteurs du système se déplacent parmi les espaces sociaux du SUS qui se multiplient, les instances collégiales (CIB-RN, CES-RN, conseils municipaux de santé, CIS), entre autres. Les pressions des fournisseurs, maires, députés, professionnels, entre autres, auparavant exercées exclusivement sur le secrétaire à la Santé du RN et ses collaborateurs les plus proches sont désormais redistribuées à l'intérieur d'une dynamique sociale plus complexe où la CIB-RN gagne en légitimité politique.

Sous le leadership du secrétaire à la Santé du RN, le SSE-RN résistait institutionnellement à ce processus jusqu'en mars 1994. Face au contexte, comme il ne pouvait pas expliciter sa position, les membres du SSE-RN dans la CIB-RN ont adopté des stratégies de sabotage à ses réunions et au travail de son secrétariat exécutif, retardant les prises de décision, dissimulant les informations, radicalisant pour éviter le consensus (critère préalable pour les délibérations dans cette commission), produire la paralysie décisionnelle de

cette instance et ainsi retarder le processus. Le début de la municipalisation s'effectuera alors sous le signe du conflit entre le SSE-RN et le COSEMS-RN.

Le début de la municipalisation de la santé au RN reste aussi important pour constater le rôle contraignant d'un leadership fort tel celui du secrétaire à la Santé du RN. Malgré le contexte national favorable et quelques conditions contextuelles positives au RN pour l'implantation de la municipalisation, la position du secrétaire à la Santé et son influence sur d'autres acteurs locaux sera décisive pour retarder ce processus. Ces acteurs se montreront capables de développer des actions efficaces pour neutraliser l'importance du contexte et des acteurs municipalistes, car ils comptaient encore sur des ressources d'allocation et d'autorité suffisantes pour mobiliser les structures du système au jour le jour, tissant les résistances aux changements prétendus qui menaçaient de déstabiliser les intérêts établis et la préservation des vieilles pratiques (bureaucratiques, corporatistes, clientélistes, privatistes) dans le système de santé.

Depuis avril 1994, commence un cycle de secrétaires à la Santé du RN dont les brefs mandats révèlent les difficultés pour se maintenir à ce poste, face aux contraintes inhérents à la dynamique du SUS-RN, impliquant plus précisément les technocrates, professionnels et fournisseurs de soins (surtout les privés) et aux contraintes externes (surtout des politiciens, entre autres acteurs sociaux). Jusqu'en 1997, les trois secrétaires à la Santé du RN qui se succèdent adopteront des positions qui assurent une certaine continuité des politiques de santé dans cet état fédéré. Les deux premiers sont nettement municipalistes et le dernier, même sans aucune expérience antérieure au sein du système public de santé, n'a mis aucun obstacle au

processus de municipalisation, assumant une relation de coopération avec le COSEMS-RN dans la CIB-RN. Au niveau de l'état fédéré, c'est un contexte particulièrement favorable au processus de municipalisation ainsi qu'au projet général de réforme de la santé.

La position de leadership du secrétaire à la Santé du RN dans le champ social de la santé se révèle un composant important du processus de structuration du SUS-RN, en particulier de la municipalisation de la santé. Deux positions contrastantes marquent ce contexte : d'une part, l'opposition silencieuse et ambiguë du premier secrétaire, provoquant des conflits avec le COSEMS-RN; d'autre part, l'appui à la municipalisation progressive accordé par les trois secrétaires subséquents, une position plutôt coopérative avec le COSEMS-RN mais en quête d'alliances stratégiques avec les petites municipalités neutralisant ainsi le leadership du SMS de Natal (Tableau 10). Pendant cette période, le contrôle d'une tranche considérable des ressources d'allocation et d'autorité du système suffira à laisser au secrétaire à la Santé du RN une marge de manœuvre significative sur les règles du jeu au niveau local, permettant de stimuler ou d'immobiliser le développement de la municipalisation. Les pressions des acteurs du système se concentraient alors sur cette autorité dont le pouvoir centralisé ne serait fragmenté qu'au fur et à mesure de l'institutionnalisation de la CIB-RN comme instance légitime de prise de décisions. Cette institutionnalisation résulte des actions d'acteurs collectifs forts (COSEMS-RN et SSE-RN) en légitimant cette instance du SUS comme espace décisionnel. La prise systématique de décisions dans la CIB-RN se transforme en routine dans le système de santé, jusqu'au point d'être assimilée comme trait institutionnalisé du système.

**Tableau 10. Influence du leadership du secrétaire à la Santé du RN sur le processus de municipalisation**

<b>Positions du secrétaire face à :</b>	<b>Première gestion</b>	<b>Trois gestions subséquentes</b>
Municipalisation	Opposition/ambiguïté.	Appui; collaboration avec le COSEMS-RN, alliance avec les petites villes.
COSEMS-RN	Conflits ouverts.	Collaboration.
Contribution à la structuration	Création de la CIB et du CES (sous pression du MS); approbation de la GSP à Natal et quelques autres habilitations.	Accélération des procès d'habilitation, implantation de la GSP à Natal et autres municipalités.
Instances collégiales du SUS	(manque d'appui à la CIB et au CES, sabotages au fonctionnement).	appui normatif, économique et politique.
Obstacles à la structuration	Retards à l'implantation.	----
Obstacles bureaucratiques et juridiques	Culpabilisation du MS et passivité.	Résolution des problèmes;
Alliances	Acteurs du SSE-RN (technocrates, professionnels, fonctionnaires), politiciens, fournisseurs de soins privés.	Large alliance pour empêcher les coupures du MS au plafond financier du RN.
Résistances	Appui aux résistances des acteurs du SSE-RN.	Maires et secrétaires à la Santé des petites municipalités (neutralisation de la position globalisante du SMS de Natal).
Outils de municipalisation	Habilitations (procès)	Habilitations, cessions, neutralisation des résistances du SSE-RN; la FUNASA participe de la CIB-RN comme invitée.

Deux autres acteurs collectifs compteront significativement dans le processus de municipalisation dans ce contexte : le COSEMS-RN et le SMS de Natal. Après le mouvement des municipalités du Grande Natal, en 1992, le premier se rapproche des secrétaires municipaux à la Santé (sa base de légitimité) et des maires pour accumuler du capital politique et ainsi agir sur les députés et le gouvernement du RN. Pour devenir un acteur fort, le COSEMS-RN cherche des appuis à droite et à gauche, tentant de se positionner comme une organisation au-dessus de la politique des partis. La création de la CIB-RN changera toutefois la face de cette organisation. La NOB/93 attribuait aux COSEMS en tant que représentants de l'ensemble des gestionnaires municipaux de la santé dans chaque état fédéré un pouvoir normatif et d'allocation des ressources du système dans les CIBs. Au fur et à mesure que la CIB-RN s'institutionnalise, le COSEMS-RN se met à contrôler des ressources d'autorité suffisantes pour attirer l'attention de tous les secrétaires municipaux à la Santé du RN qui, pour défendre leurs intérêts et atteindre leurs buts veulent participer à son organisation.

L'action du COSEMS-RN dans la CIB-RN lui confère alors un pouvoir qui se traduit par un gain en légitimité. À l'occasion de l'implantation de la GSP à Natal, il affrontera cependant ses premières divisions internes, marquées par les intérêts divergents des petites et des grandes municipalités (ces dernières sous le leadership de Natal), bien exploitées par le SSE-RN. À partir de mai 1997, l'émergence des petites municipalités et d'un nouveau leadership hors du Grande Natal mèneront à la restructuration du COSEMS-RN. D'un côté, il devient une organisation encore plus forte et légitime, s'exprimant au nom de tous les secrétaires municipaux à la Santé et pas seulement des grandes municipalités; d'un autre côté,

l'intérêt pour le COSEMS-RN gagne aussi les partis politiques qui se disputent des places à l'intérieur de cette organisation pour parvenir à leurs intérêts.

Dans ce contexte des discours technocratiques et politiques se tiennent, alternent et s'affrontent autour d'enjeux principaux et de thématiques qui ressortent, à savoir le financement et l'allocation des ressources, la gestion et décentralisation du système de santé, les salaires et conditions de travail; tous ces thèmes récurrents semblent devoir se reproduire dans le champ social de la santé. Ainsi, la création et le fonctionnement de la CIB-RN et du CES-RN, l'implantation de la gestion semi-complète à Natal, (incluant le débat sur la répartition équitable des ressources et la définition des plafonds financiers), le mix public/privé (coupures des AIH et paiement différentiel aux traumatolo-orthopédistes et anesthésistes) représentaient les grands enjeux de ce contexte, mobilisant les acteurs du système à se poser des questions et à prendre, au cours de leurs rencontres, des positions dans l'espace social du SUS en structuration. Quelles seraient les activités à municipaliser? La gestion complète ou des services de première ligne? L'insuffisance des ressources ou l'allocation inefficace? La compétition ou la collaboration?

Le SMS de Natal reprend le leadership du COSEMS-RN à l'occasion du mouvement des municipalités du Grande Natal. En 1993, un nouveau secrétaire à la Santé de Natal émergera et exercera un fort leadership en faveur du mouvement pour la municipalisation, soutenant la position globalisante : transfert de toutes les structures, autonomie et gestion complète du système de santé dans son territoire. En d'autres mots, passer de fournisseurs de services à de vrais gestionnaires du SUS, prenant des décisions, définissant les priorités,

élaborant et mettant en œuvre les politiques de santé pour leur population. Cette perspective se heurtait à celle du SSE-RN et des petites municipalités car, dans un contexte de pénurie financière, transférer à Natal toutes les ressources demandées signifierait réduire énormément et brusquement les ressources du premier et éliminer d'avance la possibilité d'organisation des autres. L'enjeu autour de l'implantation de la GSP à Natal (le premier SMS en processus d'habilitation) correspondait à une opposition entre l'«*équité*» dans la distribution des ressources et l'«*autonomie*» de gestion qui ne deviendrait «*complète*» qu'avec le transfert global des ressources.

Le conflit politique au sein de la CIB-RN opposera alors les grandes municipalités regroupées autour de Natal et comptant sur l'appui du président du COSEMS-RN et le SSE-RN allié aux petites municipalités. L'implication du secrétaire à la Santé de Natal dans cette dispute reste exemplaire pour illustrer la logique circulaire du processus de structuration du SUS : les alliances, les positions radicales, le recul tactique à travers un pacte provisoire, le tissage de nouvelles alliances, l'accumulation de capital politique et symbolique (le cas de la dispute avec les entrepreneurs privés de la santé et les politiciens contre les fraudes et gaspillages dans le SUS), une nouvelle offensive, un nouveau pacte progressant vers le but initial. Un scénario complexe où la municipalisation ne pourrait pas être déclenchée sans l'appui du secrétaire à la Santé de l'état fédéré, mais sa mise en œuvre signifiait un changement du rôle du SSE-RN dans le SUS, impliquant une réduction de ses ressources et pouvoir d'influence transférés aux municipalités, particulièrement à celles en GSP. Il s'agissait alors d'établir un nouvel équilibre dans la relation bipolaire d'autonomie/dépendance des municipalités par rapport à l'état fédéré.



La décentralisation des espaces sociaux de négociations et ententes du SUS au plan régional, à travers la création des CIS, permettra une vision plus localisée des problèmes, un autre angle d'observation différent de celui de la CIB-RN. Dans les CIS, le COSEMS-RN et le SSE-RN rencontrent des contextes régionaux différents où ces acteurs collectifs prendront des décisions sur le partage des ressources du système, comptant sur des structures symboliques quelques fois très différentes de celles des organisations de l'état fédéré. La définition des priorités peut alors changer lorsque ces acteurs se placent dans les différents lieux de rencontre du système de santé, en situations relationnelles diverses. La création des CIS faisait ainsi partie d'une double stratégie : enrichir le processus de municipalisation par la participation directe et restreindre l'ascendance de Natal sur les autres municipalités. Au plan régional, l'influence de la capitale ne se faisait pas sentir dans les situations quotidiennes. Par contre, le SSE-RN faisait partie de l'histoire des expériences dans l'univers de la santé de ces municipalités, il restait encore là et exerçait de l'influence.

Le SSE-RN a essayé de promouvoir des changements radicaux au plan régional. La création des ETAM correspondait à l'objectif plus large de changer la nature des organisations régionales de ce secrétariat : de gestionnaires et interlocuteurs politiques régionaux du SSE-RN à l'exercice de pratiques d'appui technique aux municipalités. Dans l'interface d'un contexte national d'incitation au changement de la mission institutionnelle des SSE et d'un contexte local où le gouvernement de l'état fédéré par inspiration néolibérale cherchait à réduire la taille de ses organisations, les ETAM constituent un changement de grande envergure. La création de ces nouvelles organisations régionales correspondait à la tentative de rompre avec l'histoire de contrôle des ressources régionales du SSE-RN, de se placer dans

une situation d'asymétrie par rapport aux autres acteurs du système de santé inscrit dans une dynamique politique locale où l'influence des partis politiques demeurait forte et les pratiques clientélistes locales ancrées, cristallisées dans le système de santé.

Plusieurs interventions simultanées de grande portée seront prises : au niveau des structures matérielle (réduction du budget et des installations) et organisationnelle (extinction de postes d'autorité, coupure des gratifications et transferts du personnel, changement de la nature du travail). Cependant, la structure symbolique restera intouchée : la culture normative, centraliste, hiérarchisée, clientéliste, privatiste persistait dans l'horizon des organisations. Un temps d'attente systémique devenait essentiel à l'atteinte des changements culturels nécessaires pour produire les changements radicaux attendus; ce temps, l'institution n'a pas pu le prendre et a plutôt laissé place à la discontinuité des politiques et aux remplacements fréquents des secrétaires et des équipes. En plus, les changements brusques et de grande portée ont provoqué une déstabilisation de ces organisations suivi d'un véritable comportement chaotique et de l'exode de technocrates et professionnels, des résistances corporatives, l'absence de personnel qualifié pour combler les nouvelles attributions. Progressivement, au fil des jours, les acteurs conservateurs réussiront à s'adapter et le clientélisme, l'influence des partis, le corporatisme et les stratégies privatistes seront nuancés et représentés sous de nouveaux visages.

C'est un moment de transition institutionnelle. Le SSE-RN représente l'institution emblématique de ce moment dont les acteurs cherchent à survivre avec leurs valeurs, leurs préjugés, la tentative de soutenir leurs routines et se fixer dans le temps; les vieilles pratiques

dépassées insistent à se mettre en œuvre. Il faut suivre le temps des changements, l'état fédéré doit passer de l'état fournisseur des soins à l'état régulateur et coordinateur des politiques de santé. Le passé persiste toujours dans l'horizon des attentes et des comportements des acteurs et les temps des changements et des permanences s'entrecroisent. La crise s'installe, les références s'effacent, les identités s'évanouissent. Les courts-circuits entre les échelons gouvernementaux demeurent fréquents, les limites ne sont pas bien saisis. C'est un moment de grande instabilité où les forces traditionnelles menacées résistent avec vigueur ayant recours à un comportement familier : l'exclusion.

Dans ce contexte, les jeux de pouvoir deviennent plus complexes : les disputes à l'intérieur de chaque acteur collectif et à chaque groupe d'acteurs, les chocs entre les divers échelons du SUS, les réarrangements du système face aux pressions clientélistes des politiciens, les alliances inattendues (comme celle où tous les acteurs du système au RN, incluant les privés et les politiciens conservateurs, forment un seul bloc pour empêcher le MS de réduire le plafond financier de cet état fédéré), les conflits ouverts entre le SSE-RN et le SMS de Natal (sur la mise en œuvre de la GSP et le plafond financier de Natal), le SMS de Natal et les établissements privés (contrôle et réduction des AIH, contrôle des gaspillages et fraudes), le groupe public (SSE-RN, SMS de Natal et COSEMS-RN) et le groupe privé (entrepreneurs de la santé, politiciens et quelques corporations professionnelles). Comme nous l'avons vu dans le premier épisode, le dilemme public/privé s'exprime sous la forme d'une ambiguïté qui fragilise le SUS depuis ses origines.

Au moment de l'allocation des ressources, cette fragilité s'expose de façon évidente. L'attribution d'un prix différentiel aux activités des traumatolo-orthopédistes et des anesthésistes reste emblématique d'une allocation où le secteur public se soumet devant le privé et le corporatisme. Malgré l'irrationalité technique de l'allocation, sans aucune raison logique pour justifier la différence par rapport aux autres actes médicaux, le SSE-RN, le SMS de Natal et le COSEMS-RN se montrent incapables à opposer une résistance efficace à la pression politique de ces groupes d'acteurs et, sur le fil du rasoir, de crise en crise, le système de santé cherchera à s'équilibrer pour soutenir cette logique où la perte du contrôle sur les ressources et le dépassement des plafonds financiers conduisent aux cycles de dettes et coupures de dépenses subséquentes pour honorer les compromis à l'égard de ces acteurs.

La grande demande de la population pour ces services, l'organisation des corporations de ces spécialistes pour détenir le monopole des soins, l'appui politique de quelques députés (simultanément médecins et propriétaires d'hôpitaux de traumatolo-orthopédie), ont contribué à configurer une situation sans issue : les corporations imposaient leurs prix aux soins et les tentatives d'opposition ont eu comme retombées la chute d'un secrétaire à la Santé de l'état fédéré et une grève de ces professionnels qui a paralysé une grande partie du système de santé. Les répercussions étaient tellement négatives aux gestionnaires du SUS et à l'image de ce système que les premiers finissaient toujours pour s'accorder avec ces spécialistes, en cédant presque totalement à leurs exigences, la plupart du temps.

Dans ce contexte, les logiques marchande et politique d'inspiration corporatiste imposaient leurs exigences aux logiques professionnelle, technocratique et politique

d'orientation démocratique. Le MS s'en «*lave les mains*» et confie à l'état fédéré et aux municipalités en GSP la responsabilité de régler cette affaire. Après la démission du secrétaire à la Santé qui a essayé d'affronter le problème, le SSE-RN décentralise au SMS de Natal (où se concentraient ces services) le paiement de ces activités. Sans capital politique suffisant pour affronter ces groupes d'acteurs, ce dernier s'achemine vers les accords et le sacrifice de sa liberté d'allocation.

Ce contexte comprend des changements convergents, intentionnels, formalisés et de grande portée au niveau du financement. La décentralisation du pouvoir d'allocation des ressources à la CIB renforce cette instance de décision collégiale où les décisions sont partagées par le SSE-RN (état fédéré) et le COSEMS-RN (municipalités) mais, en suivant les règlements établis par le niveau national du SUS (tripartite). Toutefois, la sécurité sociale annonce son retrait du système de santé et cesse ses contributions financières. Face à la perte de sa source la plus importante de prélèvement, le MS cherche une solution provisoire et ayant recours à une nouvelle cotisation sociale (la CPMF), plonge dans l'incertitude. De nouveaux mécanismes de contrôle des dépenses sont introduits, comme les «*plafonds financiers*».

Cependant, les ressources sont tellement insuffisantes pour répondre aux besoins des services de santé dont la logique de fonctionnement ne change pas, que le dépassement de ces plafonds devient désormais la norme. Dès son début, les définition et redéfinition continuelles de ces plafonds financiers constituent un des enjeux principaux de la CIB-RN, car ses ressources restent toujours insuffisantes pour faire face aux responsabilités qui ne cessent de s'amplifier, les usagers prenant conscience de leurs droits et les professionnels exigeant de

meilleurs salaires et conditions de travail. Au jour le jour, les acteurs gèrent la carence, élaborent des stratégies pour survivre, quelques-uns innove, d'autres s'accrochent aux vieilles règles et modes de comportement institutionnalisés desquels ils se sont laissé piéger, les reproduisant sans cesse. En fait, ces changements semblent rien changer.

Au niveau des municipalités en GSP, des changements majeurs sont en gestation : les transferts fonds à fonds de ressources financières fédérales sous forme d'un budget global (le volume déterminé par la CIB) et le transfert de la fonction de paiement aux municipalités représentent des pas significatifs dans la transformation du rôle de ces dernières dans le SUS, de simples fournisseurs de soins à gestionnaires du système. Un embryon d'autonomie émerge, au fur et à mesure que les municipalités en GSP s'approprient les ressources et les outils de gestion importants pour la gouverne de la santé; le contrôle de ces règles et ressources des structures matérielle et organisationnelle du SUS étant un premier pas vers une municipalisation effective. Les municipalités en GSP participent alors à toutes les fonctions de financement (du prélèvement au paiement), élaborent des politiques, planifient, évaluent et fournissent des services (Tableau 11).

Nous sommes en face d'un temps accéléré par des mesures d'urgence visant à créer des situations irréversibles : transferts de patrimoine, déplacements structurels, de nouveaux règlements et flux des procédures, mise en œuvre d'outils de gouverne impliquant des compromis, de responsabilités et prises de position assumées, de nouvelles attentes suscitées. L'accélération des procès d'habilitation dans les années 1994-1995 généralise le processus de municipalisation de la santé au RN. Ce dernier se matérialise progressivement à travers des

changements convergents, incrémentiels, délibérés, en grand partie formalisés, généralisés et reliés à un projet de longue durée.

**Tableau 11. Le financement du SUS, 1993-1997**

<b>Fonctions</b>	<b>MS</b>	<b>SSE-RN</b>	<b>SMS</b>
<b>Prélèvement</b>	Fiscal (Trésor) Cotisations (CPMF entre autres; fin des contributions de la sécurité sociale)	Fiscal (Trésor) Transferts fédéraux	<b>GSP</b> : fiscal + FPM + transferts fédéraux (budget global); <b>Autres</b> : FPM et fiscal
<b>Stockage</b>	FNS	FUSERN	FMS
<b>Allocation</b>	Décentralisée à la CIB	Partagée dans la CIB avec le COSEMS	Partagée dans la CIB avec le SSE
<b>Paievements</b>	Salaires	Salaires + paiement à l'acte	<b>GSP</b> : paiement à l'acte + salaires; <b>Autres</b> : salaires

**FPM** = Fonds de participation des municipalités  
**FUSERN** = Fonds de santé du RN  
**GSP** = gestion semi-complète

**FNS** = Fonds national de santé  
**FMS** = Fonds municipal de santé  
**CPMF** = Cotisation sur les opérations financières

Dans ce contexte, nous ne pouvons pas encore parler d'une municipalisation «sensu stricto» (sauf dans les municipalités en GSP) mais plutôt d'un engagement généralisé des municipalités dans ce processus. Le débat national sur le besoin d'avancer vers la municipalisation complète en adoptant une perspective systémique (restaurant la responsabilité des états fédérés) mènera à la publication de la NOB/96. Cet outil de gestion ne sera toutefois pas incorporé immédiatement à la structure organisationnelle du SUS. Les ambiguïtés du MS, les résistances régionales de quelques SSE, les conflits au sein de la CIT

ont retardé, pendant presque deux ans, l'implantation de cette norme. Ainsi, au cours de la période 1996-1997, le processus de municipalisation se stabilise et les gestionnaires du SUS-RN demeurent dans l'expectative d'accords autour de la NOB/96. C'était le temps de l'attente.

Un nouveau contexte voit le jour pendant cet épisode (1998-2002), à la suite d'une période d'attente avant l'implantation de la NOB/96. C'est le moment de la consolidation de la municipalisation, des formes complètes de gestion, du passage à la condition de gestionnaires du système de santé. Pendant la période d'attente, presque deux ans, des jeux de pouvoir ont été entretenus par les acteurs nationaux avec des boucles rétroactives des acteurs des états fédérés et des municipalités, particulièrement autour de la valeur à attribuer au PAB fixe (transfert financier automatique de ressources fédérales aux municipalités). Malgré la distribution hétérogène des propriétés structurelles dans l'espace-temps, suivant la géopolitique et le rythme des inégalités dans les états fédérés, chaque municipalité (grande ou petite) a accompli quelques changements : les structures (matérielle, organisationnelle et symbolique) et les espaces sociaux de structuration du SUS ont été bâtis; c'était l'heure d'assumer la gestion.

La NOB/96 a résulté d'un long débat sur la gestion complète du système de santé par les municipalités, la restauration du pouvoir de gestion des SSE et l'introduction de changements dans les modèles d'allocation des ressources et d'organisation et de prestation des services de santé. Le niveau national donnait suite aux détours normatif et économique, concentrant le pouvoir réglementaire et fixant d'avance les règles du jeu à travers des normes



successives sur le fonctionnement des services (arrêtés ministériels) et incitations économiques. Malgré les avances de la décentralisation, les rapports d'autonomie/dépendance suivaient le chemin d'une recentralisation du contrôle des outils normatifs et du flux de l'argent, limitant ainsi la marge de manœuvre des décisions prises dans les instances locales, soit par surcharge de travail (réduisant le temps nécessaire à la prise de décisions), soit par l'imposition de délibérations nationales sans tenir aucunement compte des diversités régionales et locales. Les courts-circuits fédératifs paraissaient alors inévitables, car les états fédérés et les municipalités comptaient aussi avec la force de leur pouvoir de pression sur le niveau national du système, transmise par leurs représentants dans la Commission tripartite (CONASS et CONASEMS). Les difficultés d'implantation de la NOB/96 ont résulté de tensions entre son discours et la pratique quotidienne de la décentralisation. Cette dernière impliquait l'autonomie avec intégration des trois niveaux de gestion ainsi qu'une culture centralisatrice et prescriptive institutionnalisée qui limitait, au jour le jour le développement de la gestion décentralisée par la reproduction d'anciennes pratiques hiérarchisées et verticales.

En tant qu'un nouveau règlement majeur de la structure organisationnelle du SUS, la NOB/96 indique des orientations à la gouverne de la santé introduisant des modalités de gestion complètes mais, selon les possibilités concrètes de chaque municipalité, avec des responsabilités différentes. La majorité des municipalités deviennent les gestionnaires de la santé de leur territoire, avec une responsabilité plus directement axée sur les services de première ligne (GPAB); les autres assument la gestion intégrale du système de santé municipal (GPSM)). Quelques outils de gestion seront créés pour stimuler la logique coopérative et systémique dans le SUS (la PPI, entre autres) mais, dans un contexte d'insuffisance de

ressources, l'utilisation massive d'incitations économiques pour accroître les responsabilités municipales dans le domaine de la santé et la productivité locale ont contribué à une compétition entre les municipalités, puis entre ces dernières et l'état fédéré afin de s'approprier des ressources fédérales. Cette situation contribuait à une fragmentation des politiques de santé.

Au niveau de l'état fédéré du RN, le contexte en était un de compétition et de fragmentation. Le champ social de la santé s'élargit et sa dynamique interne devient plus complexe par l'action d'acteurs multiples; les stratégies traditionnelles d'oppositions/alliances se sont teintées de plusieurs nuances. En dépit de la position adoptée par les secrétaires à la Santé du RN pendant cette période, tous deux montrent un profil d'opposition à la réforme de la santé, une culture de négociation commence tout de même à s'établir. La NOB/96 contribue à la consolidation de la CIB-RN ainsi que de sa pratique de négociations systématiques. Cette dernière a enraciné le pouvoir réglementaire partagé, légitimé par la participation des gestionnaires des deux sphères du gouvernement; son institutionnalisation a servi de garantie contre l'intervention des secrétaires à la Santé du RN pendant ces années de rétrogradation du SSE-RN.

Pendant ce contexte, la participation du COSEMS-RN dans la CIB-RN sera fondamentale du fait qu'il surveille et empêche quelques stratégies centralistes (tentative échouée de changement du règlement interne de cette commission pour privilégier le SSE-RN), clientélistes (en triangulation avec des établissements philanthropiques, les APAMIS, financées par le budget de l'état fédéré), privatistes (opposition aux paiements différenciés de

groupes de fournisseurs privés). L'élargissement de la participation dans les réunions de la CIB-RN (ouvertes aux invités qui se multiplient) correspond à l'amplification de son espace d'échanges sociaux dans le système de santé; la reconnaissance de la légitimité de cette instance collégiale de décisions attire les divers acteurs du SUS dont l'apport, le concours et la participation à cet espace accroît sa légitimation dans la structure symbolique du système. La CIB-RN ainsi constituait simultanément un composant de la structure organisationnelle, indispensable à la gouverne de la santé pour prendre des décisions sur la structure matérielle du système, et un espace social de rencontres d'acteurs collectifs importants pour le processus de structuration du SUS-RN, faisant dorénavant partie de l'univers symbolique des acteurs de ce système de santé.

Le détour normatif centraliste du MS fixait des limites au libre exercice du pouvoir de régulation de la CIB-RN dont les réunions sont submergées par une multitude d'arrêtés ministériels et de dossiers d'habilitation. Outre les discussions routinières sur le financement et l'allocation des ressources, une dynamique bureaucratique d'analyse des procès et des discussions sur l'opérationnalisation des décisions ministérielles dans l'état fédéré s'imposent. Le MS restera piégé dans ses contradictions : d'un côté, l'appui à la décentralisation, ayant parfois recours à des incitations ou sanctions économiques pour neutraliser les résistances dans les états fédérés et municipalités; d'un autre côté, la tentative d'encadrer la vie institutionnelle du SUS dans les états fédérés et municipalités, surchargeant les niveaux périphériques d'attributions et réduisant par le fait même le temps des gestionnaires et professionnels pour exercer leurs activités de routine. Ainsi, le MS contribuera à limiter la marge de manœuvre nécessaire à l'autonomie décisionnelle locale, succombant à la tentation normative et à la

culture centraliste institutionnalisée. Surchargée par les exigences contradictoires d'un MS fragmenté et évoluant dans un contexte où le SSE-RN plongera dans le conservatisme, la CIB-RN éprouvera des difficultés à sortir de cette dynamique. L'espace d'autonomie se restreint.

L'observation du contexte 1998-2003 montre les nombreuses contraintes auxquelles le projet du SUS et la municipalisation ont dû se heurter. Au niveau national, la politique néolibérale de restriction aux dépenses publiques continue, le MS est encore immergé dans ses contradictions internes et le secteur réformiste de ce ministère tente d'approfondir le détour normatif/centraliste. Par contre, la complexification du niveau national consolidée dans la Commission tripartite (CIT) et la volonté du secteur progressiste du MS de donner suite au projet d'une municipalisation complète introduisant une logique systémique seront franchement favorables au développement de ce processus. Au niveau local, le contexte connaîtra aussi des contraintes provenant de quelques problèmes structurels toujours irrésolus et la position tenue par les nouveaux secrétaires à la Santé du RN réfractaires à la réforme. L'isolement du SSE-RN et la force du COSEMS-RN comme un leadership collectif dans la CIB-RN ont neutralisé les résistances et les procès d'habilitation des municipalités dans les modalités de gestion prévues par la NOB/96 ont été accélérés.

La récursivité entre les deux contextes se traduit dans les difficultés éprouvées par la CIB-RN pour vaincre la dynamique bureaucratique résultant du détour normatif du MS et, au même temps, les tentatives du SSE-RN de revenir aux vieilles pratiques clientélistes minimisées (non supprimées) par le pouvoir régulateur de la CIB-RN, soutenu par le COSEMS-RN et le MS. Dans ce contexte complexe, les acteurs du SUS-RN prennent des

positions autour d'enjeux fondamentaux, à savoir : les plafonds financiers de l'état fédéré et des municipalités en GPSM; les prix des services et le plafond financier des fournisseurs de soins; l'imputabilité des gestionnaires du SUS; les conditions de travail et de rémunération du personnel; l'implantation de la NOAS.

L'implantation de la NOB/96 apportera des changements à la distribution des propriétés structurelles du SUS-RN. Les nouvelles modalités de gestion des municipalités impliquaient le transfert fonds à fonds automatique, per capita, à toutes les municipalités «*habilitées*». En plus, l'adhésion des municipalités aux programmes du MS (en particulier le PSF) recevait des incitations économiques qui composaient le PAB variable, lequel ajouté au PAB fixe était transféré mensuellement sous forme d'une enveloppe budgétaire globale. À l'occasion de l'implantation de la NOAS, une nouvelle incitation sera ajoutée à ce budget global pour stimuler les municipalités à développer quelques activités spécifiques, le PAB élargi (Tableau 12). Après tous les débats et les disputes tenus entre l'état fédéré et les municipalités depuis l'implantation de la gestion semi-complète au RN (surtout celle de Natal), une énorme diminution des ressources du SSE-RN se concrétisait finalement. Maintenant, ces ressources étaient gérées par toutes les municipalités : l'état fédéré restera à peine avec 22% des ressources financières fédérales et ses ressources propres (fiscales) pour offrir des soins de moyenne et de haute complexité, entre autres activités. De la réduction de sa structure matérielle s'ensuit une limitation considérable de sa structure symbolique et organisationnelle.

**Tableau 12. Le financement du SUS, 1998-2002**

<b>Fonctions</b>	<b>MS</b>	<b>SSE-RN</b>	<b>SMS</b>
<b>Prélèvement</b>	Fiscal (Trésor) Cotisations (CPMF et autres)	Fiscal (Trésor) Transferts fédéraux	Fiscal+FPM + transferts fédéraux (PAB fixe + PAB variable + PAB élargi = budget global);
<b>Stockage</b>	FNS	FUSERN	FMS
<b>Allocation</b>	Décentralisée aux CIBs	Partagée dans la CIB avec le COSEMS	Partagée dans la CIB avec le SSE
<b>Paiements</b>	Salaires	Salaires + paiement à l'acte aux services privés (moyenne et haute complexité)	<b>GPSM</b> : salaires + paie- ment à l'acte aux ser- vices publics et privés (moyenne et haute com- plexité); <b>GPAB</b> : salaires

**FPM** = Fonds de participation des municipalités

**FUSERN** = Fonds de santé du RN

**GPSM** = gestion complète du système municipal de santé

**GPAB** = gestion complète des services de première ligne

**FNS** = Fonds national de santé

**FMS** = Fonds municipal de santé

Pour leur part, les municipalités en GPSM contrôleront désormais 65% des ressources financières fédérales transférées, sans compter leurs propres ressources appliquées à la santé (fiscales ou du FPM). Ainsi, pour exercer la gestion du système dans leur territoire et établir des relations avec les services privés, il fallait développer leurs structures organisationnelle (élaboration des règles, normes, politiques, priorités, allocation des ressources, paiements, outils de gestion) et symbolique (connaissances). De même, pour assumer ses nouvelles fonctions dans le SUS (régulation, élaboration de politiques, soutien technique aux municipalités), le SSE-RN devait, lui aussi, développer sa structure organisationnelle et symbolique (malgré une réduction de la structure matérielle).

Les résistances aux changements de la majorité des technocrates et professionnels de ce secrétariat et l'influence conservatrice des secrétaires à la Santé du RN, lors de cette période, ont conduit l'institution à une crise dont les résultats les plus visibles se constataient dans la détérioration générale de ses structures, une position institutionnelle rétrograde comparativement aux municipalités et l'isolement politique au plan national. L'exode des technocrates déçus et démotivés en quête de meilleures conditions de travail ailleurs, le remplacement de gestionnaires de carrière du SSE-RN par d'autres sans expérience d'administration publique, sans familiarité avec le processus complexe de la réforme de la santé et sans identification avec l'institution ont conduit aux changements d'orientation qui ont déstabilisé ce secrétariat. L'aventure privatiste échouée (le projet-pilote dans l'hôpital Parque dos Coqueiros) reste emblématique de cette absence de perspective quant à la complexité du champs social de la santé.

Le second secrétaire a été nommé pour résoudre la crise financière du SSE-RN, mais il avait une perspective économique limitée à une traduction linéaire de la rationalité de fonctionnement des entreprises privées (considérée «*moderne*») appliquée à l'administration des finances publiques. Évidemment, ce type de connaissances ne convenaient pas à trouver des solutions adéquates aux problèmes complexes et multidimensionnels des institutions publiques de santé. À chaque nouvelle tentative de promouvoir des changements pour résoudre la situation, cette dernière s'aggravait davantage. L'absence d'une vision systémique qui aurait perçu le SUS comme un champ de relations spécifiques, où existent des acteurs singuliers possédant une culture et un langage propres, une connaissance pratique accumulée au fil d'expériences concrètes dans l'univers de la santé et leur capacité, en tant qu'agents réflexifs,

d'intervenir dans ce domaine pour reproduire ou changer les structures et les pratiques, autrement dit (re)structurer le système, a empêché le secrétaire à la Santé du RN et son équipe de saisir les nuances du processus en cours, plongés dans l'isolement et la position autoritaire.

Les solutions trouvées par le secrétaire à la Santé du RN pour résoudre le problème du déséquilibre entre recettes/dépenses (privatisation, coupure des dépenses, ruptures de conventions) ont produit des effets paradoxaux. La privatisation a déclenché des conflits généralisés (personnel des hôpitaux, SMS de Natal, entre autres) et le secteur privé n'a plus manifesté d'intérêt dans la gestion des hôpitaux publics; la coupure des dépenses a immédiatement été suivi de réactions des divers acteurs résultant dans l'augmentation d'autres dépenses, dépassant toujours les épargnes; les ruptures de conventions ont été contestées devant la justice résultant en paiement obligatoire des dettes encourues avec intérêts de même que le renouvellement des conventions, forcément. La logique linéaire d'attaquer chaque «*cause*» présumée des problèmes est loin d'avoir produit les changements attendus. Il ne s'agissait pas d'un problème simple, ni même compliqué; c'était véritablement un problème complexe exigeant une perspective systémique, d'ensemble, insérée dans un contexte.

La position autoritaire du secrétaire à la Santé du RN favorisait les conflits et la compétition plutôt que la collaboration et les négociations. Dans ce contexte, au Brésil, les négociations, la recherche d'alliés et l'administration des conflits demeuraient fondamentales dans le champ social de la santé. Malgré le capital politique externe qui lui a permis de conserver son poste pendant tout son mandat (contrairement à ses prédécesseurs) et l'opportunité majeure d'un apprentissage institutionnel sur place, ce secrétaire n'éprouvait



aucun intérêt pour le domaine de la santé. Il ne manifestait aucun désir de participer au processus de construction du SUS et se limitait à accomplir ses fonctions, selon les orientations générales du gouvernement et de son parti politique local, complètement isolé du contexte de la santé. Régler les comptes du SSE-RN ne pouvait pas parvenir d'une décision solitaire d'un technocrate illuminé mais, avant tout, devait résulter d'un ensemble de décisions découlant des décisions d'un ensemble. Pour résoudre le problème du SSE-RN, il était nécessaire de négocier avec le COSEMS-RN, le SMS de Natal, les fournisseurs de services, les professionnels, entre autres acteurs du système. En plus, il existait un contexte et un cadre institutionnel dont il fallait respecter les règlements pour savoir se conduire de façon appropriée dans ce champ de forces.

Les problèmes avec la prestation des services de moyenne complexité, par exemple, concernent également le SSE-RN (responsable pour les municipalités en GPAB) et les municipalités en GPSM. Ces dernières commencent progressivement à assumer la moyenne complexité (directement ou par le biais de conventions établies avec les établissements privés). De même que le SSE-RN, ces municipalités ne se posaient pas de question à propos de la façon de résoudre le problème chronique du dépassement des plafonds financiers, invoquant non seulement l'insuffisance évidente des ressources mais aussi une logique d'allocation inflationniste qui renforçait un modèle d'organisation des services basé principalement sur les soins et dépendant de son composant privé conventionné, payé pour sa production de services.

La municipalisation transférait également dans le champ social de la santé les représentations et valeurs de l'ancienne structure symbolique du système de santé, reproduisant

dorénavant au niveau local une hiérarchie de valeurs où les soins, les spécialités, les hôpitaux et la haute technologie se partageaient les places privilégiées. Ainsi, la décentralisation n'impliquait pas nécessairement un changement culturel, des mentalités, des modèles d'intervention et d'organisation des pratiques sociales dans l'univers de la santé. Le système de santé décentralisé héritait d'un modèle d'organisation de services dont la rationalité de fonctionnement demeurait inflationniste. De plus, la pulvérisation des politiques, sans intégration systémique, multipliait les coûts du système de santé. Finalement, la dépendance du secteur privé concernant la prestation des services les plus coûteux déstabilisait le système. En effet, la logique marchande se veut à la fois inflationniste (priorisant le profit comme objectif), fragmentaire et vouée à la concurrence plutôt qu'aux objectifs de santé, à l'intégration des soins et à la coopération.

Le manque d'intérêt du secteur privé pour les services de moyenne complexité est exemplaire de son absence de compromis à l'égard de la santé de la population. Le financement fédéral aux états fédérés et municipalités était pratiquement destiné à la réalisation ou à l'implantation des services de première ligne et aux incitations pour quelques services spécifiques. L'insuffisance de ressources pour investir dans le secteur public de façon à élargir la structure matérielle dans le domaine de la moyenne complexité (un des nœuds critiques du SUS dans ce contexte) laisse alors le système de santé dans une situation de vulnérabilité face au défi d'accessibilité et d'intégralité des soins. Les pressions des politiciens, professionnels et entrepreneurs du secteur pour les services de haute complexité et la demande réprimée pour ce type de services, augmentent énormément et rapidement les dépenses. Résultant de l'effet systémique de cet ensemble d'éléments, ces dernières mènent souvent au dépassement des

plafonds financiers du SSE-RN et des municipalités de même qu'aux dettes envers les fournisseurs de services (privés).

Les bas prix des services fournis aux usagers du SUS et la fixation de plafonds financiers aux paiements rendus par chaque fournisseur de soins devenait un des thèmes récurrents des réunions de la CIB-RN, en relation étroite avec l'enjeu antérieur concernant les dépenses du SUS. Le secteur privé s'appuyant sur une clientèle en expansion, grâce aux assurances-maladies privée, n'acceptait pas les prix établis par le SUS aux services de moyenne complexité. Les incitations offertes par les producteurs d'équipements médicaux et le fait que seul le système public couvre les dépenses de ce type de pratiques médicales attirent sur les services de haute complexité du SUS l'attention des fournisseurs privés.

Insérées dans une économie d'échelle, ces actions devenaient rentables. Sans argent suffisant pour investir en services de moyenne et haute complexité dans les établissements publics, les municipalités en GPSM et l'état fédéré payant à trop bas prix, inférieur au prix du marché, rencontraient aussi des difficultés à trouver des fournisseurs de soins. Les rapports public/privé s'établissaient dans ce climat de tension où l'affaire des anesthésistes et des traumatolo-orthopédistes exigeant chaque fois des réajustements des prix pour leurs activités augmentait les entraves aux solutions. Les autres fournisseurs dont l'écart des prix relativement à ces deux groupes de spécialistes était de 100%, émettaient fréquemment des plaintes, lors des réunions de la CIB-RN réclamant la majoration des prix de leurs activités (une isonomie par rapport aux premiers) et, conséquemment, des plafonds financiers.

Sous la pression des fournisseurs, des réunions de la CIB-RN se dégageait le portrait des asymétries dans le système de santé : le COSEMS-RN et le SSE-RN tenaient un discours à l'encontre du privilège des anesthésistes et des traumatolo-orthopédistes mais, toujours dépendants du secteur privé, ne disposaient pas de force suffisante pour imposer leur logique de régulation à la logique marchande, laquelle poussait à la croissance des dépenses et à la fragmentation des soins. Il fallait trouver des mécanismes pour intégrer le privé dans une logique publique ou encore assumer intégralement ce type de soins dans les établissements du SUS; cependant, la logique d'allocation érigeait constamment des obstacles et, comme dans un cercle vicieux, les acteurs finissaient toujours pour avoir recours au privé, dépasser les plafonds financiers, négocier entre eux le paiement des dettes, retarder les paiements, et ce, jusqu'à la déflagration d'une nouvelle crise où les fournisseurs renouvelaient leurs pressions. Des nouvelles négociations sont alors amorcées dans un mouvement récursif qui reconstitue le cycle.

Il fallait alors recadrer les problèmes, explorer des nouveaux chemins, complexifier les démarches. Les changements radicaux exigent du temps et, malgré un certain apprentissage collectif développé au cours du processus de municipalisation, les acteurs du SUS au RN n'en étaient pas encore arrivés à un degré suffisant de maturation cognitive pour leur permettre d'oser apporter des solutions adéquates à la complexité des problèmes du système. Les changements convergents appliqués aux problèmes complexes maintes fois mènent à rien ou, pire encore, aggravent la situation. Le paradoxe d'une trop faible allocation de ressources face à l'accroissement des responsabilités, associé à la dépendance face au secteur privé et à l'impossibilité cognitive des acteurs à recadrer les problèmes différemment (les solutions

données (re)constituent parfois les problèmes), demeuraient au cœur de ces enjeux récurrents du SUS.

Le COSEMS-RN deviendra l'acteur-clé des avancées institutionnelles du SUS de cette période, comptant toujours sur l'appui des maires, du MS, du NESC-UFRN et de quelques groupes de technocrates et professionnels de la santé attachés au projet réformiste. La position assumée par cette organisation dans le mouvement pour l'approbation de la PEC/169 (visant à établir les responsabilités constitutionnelles de chacun de ses échelons, en ce qui a trait au financement du SUS créant à cet effet des sources stables de prélèvement) reste exemplaire de son rôle de leadership collectif dans le système au RN. L'action récurrente de cet acteur sur la CIB-RN exigeant son appui formel à ce mouvement renforce la légitimité du CONASEMS, du CONASS et du MS (la Commission tripartite) lesquels, à leur tour, soutenus par d'autres appuis venus des niveaux locaux et d'autres acteurs nationaux constituent ensemble un boucle de coopération autour de cet enjeu national. L'alliance politique des instances collégiales de gestion du SUS (nationales, des états fédérés et des municipalités) a renforcé l'approbation de cet amendement constitutionnel; en même temps, ce dernier constitue un outil de la structure organisationnelle afin de renforcer et consolider l'action des instances de gestion à chaque niveau du système.

Outre sa fonction de gardien du projet de réforme, au sens large, le COSEMS-RN priorisait l'expansion du processus de municipalisation (approbation des dossiers) et l'opérationnalisation des questions financières liées aux deux enjeux principaux du SUS-RN mentionnés ci-dessus, cherchant à défendre les intérêts des municipalités. Ici, parfois

émergeaient des conflits internes entre les intérêts des municipalités en GPAB et celles en GPSM, du COSEMS-RN avec le SSE-RN, du SMS de Natal avec le SSE-RN et maintes fois, avec les autres municipalités. Ce dernier était toujours accusé de vouloir s'approprier la majorité des ressources du système sans tenir aucun compte des critères d'équité dans l'allocation. Toutefois, la complexité des jeux de pouvoir au sein de la CIB-RN, à l'intérieur du secteur public, se heurtaient aux résistances des politiciens à l'introduction de mécanismes de régulation technique et à la transparence des informations sur les décisions et critères d'allocation des ressources. Cette zone d'ombres était fondamentale aux objectifs clientélistes d'utilisation électorale du système de santé, ainsi qu'aux objectifs politiques de conservation de privilèges.

Dans ce contexte complexe de disputes et de concurrence, mais aussi de négociation et de coopération (même éventuelle), se répand, dans le champ social de la santé, des relations d'opposition plus nuancées qui masquent parfois les divergences entre les acteurs. Cependant, des discussions acharnées émergent aussi, surtout aux occasions où les intérêts fondamentaux sont menacés. Le jeu d'occultation/ transparence des informations sera alors fréquemment dénoncé par le COSEMS-RN qui restera vigilant pour soutenir la respectabilité de la CIB-RN dans le système et face à la société. Ainsi, malgré la défense des mairies et des secrétaires à la Santé, le COSEMS-RN prend position pour la réalisation des audits dans les SMS accusés de détournement de fonds, d'irrégularités administratives et d'exercice de pratiques clientélistes. La création de conditions opérationnelles pour contrôler et évaluer effectivement les activités développées dans le système, de façon à reconnaître l'imputabilité des gestionnaires constituera l'un des enjeux mobilisateurs des acteurs du SUS dans ce contexte.

Comme dans le SUS au plan national et dans les autres états fédérés, l'imputabilité des gestionnaires revient, comme une question récurrente dans les réunions de la CIB-RN. Habituellement, les acteurs prennent positions favorables mais, dans la pratique, manquent les initiatives concrètes. En fait, ce problème exige des mesures pour résoudre l'écart entre les pouvoirs exécutif et judiciaire, entre la législation nationale, des états fédérés et des municipalités ainsi qu'entre les normes et dispositifs réglementaires du SUS. Les contradictions entre ces lois et les normes et règles du système de santé sont à l'origine de l'impossibilité actuelle de rendre imputables les gestionnaires. En outre, la majorité des infractions aux lois et règlements du SUS (telles que les détournements de fonds) est reliée aux intérêts clientélistes et/ou politiques de groupes d'acteurs puissants auxquels le gestionnaire est attaché. Une fois de plus, les contextes national et local, les propriétés structurelles et la dynamique des acteurs aux trois échelons (national, étatique et municipal) s'interpénètrent d'une telle façon qu'il devient pratiquement impossible de résoudre ce problème par des mesures isolées. Il faudrait un ensemble d'actions intégrées et, surtout, très bien négociées, pour parvenir à une solution satisfaisante. Ces conditions sont loin d'être présentes dans ce contexte, mais nous pouvons déjà percevoir l'embryon du changement en gestation.

Un autre enjeu qui réussit à mobiliser les acteurs du SUS, à cause de son importance stratégique dans le système, correspond à la situation des ressources humaines. À travers leurs pratiques, les technocrates, professionnels et fonctionnaires constituent le «*capital humain*» du système, les agents de matérialisation des politiques, des programmes, des modèles d'organisation. L'absence d'une politique de santé penchée sur la qualification des ressources

humaines du SUS et leur qualité de vie, par une augmentation de leurs revenus, entre autres, risque d'hypothéquer sérieusement les projets de changement. Les manifestations publiques de contestation et les fréquents mouvements de grèves paralysant une partie significative des services de santé mènent au chaos institutionnel éventuel et révèlent une facette des problèmes. Il existe aussi la face cachée des sabotages, de l'incapacité à réaliser des tâches attribuées avec la compétence attendue, du service réalisé sans élan, sans motivation, sans plaisir.

La synergie des actions de ces acteurs (manifestes ou cachées, conscientes ou inconscientes, organisées ou chaotiques) contribue aux grandes difficultés opérationnelles d'implantation des politiques réformistes et constitue une source permanente d'incertitude. Dans ce contexte, les problèmes concernant les ressources humaines feront l'objet de plusieurs débats dans la CIB-RN où les positions de quelques gestionnaires, autoritaires ou voués à la concertation, s'alternent. Ce problème complexe mobilise les ressources des structures matérielle, organisationnelle et symbolique du système, mais requiert aussi un contexte favorable (national et local) aux changements nécessaires dans la champ social de la santé où ces acteurs représentent des agents de changement du système.

Finalement, le processus de discussion sur l'implantation de la NOAS/2001, actualisé par la version de 2002, a permis l'ébauche d'une régionalisation élaborée de façon centralisée par un groupe de technocrates du SSE-RN et membres du COSEMS-RN, après avoir visité quelques municipalités, pour les consulter. Cet élément constitue le dernier enjeu de ce contexte qui mobilise les acteurs du système. Cette norme du MS correspondait au résultat d'un grand débat national entre les positions municipalistes radicales et les fédéralistes autour



des problèmes d'équité et d'intégralité des soins du SUS et du besoin d'un nouveau pacte de gestion entre les trois échelons du gouvernement de la santé. Ce nouveau règlement du SUS récupère la notion de «*régionalisation*» en tant qu'une territorialisation fonctionnelle du système de santé dans les états fédérés; une stratégie de hiérarchisation et d'intégration des soins.

Cette norme comprend plusieurs éléments essentiels, à savoir la restauration des SSE pour assumer leurs fonctions dans le SUS (coordination, régulation, soutien technique), la territorialisation, la définition de la clientèle, les mécanismes de communication entre les services, les flux des interrelations dans le système de santé. Considérée comme une suite des détours normatifs du MS, la NOAS persistait dans l'utilisation de procès d'habilitation et créait de nouvelles modalités et plusieurs outils de gestion. La réédition de cette norme en 2002 est exemplaire de l'action consciente et réflexive des acteurs du système qui, aux différents niveaux du SUS, utilisent de multiples stratégies (sabotage, négociation, négation), s'engagent dans le mouvement récursif d'appropriation et de réélaboration de ce règlement de façon négociée.

À partir de la NOAS/2002, les états fédérés commencent progressivement à s'habiliter, selon les modalités de gestion existantes. Cette habilitation exigeait cependant des SSE un engagement de responsabilités envers les municipalités et un contrôle serré des pratiques clientélistes. Très attaché à une culture oligarchique, le gouvernement du RN ne voulait pas accroître ses attributions, ni renoncer aux compromis politiques avec ses alliés traditionnels. Dans ce contexte, le secrétaire à la Santé du RN refuse l'habilitation du SSE-RN à l'une des

modalités de gestion de la NOAS.

La réduction du pouvoir du secrétaire à la Santé du RN de prendre des décisions isolées, surtout celles concernant l'allocation des ressources du système, après l'institutionnalisation du pouvoir partagé dans la CIB-RN, ne sera pas accompagnée d'un changement organisationnel dans le SSE-RN. Ce secrétariat continue, encore structuré de façon très hiérarchisée, avec une forte concentration du pouvoir de décision dans les mains du secrétaire à la Santé. L'absence d'une structure organisationnelle plus flexible et d'une distribution des ressources d'autorité plus horizontale, associée à une structure symbolique qui renforce l'omniprésence du secrétaire à la Santé dans les décisions, maintiennent l'importance de cet acteur au cours des contextes successifs.

La régionalisation ne représente pas une priorité pour le secrétaire à la Santé du RN; le SSE-RN reste immergé dans sa crise institutionnelle (fragmenté, sans direction, chargé de dettes, isolé du contexte et sous pression permanente des autres acteurs du système), les technocrates du SSE-RN expriment des divergences sur la mise en marche du processus; les municipalités attendent alors que des événements surviennent pour prendre des positions. Le COSEMS-RN appuie la NOAS mais oppose des restrictions aux positions contradictoires du MS qui impose, par arrêtés ministériels, l'implantation de nouveaux programmes, de nouveaux outils de gestion. Au milieu de ce contexte complexe, des groupes de technocrates du SSE-RN et des membres du COSEMS-RN parviennent à une proposition en faveur de la régionalisation de la santé au RN, approuvée par la CIB-RN. Cette proposition, constituée de fragments de l'ancien et du nouveau, de la logique technocratique verticale et d'une tentative échouée de PPI

démocratique, juxtapose enfin des mécanismes de programmation distincts. Dans ce contexte, ce plan de régionalisation ne connaîtra pas d'applications pratiques. Il faudra attendre le début du nouvel épisode à venir.

#### **10.4. La régionalisation de la santé**

Le troisième épisode a été déclenché par l'habilitation du SSE-RN dans la gestion complète du système de santé de l'état fédéré (GPSE), selon les critères de la NOAS et l'implantation du processus de régionalisation de la santé au RN. Les contextes national et de l'état fédéré, inaugurés en 2003, après les élections aux postes de président de la république brésilienne et de gouverneur du RN, semblaient potentiellement favorables aux changements réformistes. Aux niveaux national et local, les discours s'opposaient à la vague néolibérale en cours qui, malgré une récupération initiale de l'économie, avait contribué à sa stagnation, à l'augmentation des inégalités et à l'expansion de l'exclusion sociale. Les discours annonçaient le temps des réformes, centrées cette fois-ci sur le social.

Le renouvellement de l'équipe du MS par des membres du mouvement réformiste et la disposition au dialogue avec les autres acteurs du système s'annonçaient comme signes de changement. Au début de cette gestion, le MS annonce les fondements de sa nouvelle orientation : une réforme de sa structure organisationnelle, en vue de la rendre plus souple et intégrée; la continuité de la priorité accordée aux services de première ligne des municipalités; la régionalisation de la santé dans les états fédérés; l'accent sur le besoin d'un nouveau pacte de gestion entre les trois échelons du SUS, basé sur la collaboration plutôt que sur la

concurrence, pour surmonter les détours du projet réformiste. Comme il n'existe pas de cadre réglementaire en cohérence avec ces propositions, le MS suit le détour normatif de la NOAS, des procès d'habilitation et des arrêtés ministériels pour assurer la gouverne de la santé. Changer ce cadre réglementaire nécessitait une longue période de temps pour négocier avec les autres acteurs de la Commission tripartite; cependant, les réformistes du MS ne pouvaient se permettre d'attendre pour faire avancer le projet de régionalisation.

Dans la conscience des acteurs collectifs du système favorables à la réforme, le besoin de dépasser la logique normative paraissait évident, mais il existait des divergences sur le temps des changements. Le MS s'allie au CONASS et au CONASEMS pour créer les conditions opérationnelles favorables à la régionalisation, cherchant l'adhésion des états fédérés écartés du processus de construction du SUS. Le MS invite les SSE à s'habilitier selon les modalités de gestion de la NOAS, augmentant leur plafond financier (structures matérielles), établissant les transferts financiers automatiques fonds à fonds aux états fédérés (structures organisationnelles), créant enfin les conditions structurelles essentielles à un élargissement de leur autonomie de gestion.

Cette habilitation contrariait les intérêts de quelques groupes alliés au gouvernement du RN, des avantages institutionnalisés dans le système de santé par la culture clientéliste des oligarchies. Les ressources fédérales du SUS étaient suffisamment contrôlées par la CIB-RN et le MS; toutefois, les ressources venant des trésors de l'état fédéré et des municipalités, destinées aux activités de la santé, constituaient la boîte noire du financement du SUS-RN. Dans le cas de l'état fédéré, la majorité des ressources allouées dans le domaine de la santé

étaient destinées au paiement des ressources humaines et aux projets des députés (construction de petits hôpitaux, achat d'ambulances, entre autres «*faveurs*» consenties aux alliés politiques). L'habilitation impliquait l'utilisation d'instruments de programmation informatisés qui exigeaient le registre de toutes les ressources du SUS. La boîte noire serait ouverte et les ressources pourraient ainsi être mieux contrôlées. En plus, la question des ressources humaines retiendrait l'attention.

Toujours mentionnée et emphatisée dans les entrevues, cette question n'apparaît pas dans la CIB-RN. En fait, le personnel est mal payé, d'une part, parce que les ressources destinées au SSE-RN par l'état fédéré se limitent au plus strict minimum et, d'autre part, parce que les anciennes actions clientélistes ne peuvent plus compter qu'avec cette source de financement. Ainsi, la marge de manœuvre pour augmenter les revenus du personnel de la santé restait toujours très étroite. Toutefois, les jeux rétroactifs des contextes fédéral et local pousseront le gouverneur, sous l'influence du ministre de la Santé (fédéral), du secrétaire à la Santé du RN et du COSEMS-RN, à adopter des stratégies pour neutraliser les frictions politiques locales et à habiliter le SSE-RN, selon la NOAS.

L'acte d'habilitation du SSE-RN reste historique parce qu'il signifie son retour à la condition effective de gestionnaire de la santé dans l'état fédéré, de leadership collectif (aux côtés du COSEMS-RN) dans le champ de la santé au RN et reconnaît ainsi son désir d'assumer progressivement ses nouvelles fonctions dans le système de santé. Depuis 1998, le SSE-RN a plongé dans un chaos organisationnel; le contexte actuel exigeait une récupération de ses structures périmées (matérielle, organisationnelle et symbolique) pour se lancer dans le

processus de régionalisation de la santé et relever le défi d'un nouveau Pacte pour la santé, en gestation. Le retour d'un fort leadership réformiste au poste de secrétaire à la Santé du RN sera fondamental, dans ce contexte de restructuration du SSE-RN. Ainsi, quand il annonce la re-démocratisation du SUS-RN, cette dernière représente une position concrète du SSE-RN ouvert au dialogue avec le COSEMS-RN et les autres acteurs du système de santé, mais aussi le renforcement d'une valeur fondamentale à être institutionnalisée dans la structure symbolique du système de santé. L'appui au Conseil de la santé de l'état fédéré (CES), où siègent les autres acteurs non-gouvernementaux du système, écarté par les gestions successives du contexte précédent, est exemplaire de ce potentiel du changement démocratique.

Quelques traits institutionnalisés du système de santé se présentent comme problèmes récurrents devant être affrontés dans ce nouveau contexte : un financement insuffisant et instable; un modèle de gestion favorisant les courts-circuits fédératifs, un climat de disputes plutôt que de coopération, l'absence d'une politique de ressources humaines adéquate aux besoins du système; un modèle d'organisation voué à la fragmentation institutionnelle et des services, à la grande concentration de ces derniers dans les grandes villes, à la dépendance vis-à-vis du secteur privé et de quelques corporations professionnelles; une structure symbolique marquée par une culture centraliste, normative, des incitations économiques, du clientélisme transfiguré, sans une culture de planification et d'évaluation incorporée aux routines des acteurs.

Le financement constituait toujours un des nœuds critiques du SUS. Pendant cette courte période, il n'y aura pas de changements radicaux. La tendance à une légère croissance du prélèvement basé sur les budgets des Trésors fédéral, des états fédérés et des municipalités, comme résultat de l'approbation de la EC/29, sera maintenue. Les structures matérielles du SUS bénéficieront alors d'une modeste récupération, autorisant une injection de ressources pour garantir l'expansion de la couverture des services de première ligne (PSF) et l'élargissement des plafonds financiers des états fédérés. Ce dernier, très utilisé par le MS dans les négociations, servira à promouvoir les adhésions des états fédérés à la NOAS. En général, dans le domaine de la santé, les municipalités dépensaient plus que les états fédérés, mais ces deux échelons gouvernementaux restaient encore très dépendants du financement fédéral (Voir la figure 14, dans le chapitre 8).

Au RN, malgré la proportion encore majoritaire des ressources fédérales, il semblait exister un certain équilibre entre les trois niveaux et l'état fédéré dépensait plus que les municipalités. En fait, les dépenses de l'état fédéré couvraient majoritairement le paiement de leur personnel (incluant les ressources humaines cédées aux municipalités), les projets des parlementaires (hors de toute la logique d'allocation du SUS) et une partie des soins de moyenne et haute complexité (la plus grande part étant payée à même les ressources fédérales transférées). Il faut nous rappeler que, pendant le processus de municipalisation, le SSE-RN a transféré une forte portion des ressources de sa structure matérielle aux municipalités, sans toutefois leur apporter des ressources financières; ce secrétariat se désengageait du financement des activités décentralisées.

Récemment, les bonnes relations que le SSE-RN a établies avec le MS ont permis une récupération de son pouvoir de dépenser : l'observation des dépenses per capita financées par les ressources fédérales transférées aux RN en 2003 nous montrent un accroissement au-dessus de la moyenne de la région nord-est du pays où cet état fédéré s'insère (voir les figures 15 et 16 du chapitre 8). Quant à l'allocation négociée dans la CIB-RN, elle suivra les pas des dédoublements du processus de régionalisation et des investissements en services de première ligne en expansion, plus remarquables dans les municipalités comportant moins de 80 000 habitants (voir la figure 21 du chapitre 8). Dans ce contexte, la régionalisation rassemblera des municipalités sous la coordination du SSE-RN; l'allocation, toutefois, sera plus décentralisée; les CIS seront renforcées comme lieux d'ententes et de décisions, homologuées en dernière instance par la CIB-RN.

Même sans changements spectaculaires aux plans du financement et de l'allocation des ressources, ce nouvel épisode marque le début de la construction des réseaux de santé, un changement dans l'organisation des services. L'adhésion du SSE-RN à la NOAS signifie alors l'ouverture à une logique de coopération, de partage et d'intégration. Le SUS-RN doit faire face aux problèmes institutionnalisés par le processus de structuration du système; en même temps, il se doit de relever les nouveaux défis en perspective. Aussi, dans ce contexte, les acteurs du SUS-RN se mobiliseront-ils autour de quelques enjeux centraux : l'habilitation de la municipalité de Pau dos Ferros en GPSM, selon les critères de la NOAS, l'implantation de la régionalisation du système de santé, les disputes avec le secteur privé et les courts-circuits avec le pouvoir judiciaire.



L'enjeu de Pau dos Ferros est emblématique du paradoxe de la régionalisation : comment créer des régions de santé éloignées des grandes villes sans allouer les ressources nécessaires aux investissements pour bâtir les structures régionales? La région Alto Oeste était la plus pauvre du RN, géographiquement éloignée, sans pôle de développement régional équipé de structures matérielles, organisationnelles et symboliques du SUS pour assurer une gamme complète de soins. La municipalité de Pau dos Ferros a perçu, dans le projet de régionalisation, une opportunité pour accroître ses structures et devenir le pôle d'une macrorégion de santé. Le projet d'autonomie par rapport aux grandes villes les plus proches se justifiait, à cause de l'isolement géographique de cette région, constituant une barrière à l'accessibilité au système de santé.

Le SMS de Pau dos Ferros, profitant de ses bonnes relations avec le SSE-RN pendant la gestion précédente et d'un processus technocratique d'élaboration de la PPI et du PDR dans l'état fédéré, sera intégré comme pôle de macrorégion, habilité en GPSM selon les critères de la NOAS et, finalement, bénéficiera d'une enveloppe budgétaire au-dessus de ses possibilités d'offre de soins. Prises par la CIB-RN à la fin de la gestion précédente, ces décisions produiront un impact immédiat, à savoir la réduction brusque des ressources du budget du SSE-RN et la constatation que le SMS de Pau dos Ferros était loin de posséder les conditions opérationnelles pour offrir les services proposés dans la PPI. Les réactions des acteurs surviendront en chaîne : le SSE-RN contestera le processus de réalisation du PPI et du PDR auprès du MS, affirmera son impossibilité de payer les fournisseurs dans cette situation, décidera de partager les dettes avec les municipalités.

La réaction de plusieurs acteurs du système sera unanime : personne ne s'oppose aux aspirations de Pau dos Ferros et à la constitution de la région Alto Oeste à la condition que ces dernières ne soient pas financées à même les ressources des autres. La révision des ressources attribuées à Pau dos Ferros pour assurer la prestation de services de moyenne et haute complexité sera réalisée avec la participation du MS et des autres acteurs locaux. Cet enjeu suscite un débat sur les conditions de réalisation de la PPI et du PDR dont émerge la proposition d'une révision globale du processus de régionalisation (pas encore implantée). À cette occasion, deviennent évidents : les conflits entre les intérêts régionaux et globaux (ceux de l'état fédéré), les disputes politiques, la fragmentation, les écarts matériels et technologiques, les mouvements dialectiques d'autonomie/dépendance, les limitations de l'approche normative d'élaboration des politiques de la santé. Apparemment très localisé, l'enjeu de Pau dos Ferros nous renvoie à la situation nationale où persistent d'énormes inégalités régionales dans la distribution des ressources du système de santé qui affectent les relations entre les municipalités.

L'enjeu de Pau dos Ferros ouvre la porte à l'enjeu suivant, l'implantation de la régionalisation de la santé au RN. Cette dernière suppose un ensemble de conditions pour sa matérialisation : l'existence de structures régionales permettant l'organisation en réseau; une culture politique de négociation développée, favorisant les échanges, le dialogue, le partenariat; des méthodes de planification et programmation intégrées, rétroactives (central/local), tissant l'articulation des besoins et désirs des acteurs du système (usagers inclus) avec les possibilités structurelles du système. Évidemment, ce type de perspective exige un financement, une logique d'allocation des ressources et une politique de ressources

humaines cohérents avec cette nouvelle conception d'organisation du système. En plus, ce projet de régionalisation exige le dépassement de la logique normative, l'introduction de nouveaux outils de gestion, des investissements en technologie et formation des gestionnaires et professionnels, enfin, un changement «*généralisé*» et de grande portée du fonctionnement du système.

Après l'habilitation du SSE-RN, le secrétaire à la Santé du RN prendra des mesures effectives pour l'implantation de la régionalisation et ce, dans les limites du contexte local (état fédéré et municipalités) et des espaces sociaux de la santé dans chaque région. Le secrétaire à la Santé du RN développera de bonnes relations avec le COSEMS-RN, invitera deux ex-présidents de cette organisation à se joindre à son équipe à titre d'interlocuteurs de la politique de régionalisation, amplifiant son capital politique de négociation, cherchera enfin à construire les conditions de viabilité politique pour la révision de la PPI, du PDR et d'autres instruments du processus de régionalisation. Le rapprochement entre le SSE-RN et le NESC-UFRN ainsi que la tenue de la V<sup>e</sup> Conférence sur la Santé du RN sous la coordination du Conseil de santé de l'état fédéré (CES) illustrent le changement d'orientation des politiques de santé dans ce nouveau contexte du SUS-RN.

La publication de l'arrêté ministériel 2023/MS déterminera la fin des procès d'habilitation des municipalités (sauf en GPSM), considérant les autres formes de gestion comme des attributions constitutionnelles des municipalités. Ce premier pas est franchi pour échapper aux détours normatifs du SUS, alléger l'agenda de la CIB-RN et l'aider ainsi à relever les nouveaux défis de la structuration du système de santé. Les secrétaires municipaux

à la Santé brésiliens présentent, dans le Rapport final du XX<sup>e</sup> Congrès national du CONASEMS, tenu à Natal, des recommandations claires et nettes à ce propos : ils souscrivent leur appui à l'établissement d'un Pacte de gestion du SUS, à la réglementation de la EC-29, à un nouveau modèle équitable d'allocation des ressources, à la rupture avec la fragmentation du système induite par des transferts financiers par projets et programmes isolés.

Cependant, le SUS-RN reste toujours renfermé dans la dialectique de la dépendance/autonomie face au secteur privé. La régionalisation fait ressortir et pousse à leur paroxysme les contradictions de cette relation. Pour régionaliser, il faut décentraliser la moyenne et la haute complexité vers les régions; ces services continuent d'être majoritairement rendus par le secteur privé. Alors, nous arrivons à un carrefour où le SUS doit prendre la décision d'augmenter les investissements dans la construction et l'équipement des établissements publics de moyenne et haute complexité où se résoudre à multiplier les conventions avec le secteur privé pour la prestation de ce type de soins. La première option permettrait au moins de réduire la dépendance de cette relation conflictuelle; la deuxième option amplifierait la dépendance, soumettant le système à la logique marchande de régulation.

Les pressions du secteur privé et des groupes corporatifs des anesthésistes et des traumatolo-orthopédistes (enjeu récurrent dans la CIB-RN) nous montrent que l'écart entre l'offre des soins et les besoins de santé de la population s'accroît sous la logique de régulation marchande. Dans ce début de régionalisation, face à l'insuffisance de ressources pour investir dans les services publics, les gestionnaires du SUS-RN ont choisi l'expansion de conventions

passées avec le privé pour instaurer la régionalisation et réduire les dépendances régionales. Devant différentes formes de dépendance, les acteurs du système ont pris des décisions basées sur leur représentations sur l'urgence des besoins d'autonomie. Le choix pour les services privés ne constituant pas nécessairement une adhésion à la logique marchande de régulation, mais traduisant plutôt l'action réflexive d'acteurs conscients de privilégier l'autonomie régionale en soins de santé. Ce choix constitue un détour privatiste du début de la régionalisation qui peut changer de route. Les conséquences de ce choix se font sentir : les frictions avec le secteur privé presque à la fin du mandat du secrétaire à la Santé du RN et les difficultés éprouvées au moment des négociations face à la condition de dépendance des établissements de santé privés.

Enfin, les acteurs du SUS-RN se mobiliseront face à un enjeu particulier : l'absence d'intégration des pouvoirs exécutif et judiciaire dans le domaine de la santé. Les courts-circuits entre les magistrats et les gestionnaires de la santé existaient déjà dans le contexte précédent; ils se multiplieront, en ce début de la régionalisation. Ainsi, quelques acteurs du système (fournisseurs de soins, usagers et même quelques municipalités) profitent de cette zone d'ombres dans l'environnement du système de santé pour maximiser leurs intérêts. Les rencontres du SSE-RN et du COSEMS-RN avec le Ministère public ont abouti à une demande de ces acteurs au NESC-UFRN pour organiser un séminaire sur le SUS où les participants seront les juges et magistrats de ce ministère. L'utilisation du capital symbolique du NESC-RN, de son expertise, a servi à éclairer ces autorités du pouvoir judiciaire sur la complexité du domaine de la santé, le fonctionnement du SUS et les enjeux de ce système. Un processus d'intégration des actions du Ministère public avec le SUS-RN est en cours et ce

dernier représente, aujourd'hui, l'un des acteurs de la société impliqués dans le processus de structuration du SUS, pour la défense des intérêts collectifs.

Le contexte analysé, d'un épisode à peine amorcé, attire notre attention sur le potentiel de changement du système. Les nouveaux outils de gestion apportés par la NOAS et l'utilisation d'une méthodologie plus participative à la programmation restent encore très marqués par les signes de la norme et la prescription technocratique. Il faut souligner aussi que, pendant ces 19 ans de processus de municipalisation, les acteurs du SUS-RN ont eu l'occasion de vivre une expérience remarquable d'apprentissage collectif et institutionnel de structuration du système de santé, au jour le jour des services, de son utilisation et de l'exercice de la gestion. Il existe toujours des limites cognitives considérables et un besoin de changement de valeurs dans la structure symbolique du SUS-RN pour entreprendre un processus aussi complexe que celui proposé par le projet de régionalisation et d'une gestion effectivement négociée. D'anciens problèmes font encore partie de l'horizon institutionnel; ils restent au cœur des dilemmes actuels du SUS-RN, imposant des contraintes à une allocation des ressources basée sur une logique de régulation démocratique, à l'intégration des services, à l'établissement d'une éthique tenant compte de l'équilibre fragile à atteindre entre les valeurs d'équité, liberté individuelle et efficacité. Il n'est pas arrivé encore le temps du changement.

## Chapitre 11. Épilogue

Au Brésil, au cours du processus de structuration du SUS, la municipalisation a été l'axe le plus développé du projet de réforme de la santé. Au plan normatif, avec la participation des trois échelons gouvernementaux, les «*normes opérationnelles*» ont assuré les dispositifs normatifs nécessaires pour arriver à la gestion complète de la santé par les municipalités. Les mouvements circulaires de centralisation-décentralisation-(re)centralisation ont suivi le rythme de la pulsation et de l'alternance des groupes d'influence sur les gouvernements successifs, marquant la mesure des possibilités de changement du système de santé. Face aux contraintes contextuelles et à la dynamique complexe des espaces sociaux de la santé à chaque niveau du système, les acteurs réformistes n'ont pas pu suivre le chemin de l'utopie idéalisée ; quelques détours ont été suivis, quelquefois délibérés, quelquefois émergents. En effet, ces détours sont imbriqués. Le détour privatiste du SSE-RN, plongeant ses racines dans l'idéologie néolibérale dominante au plan national et le détour normatif de l'état central ancré sur une culture institutionnelle locale centraliste, bureaucratifiée et clientéliste sont exemplaires.

Le champ social de la santé s'est complexifié : maintenant, le niveau national est devenu plus nuancé, tripartite (MS, CONASS, CONASEMS) et la plupart des décisions sont négociées et partagées. Les états fédérés et municipalités figurent désormais dans cette boucle de la nouvelle configuration du Central dont le fédéral ne détient plus le monopole. Au niveau des états fédérés, l'instance de décisions est bipartite (SSE-RN, COSEMS-RN) et une culture

de négociation s'est développée, les décisions s'y prennent par consensus. Par contre, quelquefois les vieux pièges du centralisme s'actualisent et des décisions unilatérales sont prises par le MS. Dans les rapports entre le fédéral et les autres niveaux du système de santé, ces derniers tendent à rester dans une position plus proche du deuxième pôle de la dialectique autonomie-dépendance. La concentration du pouvoir réglementaire et financier au niveau central contribue à une coordination du processus de décentralisation de façon centralisée, bureaucratisée et normative. Cette ambivalence du comportement du MS demeure cohérente avec une institution fragmentée et contradictoire, fusion de cultures institutionnelles diverses qui, récemment, commencent à se communiquer.

En dépit de la «*tentation technocratique*», les processus d'implantation des normes opérationnelles ont toujours résulté de l'interaction de plusieurs acteurs du système à différents niveaux qui, par leurs actions conscientes, ont cherché à rendre le système plus proche de leurs intérêts, actions conscientes mais pas nécessairement efficaces pour atteindre leurs objectifs. Utilisant les ressources dont ils disposaient, dans la position qu'ils occupaient à un moment spécifique du processus de structuration, les acteurs reproduisaient ou actualisaient les structures du système ; quelquefois se conformant aux prescriptions normatives centrales, les sabotant, les réinventant. Parfois, pour la NOB/96, résultat d'une longue entente au sein de la Commission tripartite, son implantation a nécessité deux ans de nouvelles ententes afin d'actualiser le débat national après la confrontation de la norme avec les espaces sociaux de structuration du système. De même, quand le MS a décidé unilatéralement de publier la NOAS/2001 sans tenir compte des recommandations du CONASS et du CONASEMS, les boucles rétroactives puissantes des actions des acteurs ont



débouché sur la réédition de cette norme un an plus tard. La logique technocratique s'est heurtée aux autres logiques de régulation et même aux intérêts de la technocratie des autres niveaux du système, de telle sorte qu'elle est devenue inapplicable. Confronté aux structures hétérogènes, aux logiques de régulation diverses, aux espaces sociaux d'action distincts, le MS a échoué à chaque aventure technocratique. La norme n'était pas capable d'encadrer la vie, c'était à la vie elle-même de se donner des normes (Canguilhem, 1966).

Dans l'état fédéré du RN, les acteurs locaux du système se sont approprié les règles et ressources du SUS, traçant les chemins sinueux de la structuration de ce système au plan local. Mais, l'implantation de politiques de santé centralisées et globalisantes a laissé les empreintes de l'état central dans chacune de ses unités fédératives. Ainsi, même en suivant ses voies particulières de construction du SUS, le système de santé au RN est toujours resté identifié à la scène nationale par les similitudes avec les autres états de la fédération brésilienne. Ainsi, les acteurs principaux (COSEMS, SES, SMS, institutions académiques, fournisseurs privés, corporations professionnelles, entre autres), les structures implantées par la réforme (fonds de santé, conseils de santé, commissions bipartites, régions de santé, entre autres), les outils de gestion (systèmes d'information, transferts et incitations économiques, PPI, PDR, entre autres), les programmes incités par le MS (PSF, entre autres), les modalités de gestion, enfin tous affichent simultanément un visage national (les mêmes, partout au pays) et une originalité locale (dans l'état fédéré et ses municipalités). La CIB-RN est une commission bipartite comme les autres du pays, avec la même composition, mais ses règles de fonctionnement sont propres, les acteurs qui y siègent suivent une dynamique locale, les enjeux sont quelquefois nationaux, quelquefois spécifiques (comme le cas de la municipalité de Pau dos Ferros).

La municipalisation de la santé est arrivée à se consolider au RN. Ce fut un processus très complexe où la triade centralisation/décentralisation/recentralisation a suivi son cours au milieu de négociations, de conflits, d'alliances, de disputes, de coopérations, de compétitions. Des groupes d'acteurs réformistes (locaux et nationaux) y ont proposé la décentralisation basée sur un projet commun de changement radical du système. Afin d'atteindre l'utopie idéalisée, ces acteurs se sont confrontés aux réalités locales arriérées, aux politiciens corrompus et corrupteurs, aux entrepreneurs visant le profit par la prestation de soins sans qualité, aux professionnels mal rémunérés par l'État et prisonniers de l'idéologie libérale et du corporatisme, aux usagers sans conscience de citoyenneté. Ils trouvent aussi l'absence de structures, l'insuffisance d'argent pour créer le nouveau, la culture de dépendance et le clientélisme. Ils perçoivent aussi le potentiel de changement dans l'insatisfaction généralisée face au système public de santé, l'absence d'accès d'une grande partie de la population aux soins médicaux, la créativité et le compromis de quelques professionnels pour lesquelles la santé de la population demeure une priorité.

Les leaderships réformistes locaux ont alors développé un mouvement politique pour la municipalisation et, progressivement, les structures municipales de santé et les espaces sociaux d'action du système ont été bâtis. Au début de la municipalisation au RN, plusieurs municipalités ne pouvaient compter sur aucune structure matérielle de santé, il n'existaient pas de centres de santé, les médecins manquaient et il n'y avait pas de pharmacies, parfois même pas une ambulance pour transporter les malades. Les barrières à l'accessibilité demeuraient presque infranchissables correspondant aux énormes écarts sociaux et à l'exclusion sociale

existant au pays. Quelques municipalités comptaient sur des services précaires offerts par le SSE-RN dont la gestion se faisait à distance. Progressivement, les secrétariats à la Santé des municipalités (SMS) émergent, leurs secrétaires deviennent des acteurs-clés du processus de décentralisation et de structuration du SUS. Les bâtiments du système commencent à apparaître, quelques-uns transférés par l'état fédéré, les équipes professionnelles se constituent ; la structure organisationnelle, l'univers symbolique des acteurs, les technologies, les connaissances se développent. Les espaces sociaux de structuration du système de santé commencent à se former : les lieux où les acteurs se retrouvent, réfléchissent, adoptent des positions, des stratégies, pratiquent ; espaces de gestion/production/utilisation de services, espaces de relation/production/appropriation sociale, espaces de (re)production ou des actualisations (micro-changements convergents), espaces de signification et des boucles rétroactives de développement. Ce processus est tout sauf linéaire, il est plutôt jalonné de détours et de discontinuités.

Malgré les contraintes des contextes successifs, des propriétés structurelles du système et des dynamiques sociales dans le système de santé, quelques changements sont intervenus au SUS-RN : la construction de leaderships collectifs, comme le COSEMS-RN; l'émergence d'une culture de négociation dont l'institutionnalisation de la CIB-RN représente le pas le plus important; la création de structures et d'espaces sociaux pour les rencontres des acteurs du système, dans chaque municipalité et au niveau de l'état fédéré; un apprentissage collectif et institutionnel du processus de structuration (règles, normes, ressources, représentations, connaissances, outils de gestion, entre autres); une grande croissance des services de première ligne permettant d'envisager une inversion de tendance du modèle de prestation des services;

les premiers pas effectués vers une rupture avec la culture bureaucratique du système (fin des habilitations aux modalités de gestion des services de première ligne).

Le SUS reste encore imprégné de quelques traits institutionnalisés du système de santé, quelques-uns hérités de l'ancien système et encore très présents dans la vie institutionnelle. Sans rompre avec la dépendance au secteur privé et à quelques groupes de professionnels qui détiennent le monopole des services dans leur domaine, il sera chaque fois plus difficile au SUS-RN d'exercer la gouverne de la santé. La logique marchande de ces acteurs va à l'encontre d'un compromis favorisant la santé de la population et un système de santé basé sur l'équité, l'efficacité, les libertés, mais aussi sur la coopération, l'intégration, l'entente démocratique. La rationalité du marché reste individualiste et fragmentaire, basée sur la compétition et la maximisation du profit qui subvertit les possibilités de planification et de contrôle des dépenses. Dans un contexte d'insuffisance de ressources (la récupération du budget de la santé reste encore très modeste), comme nous l'avons vu dans la présentation du cas du RN, cette situation de dépendance bouleverse les objectifs du système, déstabilise le gouverne de la santé, pose des contraintes aux investissements, tend à limiter les possibilités d'un changement radical. Nous parlons de «*tendance*», parce que le changement radical ne se laisse pas réduire au prévisible ; il peut aussi émerger de l'inusité, du paradoxe. Au plan des hypothèses, l'aggravation de la crise avec le secteur privé peut aussi aboutir à un changement radical, face à une situation tellement insupportable où la majorité des autres acteurs du système finissent par adopter une position favorable à la rupture, au dépassement de l'ordre du système, au nouveau.

Deux autres enjeux-clés dans le SUS nous renvoient au financement et à la situation de ses ressources humaines. Même avec la réglementation de la EC-29, pas encore réalisée (attendant l'approbation par le Congrès national), il n'existe aucune garantie d'un volume de ressources suffisant aux besoins du système. Au Brésil, pays de dimensions continentales, d'énormes inégalités sociales et régionales sautent aux yeux. Le processus d'implantation du PSF (services de première ligne) et, plus récemment, de la régionalisation nous ont montré les grands vides dans l'espace-temps du système de santé. Malgré une couverture significative pour les services de première ligne, le besoin de gros investissements devient urgent afin de réduire les énormes écarts résultant d'une distribution inégale des ressources allouées aux services de moyenne et haute complexité majoritairement fournis par le secteur privé conventionné et concentrés dans la capitale et les autres municipalités en GPSM. Ce problème commun à tous les états fédérés brésiliens nous renvoie à deux questions centrales et très soudées l'une à l'autre : 1) l'intégration des soins; 2) la nature des soins (public/privé), en particulier de moyenne et haute complexité.

Le processus de régionalisation implique l'autonomie des régions de santé, hiérarchiquement distribuées dans le territoire de l'état fédéré et la constitution de réseaux intégrés de soins. Pour atteindre ces objectifs, il faut implanter des services de moyenne et haute complexité dans les pôles des régions de santé et une organisation en réseau qui présuppose une logique de coopération et des mécanismes de communication entre les services. Il importe alors de réfléchir sur la nature de ces services. Nous avons déjà insisté sur le fait que les services du secteur privé sont loin d'être articulés autour d'une logique de coopération ; en général, ils fonctionnent isolément, sans communication entre eux. Pour les

soumettre à la logique systémique d'intégration coopérative du projet de régionalisation, il faut rompre avec son quasi-monopole sur les services de moyenne et haute complexité. Ainsi, les investissements dans les établissements publics pour la prestation de ce type de services constitue une question stratégique. L'argent reste alors indispensable pour assurer le développement et l'épanouissement du système et de ses activités dans le quotidien des services, tel que proposé par les autorités de la gouverne de la santé. Fournir des piètres services aux pauvres en affirmant le besoin de restreindre les dépenses d'un État qui n'a pas jamais accordé de la priorité à la santé de ses citoyens ne peut tout simplement pas être invoqué.

Finalement, il est tout à fait improbable qu'un système de santé puisse arriver à un changement radical (tel que proposé par les réformistes), sans l'adhésion de ses ressources humaines. La situation actuelle du SUS requiert un traitement prioritaire aux problèmes concernant son «*capital humain*». Mal rétribués, travaillant dans des conditions difficiles, sans aucune gratification (financière, symbolique ou autre), une grande partie sans formation adéquate à leurs fonctions et sans opportunités d'actualisation scientifique ou dans leur champ d'activité, ils tendent vers la démotivation, l'indignation, la révolte. Le personnel perd son sentiment d'appartenance à l'institution, le désir et la fierté de bien accomplir sa tâche. Évidemment, dans un pays de contrastes, il existe des îlots d'abondance, des établissements publics très modernes, avec technologie de pointe, avec un corps professionnel de haute qualité, reconnu et renommé internationalement. Mais, nous parlons ici de cet autre pays, celui de l'exclusion et des exclus, pour lesquels le changement demeure plus nécessaire. Sans un changement global de la situation des ressources humaines du SUS, il sera difficile de

changer quelque chose, sauf si le changement lui-même (surgi d'une émergence inconnue) réussit par rétroaction à changer les conditions des ressources humaines.

Les changements survenus suivent le temps des processus constructivistes ; ils sont tous incrémentiels, lents et de nature convergente ; ils résultent d'actions normatives, délibérées, formalisées (les NOBs, les arrêtés ministériels, les plans et programmes locaux). Mais ils sont aussi issus de l'inattendu, de l'informel, du paradoxe (les plaintes au Ministère public contre le SUS servant à renforcer son intégration dans le système de santé). Quelques changements sont plus localisés (les instances de négociation et décision sont concentrées dans la capitale et les sièges des régions), d'autres, plus généralisés (la culture de négociation, l'apprentissage institutionnel) ; quelques-uns de courte durée (les modalités de gestion des NOBs), d'autres de plus longue durée (la CIB-RN institutionnalisée dans le SUS-RN).

Pendant la réalisation de cette thèse, nous avons suivi les événements du champ social de la santé au Brésil et au RN, sans toutefois prétendre les analyser dans ce travail. À titre d'épilogue, le SUS-RN a traversé récemment une nouvelle crise, laquelle a débouché sur une longue grève de médecins (commencée par les anesthésistes et traumatologues) dont la corporation s'est radicalisée et aussi les gestionnaires; cette situation a poussé le NESC-UFRN à assumer le leadership d'un mouvement politique pour défendre le SUS, proposant des mesures effectives afin de remplacer la position technocratique (des gestionnaires), ainsi que la position corporative (professionnels) et la marchande (des professionnels et d'autres fournisseurs de services) par une voie démocratique vouée aux intérêts collectifs.

Au plan national, il faut remarquer quelques propositions du MS qui commencent finalement à se matérialiser : les projets d'éducation permanente (en coopération avec les universités et d'autres institutions d'enseignement), le programme de qualification du système (QUALISUS) et la publication du «*Pacte pour la santé*» (document synthèse de la nouvelle voie de gestion du système). Cette dernière annonce le déplacement de la logique normative vers l'approfondissement des mécanismes de gestion partagée et la définition de priorités intégrées à trois axes principaux : le Pacte pour la vie (compromis sanitaires), le Pacte pour la défense du SUS (mobilisation sociale) et le Pacte de gestion du SUS (définition des responsabilités de chaque échelon de la gouvernance de la santé, visant une gestion coopérative et solidaire). Il est fort possible que de nouveaux changements surviennent, mais nous ne pouvons pas prédire leur nature, leur étendue, ni leur durée. Nous cheminons une autre fois dans le temps de l'espoir.

En général, les processus de décentralisation sont articulés autour de projets de changement radical dans le système de santé, des phénomènes de restructuration globale. Mais, dans ces processus, les changements radicaux résultent de microchangements convergents incrémentiels développés au fil des rencontres des acteurs dans le champ social de la santé lesquels, à partir du franchissement d'un certain seuil, inaugurent un nouvel ordre dans l'histoire du système (Figure 1). C'est un moment de restructuration : les espaces de construction du système se déplacent, les acteurs actualisent leurs comportements face à un changement de décor, les règles du jeu se transforment pour établir un nouveau scénario, des nouvelles normes sont internalisées, des nouvelles résistances s'organisent. C'est un moment d'explicitation : la fragilité et la puissance, la connaissance et l'astuce, l'égoïsme et la



solidarité, le concret et l'imaginaire, la norme et la loi, la négociation et l'imposition, l'incitation et la contrainte prennent chacun leur place. C'est un moment de définition : de nouveaux équilibres atteints, des priorités établies, des modèles d'organisation et de prestation des services choisis, des pratiques privilégiées. C'est un moment de changement des mentalités : le nouvel arrangement exige des acteurs prêts à prendre des décisions sur des nouveaux sujets à réaménager l'espace institutionnel, à assumer de nouvelles pratiques ; tout cela ne peut être réalisé sans une transformation du regard des acteurs sur le système capable d'orienter leurs actions ; de nouvelles valeurs, croyances et connaissances sont nécessairement requises.

Un processus de décentralisation inscrit dans un projet de changement radical ne se produit pas sans réactions, ni résistances, sans risques comme l'encadrement de l'hétérogénéité par l'unification centralisatrice de la prise des décisions, la fragmentation des politiques par multiplication des sources de décision, l'autoritarisme débridé, le chaos institutionnel, le patronage, entre autres. Les forces centripètes et centrifuges se dressent, s'interrogent, prennent conscience de leurs possibilités et jouent stratégiquement. Un processus de décentralisation reste tout le temps sous le regard attentif des agents de la centralisation et vice-versa. En plus, les nouvelles normes introjectés à la conscience pratique des acteurs du système de santé et les nouvelles règles fixées à la structure organisationnelle gardent toujours une distance prudente des anciennes qui, à leur tour, refoulées dans l'inconscient institutionnel, reviennent éventuellement, comme forces souterraines, nourrir le comportement des acteurs dans l'institution. De vieilles pratiques apparemment étrangères au nouveau scénario du système de santé prennent leur place, contredisent les nouvelles routines

incorporées ; l'archaïque se joint au moderne dans le quotidien des services de santé. De nouveaux flux de communications s'établissent, plus fermés, plus ouverts.

Là, au jour le jour des services de santé, il faut trouver les mécanismes d'intégration et les nouveaux équilibres possibles pour répondre aux besoins individuels et collectifs. Cela pose tout un défi à la gouverne de la santé : trouver un mix d'attributions centralisées-décentralisées pour faire face au triangle équité-efficiencelibertés individuelles, conformément aux valeurs privilégiées par les sociétés à chaque période de l'histoire. Ainsi, l'espace multidimensionnel du système de santé devient un espace vivant ; il n'est plus le domaine exclusif du central ni du local, du collectif ni du particulier. Dorénavant, il peut être vu dans sa complexité où coexistent les régularités et l'exceptionnel, les événements et les accidents, les convictions et les incertitudes, les équilibres et les déséquilibres. C'est le temps des nouveaux jeux, comportements, mentalités, valeurs, normes, pratiques et routines; le temps de la structuration de nouveaux épisodes. Le système de santé demeure ainsi une œuvre ouverte, un processus inachevé. La théorie et les événements, la raison et la vie se réconcilient.

## Bibliographie

1. Andrade, L.O.M. (2001). SUS Passo a Passo : Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo/Sobral: Editora HUCITEC.
2. Arretche, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia, Ciência & Saúde Coletiva, 8(2), 331-345.
3. Audet, M., & Bouchikhi, H. (1993). Structuration du social et modernité avancée - Autour des travaux d'Anthony Giddens. Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université de Laval.
4. Avritzer, L. (1995). Cultura Política, Atores Sociais e democratização: uma crítica às teorias da transição para a democracia, Revista Brasileira de Ciências Sociais, 28, 109-122.
5. Bahia, L. (2001). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2), 329-340.
6. Bahia, L. (2005). Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. In : Communication à la Conférence luso-francophone de santé, réalisée à Montréal, 16-18 juin.
7. Banque Mondiale (1989). Le financement des services de santé dans les pays en développement. Washington : World Bank Press.
8. Bardin, L. (1977). L'analyse du discours. Paris : P.U.F.
9. Beck, M. (2001). La société du risque. Paris : Alto Aubier.
10. Begin, C. et al. (1987). Le budget : le jeu derrière la structure. Rapport de recherche n° 28, Commission Rochon, Québec : Les Publications du Québec.
11. Benson, J.K. (1975). The Interorganizational Network as a Political Economy. Administrative Science Quarterly, 20, pp. 229-249.
12. Bergé, P. et al. (1994). Des rythmes au chaos. Paris : Éditions O. Jacob.
13. Berger, P.L., & Luckmann, T. (1966). The Social Construction of Reality. New York: Anchor Books/Doubleday.
14. Bergson, H. (1998). L'évolution créatrice. Paris : Quadrige/P.U.F.

15. Bergson, H (1999). La pensée et le mouvant. Paris : Quadrige/P.U.F.
16. Berlinger, G. et al. (1988). Reforma Sanitária - Itália e Brasil. São Paulo : Editora Hucitec.
17. Bossert, T. (2000). Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia, and Bolivia. Boston : Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project/LAC Health Sector Reform Initiative.
18. Bossert, T. et al. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. Panamerican Journal of Public Health, 8(1/2), 84-92.
19. Bossert, T. & Beauvais, J. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. Health Policy and Planning, 17(1), 14-31.
20. Bouchikhi, H. (1991). Structuration des organisations: concepts constructivistes et étude de cas. Paris : Economica.
21. Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. Paris : Éditions de Minuit.
22. Bourdieu, P. (1989). O Poder Simbólico. Série Memória e Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A.
23. Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1992). Réponses : pour une anthropologie réflexive. Paris : Seuil.
24. Bourdieu, P. (1994). Raisons pratiques: sur la théorie de l'action. Paris : Seuil.
25. Bourdieu, P. (1997). Les usages sociaux de la science : pour une sociologie clinique du champ scientifique. Paris : INRA.
26. Bozzini, L., & Bourgault, P. (1982). La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec. Service Social, 41(2), 87-114.
27. Braga, J.C.S. & Paula, S.G. (1981). Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/Hucitec.
28. Brasil. (1987). Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
29. Brasil. (1993). Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília : Ministério da Saúde.
30. Brasil (2002). Portaria n. 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Brasília-DF, Ministério da

Saúde. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

31. Burky, S. et al. (1999). Beyond the Center: Decentralizing of the State. World Bank Latin American and Caribbean Studies, Washington, D.C. : World Bank Press.
32. Buss, P.M. et al (1976). Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
33. Canguilhem, G. (1966). Le normal et le pathologique. Paris, Quadrige/P.U.F.
34. Capote Mir, R. (1990). Sistemas Locales de Salud: organización, regionalización, principios generales. In: J.M. Paganini & R. Capote Mir (Eds). Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. (pp. 117-135), Washington : Publicación Científica n° 519, OPS.
35. Capote Mir, R. (1991). Development and Strengthening of Local Health Systems. In: The Transformation of National Health Systems in the American Region. Rennes : PAHO/WHO.
36. Carvalho, G. (2001). A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2), 435-444.
37. Champagne, F. et al. (1983). Le système des soins du Québec : Une organisation visant l'équité et le respect des libertés individuelles. Revue Française de Finances Publiques, 2, pp. 57-79.
38. Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. In : Documents de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude N° 39, Ottawa : Ministère de la santé.
39. Charte d'Ottawa (1986). Charte pour la promotion de la santé. Une conférence internationale pour la promotion de la santé: vers une nouvelle santé publique. Novembre, Ottawa : OMS/Santé et Bien-être social Canada/Association canadienne de santé publique.
40. Chauí, M. (1994). Raízes teológicas do populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados, In: Dagnino, E. et al. Anos 90: Política e Sociedade no Brasil. São Paulo : Ed. Brasiliense. pp. 19-30.
41. Collins, C. (1989). Decentralization and the Need for Political and Critical Analysis, In: Health Policy and Planning, 4 (2) : 168-171.
42. Contandriopoulos, A-P. et al. (1980). Le paiement des ressources et les finalités du système socio-sanitaire : Les expériences étrangères, In : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec : Rapport de recherche n° 29.
43. Contandriopoulos, A-P. et al. (1986). L'influence du paiement des ressources dans le

système de santé : un cadre d'analyse, Montréal : GRIS/ Université de Montréal.

44. Contandriopoulos, A-P. et al. (1989). Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins : l'exemple du Québec, In : Sciences sociales et santé, VII (4) : 113-132.
45. Contandriopoulos, A-P. et al. (1990). Savoir préparer une recherche. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
46. Contandriopoulos, A-P. (1991). Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie : Montréal : GRIS/Université de Montréal.
47. Contandriopoulos, A-P. (1993). Regulatory Mechanisms in the Health-Care Systems of Canada and other Industrialized Countries: Description and Assessment. Final Report. Montréal : GRIS/Université de Montréal.
48. Contandriopoulos, A-P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1 (1) : 08-26.
49. Contandriopoulos, A-P. et al. (2000). À la Recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle, In : MP Pomeey, JP Poullier (Éds), Santé Publique. Paris : Ellipses, pp. 637-667.
50. Contandriopoulos, A.-P. et al. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, In : Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8 (2) : 38-52.
51. Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement, In: Ruptures revue transdisciplinaire en santé, 9 (2) : 4-31.
52. Contandriopoulos, A.-P. (2005). Le changement. Notes de cours. Montréal : Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
53. Cordeiro, H. (1984). As Empresas Médicas. Rio de Janeiro : Ed. Graal.
54. Cordeiro, H. (1991). Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro : Ayuri Editorial/ ABRASCO.
55. Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système, Paris, Éditions du Seuil.
56. Crozier, M. (1991). État moderne, État moderne: stratégies pour un autre changement. Paris: Fayard/Seuil.
57. Cunha, R.E. (1993). Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O Que Cabe ao Município. Brasília: Ministério da Saúde.
58. Dallari, S.G. (1992). Descentralização Versus Municipalização, In : Saúde em Debate, 35: 39-42.

59. D'Arcy, (1985). La classe politique française face à la décentralisation, In : Revue internationale d'action communautaire, 13 (53) : 61-68.
60. Denis, J.L. (1989). Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations, Thèse de doctorat en Santé communautaire, Montréal : Université de Montréal.
61. Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada, In : Documents de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa : Étude N° 36, pp. 30.
62. Denis, J.-L. et al (1998). From institutional discourse to organizational action : The dynamics of legitimating. San Diego : Academy of Management Meeting.
63. Donzelot, J. (1989). L'État-animateur. Modernisation et politique en France des années 50 aux années 80, In : 53e Colloque de l'ACFAS, Université du Québec à Montréal, avril.
64. Dowbor, L. (1987). Introdução ao Planejamento Municipal, São Paulo : Editora Brasiliense.
65. Elstad, J.I. (1990). Health Services and Decentralized Government: The Case of Primary Health Services in Norway, In : International Journal of Health Services, 20 (4) : 545-559.
66. Escorel, S. (1987). Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ.
67. Escorel, S. (1993). Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social - o Brasil tem um welfare state ? In : Série Estudos, N° 1, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, pp. 32-48.
68. Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. Princeton : University Press.
69. Evans, R.G. et al. (1989). Controlling Health Expenditures - The Canadian Reality, in: New England Journal of Medicine, 320 (9) : 571-577.
70. Evans, R.G. (1984). Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care. Toronto : Butterworths.
71. Evans, R.G. (2003). Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada. Vancouver : Center for Health Services and Policy Research, The University of British Columbia, Working Papers, CHSPR 03: 16W.
72. Ewald, F. (1985). Le bio-pouvoir, In : Magazine littéraire, 218, p. 42-43.
73. Ewald, F. (1986). L'État providence. Paris : Ed. Bernard Grasset.

74. Farias, L.O. & Melamed, C. (2003). Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil, In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 585-598.
75. Faveret, P. & Oliveira, P.J. (1989). A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde, in: Texto para Discussão, N°. 216. Rio de Janeiro, IEI/UFRJ.
76. Faveret, A.C.S.C. (2003). A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas, In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 371-378.
77. Felicissimo, J.R. (1994). A Descentralização do Estado Frente às Novas Práticas e Formas de Ação Coletiva, In: São Paulo em Perspectiva, 8 (2) : 45-52.
78. Fiori, J.L. (1989). Brasil: uma transição democrática com crise orgânica do Estado, In: Texto para Discussão N°. 195. Rio de Janeiro : IEI/UFRJ.
79. Fiori, J.L. (1990). Brasil: transição democrática ou implosão do Estado ? Rio de Janeiro : IEI/UFRJ.
80. Fiori, J.L. (1991). Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas, Brasília : OPAS/OMS.
81. Fiori, J.L. & Kornis, G.E.M. (1994). Além da Queda: Economia e Política numa Década Enviesada, In : Guimarães, R. et al. Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80. Rio de Janeiro: DUMARA/ABRASCO. pp. 01-42.
82. Fiori, J.L. (1995). Em Busca do Dissenso Perdido: Ensaio Crítico Sobre a Festejada Crise do Estado. Rio de Janeiro : Insight Editorial.
83. Foucault, M. (1966). Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines. Paris : Gallimard.
84. Foucault, M. (1969). L'archéologie du savoir. Paris : Gallimard.
85. Foucault, M. (1975). Surveiller et punir, Paris : Gallimard.
86. Foucault, M. (1976). Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir, Paris : Éd. Gallimard.
87. Foucault, M. (1980). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro : Graal Editora.
88. Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform, In : Health Policy, 27: 19-34.
89. Gentile de Melo, C. (1977). Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo : CEBES/HUCITEC.



90. Gerschman, S. (2001). Municipalização e inovação gerencial : um balanço da década de 1990, In : Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2) : 417-434.
91. Giddens, A. (1984). La constitution de la société. Paris : P.U.F.
92. Giddens, A. (1990). The Consequences of Modernity. Stanford : Stanford University Press.
93. Glouberman, S. & Zimmerman, B. (2002). Systèmes compliqués et complexes: En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie? , In : Documents de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, Étude N° 8, 34 pp.
94. Godbout, J. (1985). Les relations central-local ou le rendez-vous manqué, In : RIAC, 13 (53) : 125-129.
95. Godbout, J. (1985). L'élú municipal: un acteur politique menacé ?, In : L'analyste, 9: 56-60.
96. Goffman, E. (1974). Les rites d'interaction. Paris : Éditions minuit.
97. Goulart, F.A.A. (1996). Municipalização Veredas: Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro : ABRASCO/CONASEMS.
98. Gutiérrez, R.A. (1990). Mise en œuvre de la décentralisation des services de santé: étude de cas concernant le Mexique, In : Mills, A. et al. Décentralisation des systèmes de santé: concepts, aspects et expériences nationales, Genebra : OMS.
99. Gramsci, A. (1976). Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira.
100. Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (1969). L'argent, signe de santé? Paris : SPES.
101. Guba, E.G. & Lincoln, Y. (1989). Fourth Generation Evaluation, Newbury Park : Sage Publications.
102. Guimarães, R. et al. (1978). Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
103. Guimarães, R. et al. (1994). Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80. Rio de Janeiro : DUMARA/ABRASCO.
104. Habermas, J. (1978). Raison et légitimité : Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé. Paris : Payot.

105. Hetzel de Macedo, I.M. (1982). Os Programas de Medicina Comunitária no Rio Grande do Norte: dos Mini-Postos ao PIASS. Dissertação de Mestrado em Medicina Social, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
106. Hetzel de Macedo, I.M. (1994). A Regulação Social do Sistema de Saúde Brasileiro : O Papel dos Conselhos Municipais de Saúde e a Contribuição dos Atores Locais às Mudanças do Sistema. Relatório de pesquisa, Natal, Departamento de Saúde Coletiva/UFRN.
107. Hetzel de Macedo, I.M. (1999). Regulação e Utopia : Em Busca de Uma Ética de Solidariedade. Conferência apresentada durante o seminário «Políticas de Saúde em Tempos de Crise», Natal: NESC-UFRN/UERJ.
108. Huber, P.G. et al. (1995). Longitudinal Field Research Methods: Studying Processes of Organizational Change. George P. Huber and Andrew H. Van de Ven (Editors). Thousand Oaks : SAGE Publications.
109. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2005.
110. IBGE. (2005). Novo Sistema de Contas Nacionais – 2000 a 2005. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2006.
111. Illich, I. (1975). Némésis médicale : l'expropriation de la santé. Paris : Éd. Seuil.
112. Jalbert, L. (1991). La décentralisation : enjeux et perspectives, In : Maheu, L. & Sales, A. La recomposition du politique. Montréal : Éditions l'HARMATTAN/ les Presses de l'Université de Montréal.
113. Jalbert, L. (1992). L'État ancré ou les frontières de la démocratie, In : Boismenu, G. et al. Les formes modernes de la démocratie. Montréal/Paris : Les Presses de l'Université de Montréal/Éditions l'Harmattan. pp. 83-111.
114. Junqueira, L.P. (1997). A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde, In : Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC, pp. 173-204.
115. Kleiber, C. (1991). Question de soins : Essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins. Lausanne : Éditions Payot Lausanne.
116. Klein, J.-L. (1989). Développement régional et espace local: vers une régulation territorialisée, In : Revue internationale d'action communautaire, 22 (62) : 189-196.
117. Lamarche, P. et al. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques?, In : Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,

8 (2) : 71-92.

- 118.Lamarche, P. et al. (2005). Le système de financement des soins du Québec : miroir ou mirage des valeurs collectives?. Communication à la Conférence luso-francophone de santé, réalisée à Montréal, 16-18 juin.
- 119.Laurenti, R. et al. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. In: Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):35-46.
- 120.Lautier, B. (1992). L'État-providence en Amérique Latine: utopie légitimatrice ou moteur du développement ? Communication au colloque du CELAIS (Université libre de Bruxelles) L'Amérique Latine : 500 après, une réelle démocratie est-elle possible ? réalisé à Bruxelles, octobre.
- 121.Lemieux, V. (1997). La décentralisation. Québec : Les Presses de l'Université Laval/Les Éditions de l'IQRC.
- 122.Lemieux, V. (2001). Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- 123.Levcovitz, E. (1997). Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as formas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese de doutorado, Rio de Janeiro : IMS/UERJ.
- 124.Levcovitz, E. et al. (2001). Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, In : Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2) : 269-291.
- 125.Liu, Y. et al. (1995). Transformation in China's Rural Health Care Financing, In : Social Sciences and Medicine, 41 (8) : 1085-1093.
- 126.Lomas, J. (1996). Reluctant Rationers: Public Input to Health Care Priorities. Hamilton : McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Policy, Commentary C96-2.
- 127.Lucchese, P.T.R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde, In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 439-448.
- 128.Luz, M.T. (1981). As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia, 2ª Edição, Rio de Janeiro : Editora Graal.
- 129.Luz, M.T. (1991). Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - Anos 80, In : Saúde em Debate, 32 : 27-32.
- 130.Luz, M.T. (1994). As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80, In : Guimarães, R. et al. Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80. Rio de Janeiro: DUMARA/ABRASCO, pp. 131-152.

- 131.Luz, M.T. (2000). «Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano», in: Ciência e Saúde Coletiva, 5(2): 293-312.
- 132.Macedo, M.R.C. (1998). Determinação e Complexidade em Epidemiologia. Natal, Departamento de Saúde Coletiva/UFRN.
- 133.Maclouf, P. (1985). Les restructurations économiques et l'ancrage territorial de la crise de l'État-providence, In : Revue internationale d'action communautaire, 13 (53) : 9-18.
- 134.Maganu, E.T. (1990). Décentralisation des services de santé au Botswana, In : Mills, A. et al. Décentralisation des systèmes de santé: concepts, aspects et expériences nationales, Genebra : OMS.
- 135.Malcolm, L.A. (1990). Décentralisation de la gestion des services de santé: bilan de l'expérience en Nouvelle-Zélande, In : Mills, A. et al. Décentralisation des systèmes de santé: concepts, aspects et expériences nationales, Genebra : OMS.
- 136.Mariotti, H. (2002). As Paixões do Ego : Complexidade, Política e Solidariedade. São Paulo: Editora Palas Athena.
- 137.Marques, M.B. (1995). Doenças Infecciosas Emergentes no Reino da Complexidade : implicações para as políticas científicas e tecnológicas, In : Cadernos de Saúde Pública, 11 (3) : 361-388.
- 138.Marques, R.M. & Mendes, A. (2003). Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? In : Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 403-417.
- 139.Marshall, T.H. (1965). Citizenship and Social Class. Cambridge : University Press.
- 140.Martin, O. (2000). Sociologie des sciences. Paris : Nathan.
- 141.Marx, K. (1964). Les luttes de classes en France. Paris : Pauvert.
- 142.Marx, K. (1983). Manifeste du parti communiste. Paris : Éditions sociales.
- 143.Massolo, A. (1988). Em direção às bases: descentralização e município, In : Espaço e Debates, Revista de Estudos Regionais e Urbanos, VIII (24) : 40-54.
- 144.Mc Killop, I. (2002). Les règles financières en tant que catalyseur du changement dans le système de soins de santé du Canada, In : Les Annales de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n°. 19.
- 145.Medici, A.C. (1990). Cenários Governamentais para as Finanças da Saúde no Período 1990-1994, In: Saúde em Debate, 30, pp. 9-14.

146. Medici, A.C. (1991). «As Fronteiras da Universalização: O Dilema da Política Social na Virada do Século», in: Saúde em Debate, N°. 32: 21-26.
147. Medici, A.C. (2002). Financing Health Policies in Brazil: achievements, challenges and proposals. Washington-DC, BID.
148. Medici, A.C. (1993). Gastos com Saúde nas Três Esferas de Governo: 1980-1990, In: Saúde em Debate, 40 : 26-32.
149. Medici, A.C. (1994). Financiamento e Desempenho das Políticas Sociais - 1980-1991, In : Saúde em Debate, 42 : 4-9.
150. Medici, A.C. (1994). Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo.
151. Medici, A.C. (1994). As Contribuições da Economia à Análise dos Problemas Enfrentados pelo Setor Saúde na América Latina, In: Anais do I Encontro Nacional de Economia da Saúde, São Paulo : ABrES/NEPSS. pp. 95-136.
152. Melamed, C. & Costa, N.R. (2003). Inovações no financiamento federal à Atenção Básica, In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 393-402.
153. Mendes, E.V. (1990). Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud, In : Paganini, J.M. & Capote Mir, R. Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington : Publicación Científica n° 519, OPS, pp. 21-27.
154. Mendes, E.V. (1990). Sistemas locales de salud: una aproximación conceptual, In : Cuadernos Médico Sociales, 54, Rosário.
155. Mendes, E.V. (1991). O Consenso do Discurso e o Dissenso da Prática Social: Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. Brasília : OPS.
156. Mendes, E.V. et al. (1993). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO.
157. Mendes, E.V. (1996). Uma Agenda para a Saúde. São Paulo : HUCITEC.
158. Mills, A. et al. (1991). La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expériences de quelques pays, Genève : OMS.
159. Ministério da Saúde. (1995). Avaliação do Processo de Descentralização da FNS. Brasília, Relatório da Assessoria de Planejamento Estratégico da FNS. Brasília. Publicações do Ministério da Saúde.

- 160.Mintzberg, H. et al. (1994). The Fall and Rise of Strategic Planning, In : Harvard Business Review, January-February, pp. 107-114.
- 161.Mintzberg, H. et al. (1998). Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management. New York : Free Press.
- 162.Moraes Novaes, H. & Capote Mir, R. (1987). Sistemas Locales de Serviços Como Política de Regionalización de la Salud, In : Bol. of Sanit. Panam., 102 (2).
- 163.Morgan, G. (1998). «New Directions in Management : The Art of Using Small Changes for Large Effects», in : Journal of Innovative Management, 4 (1).
- 164.Morin, E. (1977). La méthode 1. La nature de la nature. Paris : Éditions du Seuil.
- 165.Morin, E. (1984). Sociologie. Paris : Fayard.
- 166.Morin, E. (1986). La méthode 3. La connaissance de la connaissance. Paris : Éditions du Seuil.
- 167.Morin, E. & Le Moigne, J.-L. (1999). L'intelligence de la complexité. Paris : l'Harmattan.
- 168.Morin, E. (1999a). L'épistémologie de la complexité, In : Morin et Le Moigne. L'intelligence de la complexité. Paris : l'Harmattan, pp. 43-137.
- 169.Morin, E. (1999b). La pensée complexe, une pensée qui pense, In : Morin et Le Moigne. L'intelligence de la complexité. Paris : l'Harmattan, pp. 197-213.
- 170.Motta, P.R. (1994). Participação e Descentralização Administrativa: lições de experiências brasileiras, 28 (3) : 174-194.
- 171.Naegelen, F. (1989). La régionalisation des systèmes de santé: l'exemple suédois, In : Journal d'Économie Médicale, 7 (1) : 11-20.
- 172.Navarro, V. (1976). Medicine Under Capitalism. New York : PRODIST.
- 173.Noronha, J.C. & Levcovitz, E. (1994). AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde, In: Guimarães, R. et al. Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80. Rio de Janeiro: DUMARA/ABRASCO, pp. 73-112.
- 174.Novaes, H. de M. (1990). Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS. São Paulo : PROAHSA/Livraria Pioneira e Editora.
- 175.OCDE. (1987). La santé, financement et prestation, analyse comparée des pays de l'OCDE. Paris : Organisation de coopération et de développement économique.

176. Offe, C. (1984). Contradictions of the Welfare State. London: Ed. John Keane.
177. Offe, C. (1985). Capitalismo Desorganizado. São Paulo: Ed. Brasiliense.
178. Oliveira, J. & Teixeira, S.M.F. (1985). (Im) Previdência Social, Rio de Janeiro: Ed. Vozes/ABRASCO.
179. Omram, A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 49 (Part 1): 509-538.
180. Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Addison-Wesley Publishing Company Inc.
181. Oslak, O. et al. (1990). Descentralización de los Sistemas de Salud: el Estado y la salud, In : Paganini, J.M. & Capote Mir, R. et al. Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington: Publicación Científica n° 519, OPS, pp. 59-81.
182. Paganini, J.M. et Capote Mir, R. (edit.) et al. (1990). Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias. Washington: OPS, Publicación Científica, n° 519.
183. Paganini, J.M. (1990). Sistemas Locales de Salud: un nuevo modelo de atención, In: Paganini, J.M. & Capote Mir, R. et al. Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington: Publicación Científica n° 519, OPS, pp. 50-58.
184. Paim, J.S. (1993). A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários, In: Mendes, E.V. et al. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, p. 187-220.
185. Pascal, B. (1962). Pensées. Paris : Le Livre de Poche.
186. Pinheiro, V.C. (1994). Vinculação de Receitas: opção para o financiamento da saúde na revisão constitucional, In: Anais do I Encontro Nacional de Economia da Saúde, São Paulo: ABRES/NEPSS, pp. 159-175.
187. Pinheiro, L., Fontoura, N., Prata, A.C. & Soares, V. (2006). Retrato das Desigualdades. 2a Edição. Brasília, IPEA.
188. PNUD (2006). Relatório do Desenvolvimento Humano.
189. PNUD (2005). Relatório de Desenvolvimento Humano : racismo, pobreza e violência. Brasília, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) do Brasil.
190. Possas, C. (1989). Epidemiologia e Sociedade, Heterogeneidade e Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec.

- 191.Prata, P.R. (1992). Transição Epidemiológica no Brasil, In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(2): 168-175.
- 192.Préteceille, E. (1985). Crise hégémonique et réorganisation territoriale de l'État, la gauche et la décentralisation en France, In : Revue internationale d'action communautaire, 13 (53) : 49-60.
- 193.Prigogine, I. & Stengers, I. (1979). La Nouvelle Alliance: métamorphose de la science. Paris : Éditions Gallimard.
- 194.Prigogine, I. (1996). O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- 195.Prigogine, I. (2001). Ciência, Razão e Paixão. Belém: EDUEPA.
- 196.Québec. (2000). Rapport du Troisième rencontre des autorités locales de santé des Amériques. Québec : Ville de Québec.
- 197.Richard, M. (1969). Phénoménologie et éthique de l'argent, In : Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, L'argent, signe de santé? Paris: SPES, pp. 177-206.
- 198.Rivera, F.J.U. et al. (1989). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez Editora/ABRASCO.
- 199.Rivero, D.T. (1990). Descentralización y Sistemas Locales de Salud: una contribución a la unidad de doctrina, In : Paganini, J.M. & Capote Mir, R. et al. Los Sistemas Locales de Salud : conceptos, métodos y experiencias. Washington: Publicación Científica n° 519, OPS, pp. 82-90.
- 200.Rosanvallon, P. (1981). La crise de l'État-providence. Paris: Ed. Seuil.
- 201.Rose, N. & Miller, P. (1992). Political power beyond the State: problematics of government, In : Britannic Journal of Sociology, 43 (2) : 173-205.
- 202.Rosnay, J. (1995). L'homme symbiotique: Regards sur le troisième millénaire. Paris: Éditions du Seuil.
- 203.Saltman, R. & Von Otter, C. (1992). Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems, Buckingham: Open University Press.
- 204.Saltman, R. (1997). The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States, In: Health Policy, 41 Suppl.: 09-25.
- 205.Santos, B.S. (1995). Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez Editora.



- 206.Santos, B.S. (2002). A Crítica da Razão Indolente: Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez Editora.
- 207.Savas, E.S. (1982). Privatizing the Public Sector: How to Shrink Government. Berkeley/Chathan : University of California/Chatan House Publishers.
- 208.Schrijvers, G. (1990). Décentralisation des services de santé aux Pays-Bas, In : Mills, A. et al. Décentralisation des systèmes de santé: concepts, aspects et expériences nationales. Genebra : OMS.
- 209.Cheema, G.S. & Rondinelli, D.A. (1983). Decentralization and development : policy implementation in developing countries. Beverly Hills: Sage.
- 210.Silva, S.F. (2001). Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Editora HUCITEC.
- 211.Smith, B.C. (1985). Decentralization. The territorial Dimension of the State, London: George Allen and Unwin.
- 212.Soedjatmoko, M. (1986). Complexité et gestion de l'interdépendance, In : Le Colloque de Montpellier: science et pratique de la complexité. Paris : IDATE/ La Documentation Française, p. 7-14.
- 213.Souza, R. (2001). A regionalização no contexto atual das políticas de saúde, In : Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2) : 451-456.
- 214.Souza, R.R. (2003). Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde, In : Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 449-460.
- 215.Schramm, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. In: Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004
- 216.Suarez, R. et al. (1994). Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa, Washington : OPS/OMS, série Informes Técnicos no 30.
- 217.Taveira, M. (1992). O Financiamento do SUS: Armadilhas da Eficiência ou Eficácia das Armadilhas, In: Saúde em Debate, 35 : 58-62.
- 218.Teixeira, S.F. et al. (1989). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora.
- 219.Teixeira, S.F. (1990). Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas, In : Revista de Administração Pública, 24 (2) : 78-99.

220. Teixeira, H.V. & Teixeira, M.G. (2003). Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS, In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 379-392.
221. Terris, M. (1991). Global Budgeting and the Control of Hospital Costs, In: Journal of Public Health Policy, 12 (1) : 61-71.
222. Testa, M. (1989). Pensamiento estrategico y logica de programación (el caso de salud). Buenos Aires: OPS/OMS, Publicación n° 11.
223. Titmus, R. (1963). Essays on the Welfare State. London: Allen and Unwin.
224. Tobar, F. & Pinheiro, V.C. (1993). Tendências, Cenários e Atores no Financiamento da Saúde, In : Conjuntura e Saúde, dezembro: 10-17.
225. Tourraine, A. (1973). Production de la société. Paris : Seuil.
226. Tourraine, A. (1992). Critique de la Modernité. Paris : Fayard.
227. Trottier, et al (1999). Contrasting visions of decentralization, In: Health Reform : Public Success, Private Failure, Daniel Drache & Terry Sullivan (eds.), London: UK, Routledge, pp. 147-165.
228. Ugá, M.A. et al. (2003). Descentralização e alocação dos recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), In: Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2) : 417-438.
229. Vasconcellos, M.J. E. (2002). Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência. Campinas: Ed. Papyrus.
230. Vasconcelos, C.M. (1997). Atores e Interesses na Implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. Natal: UFRN.
231. Vasconcelos, C.M. (2005). Paradoxos da Mudança no SUS. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Campinas: UNICAMP.
232. Vaughan, J.P. (1990). Leçons de l'expérience, In : Mills, A. et al. Décentralisation des systèmes de santé: concepts, aspects et expériences nationales, Genebra : OMS.
233. Vianna, S.M. (1986). Saúde: Descentralização e Desburocratização. Brasília: IPEA.
234. Vianna, S.M. (1990). O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais para Estados e Municípios. Série Economia e Financiamento N° 1, Brasília : OPS/OMS.
235. Vianna, S.M. (1992). A Descentralização Tutelada, In: Saúde em Debate, 35: 35-38.
236. Vianna, S. & Piola, S.F. (1994). Os Desafios do SUS, In: Anais do I Encontro Nacional

de Economia da Saúde, São Paulo: ABRES/NEPSS, pp. 137-158.

237. Wasserman, M.P. et al. (1992). A Survey of Local Health Official's Views on Current Resources for Public Health Services, In : Journal of Public Health Policy, 13 (3) : 261-266.
238. Watzlawick, P. et al. (1975). Changements: paradoxes et psychothérapie. Paris: Éditions du Seuil.
239. Weber, M. (1977). Economía y Sociedad: Esbozo de sociología comprensiva. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
240. Weffort, F. (1978). O Populismo na Política Brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
241. Weffort, F. (1992). Qual Democracia ? São Paulo: Companhia das Letras.
242. White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec, dans: Sociologie et Société, XXV (1) : 77-97.
243. Yin, R.K. (1984). Case Study Research: Design and Methods, Beverly Hills: Sage Publications.

## Anexe I - Le lieu de recherche

### ▪ Le pays

**Nom officiel** : République fédérative du Brésil  
**Superficie** : 8.514.215,3 Km<sup>2</sup>  
**Population** : 185.000.000 hab.  
**Composition de la Population**: blancs (55,2%), mulâtres (38,2%), noirs (6%), jaunes (0,4%), autochtones (0,2%).  
**Capitale** : Brasília  
**Nationalité** : Brésilienne  
**Langue officielle** : Portugais  
**Religions** : Liberté religieuse avec majorité catholique.  
**Monnaie**: Real (R\$) US\$ 1,00 = R\$ 2,324 (31/12/2005)  
**Dates nationales** : 7 Septembre (Jour de l'Indépendance) ; 15 Novembre (Jour de la République)

**Les capitales des États fédératifs brésiliens**: 1) **Sud-Est**: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Vitória; 2) **Sud**: Porto Alegre, Curitiba, Florianópolis; 3) **Nord-Est**: Recife, Fortaleza, Salvador, Natal, João Pessoa, Aracaju, Maceió, Teresina, São Luís; 4) **Nord**: Manaus, Belém, Rio Branco, Macapá, Porto Velho, Boa Vista; 5) **Centre-Ouest**: Brasília (DF), Goiânia, Cuiabá, Campo Grande.

Le Brésil est un pays continental. Les 8.514.876 Km<sup>2</sup> de son territoire constituent une mosaïque de paysages diversifiés, de la forêt amazonienne à la jungle urbaine des métropoles comme São Paulo et Rio de Janeiro<sup>234</sup>, encerclées par les sommets des montagnes, de climat

---

<sup>234</sup> Au nord de l'Amazonie, on trouve le massif des Guyanes ; boisée d'un côté, rocailleuse et désertique de l'autre. La population se concentre dans les métropoles urbaines, surtout celles des États du Sud-Est comme São Paulo,

sec, aride, plein de belles plages au Nord-Est, de l'humidité et une riche biodiversité de marais au Mato Grosso, les collines et plaines des « *pampas* » au Sud, et la modernité architecturale de Brasília sur le plateau central du pays.

Le Brésil est ainsi le plus grand pays de l'Amérique Latine, et le cinquième au monde par la superficie, il comporte des frontières au nord, à l'ouest et au sud, avec des pays d'Amérique du Sud (à l'exception du Chili et de l'Équateur) et à l'est, avec l'océan Atlantique. D'ailleurs, il est le cinquième pays le plus peuplé au monde, comptant près de 185 millions d'habitants (IBGE, 2005). Toutefois, la croissance relative de la population est en déclin depuis les années 1970. Cette baisse de la croissance relative de la population est un phénomène complexe à dimensions multiples : économiques, sociales, culturelles et politiques. Parmi les conditions qui contribuent à ce phénomène, quelques changements structurels dans la société brésilienne sont souvent mentionnés : l'urbanisation et l'industrialisation rapides, en plus de l'entrée massive des femmes sur le marché du travail. Ces changements ont créé les conditions pour une réduction des taux de fécondité et de natalité et, conséquemment, pour le déclin relatif de la croissance populationnelle.

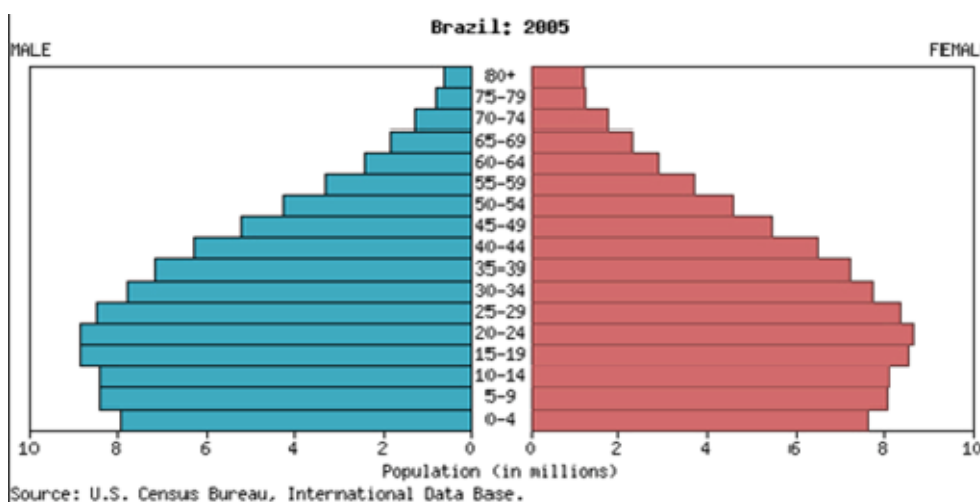
Depuis la seconde moitié des années 1970, la dynamique de la population brésilienne était déjà entrée dans une phase de « transition démographique » dont les niveaux de fécondité et de mortalité sont faibles et la croissance de la population reste lente. En 2004, le taux brut de natalité est tombé à 20,9%. Parallèlement, dans cette décennie, le taux de fécondité a baissé

---

Rio de Janeiro et Minas Gerais. La ville de São Paulo compte une population supérieure à 9 millions d'habitants, contre plus de 5,5 millions de la ville de Rio de Janeiro (IBGE, 2005).

de 2,3 enfants par femme. En outre, la densité de la population par ménage est demeurée à une moyenne de 3,5 personnes (IBGE, 2005). Alors, la taille du groupe d'âge économiquement actif a diminué, tandis que le rythme du vieillissement de la population a augmenté considérablement. La Figure 23 montre la structure d'âge de la population brésilienne en 2005, une image typique de la transition démographique. À son tour, l'urbanisation accélérée a conduit la population urbaine à atteindre le niveau de 84,3% en 2003, tandis que la part de l'industrie dans le PIB brésilien a atteint 19,2%, en 2004.

**Figure 23. Pyramide d'âge de la population brésilienne, 2005.**



Le Brésil demeure un pays très hétérogène, mais encore le seul dont la langue officielle, et dominante partout, demeure le portugais ; d'ailleurs, il reste le plus grand pays lusophone au monde, en plus d'être l'un des plus multiculturels et multiethniques, en raison de la forte immigration provenant de différentes nations. Malgré le PIB de l'ordre de 1803 milliards US \$, le huitième au niveau mondial (IBGE, 2006), les fortes inégalités régionales,

locales, sociales, économiques, culturelles et politiques sont évidentes (Pinheiro et al, 2006). Ainsi, le Brésil n'a pas encore une répartition de revenus satisfaisante au sein de la population, un fait évincié par un indice GINI concentrateur (0,552). Bien que, en 2005, le Brésil occupe encore le dixième rang des pays les plus inégalitaires au monde, au cours des deux dernières décennies, cet indice montre une tendance à la réduction des inégalités (PNUD, 2005).

Depuis 1975, le Brésil a maintenu une tendance d'évolution de l'Indice de Développement Humain (IDH). En 2005, le pays a atteint un IDH de 0,792, presque au niveau des pays les plus développés<sup>235</sup>. Ainsi, la forte croissance économique qui l'a mis parmi les pays les plus riches, n'a pas suffi à réduire les inégalités sociales dans le même rythme, ni à le ranger parmi les pays de développement humain élevé (Tableau 13).

**Tableau 13. L'indice de développement humain au Brésil et leurs composants, en 2005.**

IDH	L'espérance de vie	Taux d'alphabétisation	PIB par habitant
0,792	72,19 anos	88,4%	US\$ 9.108,00

Source : PNUD, 2006.

Jusqu'aux années 1950, le Brésil avait une économie basée sur une division internationale de la production, où les pays « *périphériques* » vendaient des matières

---

<sup>235</sup> L'IDH reste un indice pour mesurer le développement humain, à partir de quelques composants : l'espérance de vie, le taux d'alphabétisation et le PIB par habitant. Les pays à développement humain élevé étaient ceux qui avaient un IDH supérieur à 0,800.

premières et les pays « *centraux* » produisaient des biens manufacturés. Ainsi, le Brésil, intégré chez les premiers, adoptait un modèle économique agro-exportateur, étant à l'époque très dépendant des pays industrialisés. Après les années 1950, le Brésil est entré dans un nouveau cycle de développement économique, avec une large diversification de la production, intégration dans le marché international et croissance progressive d'un marché interne. Puis, avec l'avènement de la mondialisation, ces processus se sont accélérés, et ce que nous voyons aujourd'hui est une économie forte et concurrentielle à l'échelle internationale, allant de la production et distribution de simples marchandises aux produits à haut niveau d'agrégation technologique.

Ainsi, le Brésil connaît une période de transition qui se caractérise par un modèle économique combinant différentes formes de production : de modèles pré-capitalistes archaïques à une économie moderne sous l'hégémonie du secteur financier. Cette transition a été intégrée dans toutes les instances de la vie en société, politique et culturelle. En termes de santé et d'organisation du système de santé, cette transition se manifeste de façon complexe dans leurs spécificités. Un élément clé de ce modèle est la présence de grandes inégalités qui se répandent dans l'ensemble du tissu social.

En 1988, le Système Unique de Santé (SUS) a été créé par la nouvelle Constitution Fédérale, avec l'objectif central d'assurer le droit universel à la santé aux citoyens brésiliens. Il est orienté par des principes de base, tels que l'universalisation, l'équité et l'intégralité. D'autres principes, plus opérationnels sont également importants pour la construction de ce système de santé : la décentralisation, la gestion unifiée et la participation sociale.



Au plan institutionnel, le Ministère de la Santé, les Secrétariats à la Santé des États fédératifs (SES) et les Secrétariats à la Santé des Municipalités (SMS) constituent les instances de gestion du système de santé, à chaque niveau de la fédération. La participation sociale dans la gestion du SUS reste l'un des principes de base du système de santé brésilien, qui compte sur quelques mécanismes tels que les « *conseils de santé* » (aux trois niveaux de gestion du système de santé) et les « *commissions intergouvernementales* » (Commission tripartite et Commissions bipartites), à la fois exhaustivement décrits dans cette thèse.

Après la création du SUS, l'organisation des services de santé a connu des réformes successives, avec plusieurs changements dans son architecture institutionnelle, en soulignant la décentralisation/municipalisation. Aujourd'hui, la grande majorité des services de santé sont fournis par les municipalités, sauf certains dont le coût reste très élevé et la technologie utilisée très complexe, comme certains hôpitaux et certains services de surveillance de la santé. Ces services constituent une responsabilité des États fédératifs ou des universités fédérales, offerts aux usagers du SUS provenant de leurs territoires. Bien que ce système de santé soit l'objet d'une construction collective résultante d'un accord fédératif, caractérisé par un partage de responsabilités formellement établi entre les niveaux de gouvernement, il existe encore quelques courts-circuits dans les relations intergouvernementales. Le financement reste tripartite et l'allocation des ressources continue à reproduire les grandes inégalités régionales au sein du système de santé.

## ▪ **Le visage régional**

Le pays a une organisation fédérative comptant 26 États fédératifs, 5.570 municipalités et le District Fédéral (DF) de Brasília, la capitale du pays. Depuis 1970, l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique (IBGE) a divisé le pays en cinq régions regroupant les États de la fédération : Nord, Nord-Est, Sud, Sud-Est et Centre-Ouest. Les indicateurs économiques et sociaux nous montrent le visage d'hétérogénéité de ce pays, dont les marques de l'histoire ont conduit à une concentration des richesses, des ressources et du pouvoir, en particulier dans le Sud-Est, suivi de la région Sud. En effet, c'est étonnant le fait que le Sud-Est concentre 56,5% du PIB national et dispose d'un PIB par habitant de 132,69% (Tableau 14). Parmi les villes qui ont le plus grand morceau du pourcentage du PIB brésilien, nous trouvons São Paulo (33,9%) et Rio de Janeiro (11,5%), les deux se trouvant dans la région Sud-Est.

Lorsqu'on parle du Nord-Est du Brésil, il nous revient tout de suite à l'esprit les images des plages idylliques des cartes postales. Par ailleurs, dans l'imaginaire social brésilien, cette région reste encore associée à la pauvreté, la misère, l'arriération, le manque de pluies, le soleil inclément et la sécheresse du sol, qui marquent le paysage aride de sa campagne. En revanche, ce sont les stéréotypes d'une région qui a aussi des montagnes, plaines, lacs et rivières, avec un climat qui varie de zones tropicales et semi-arides, dominées par les températures élevées et les faibles précipitations, aux zones côtières et équatoriales humides, caractérisées par des climats plus doux, beaucoup de vent et des précipitations mieux distribuées.

La région Nord-Est reste encore la plus pauvre, avec le plus bas niveau d'éducation formelle ; celle qui, par rapport aux autres, a eu plus de difficultés à résoudre les problèmes de base. Malgré le troisième rang entre les régions brésiliennes, avec une participation de 13,1% dans le PIB national, quand on compte sur la taille de la population, cette région descend au dernier rang. Depuis 2004, il convient de souligner que le Nord-Est a fait preuve d'une croissance supérieure à la moyenne nationale, avec un taux annuel réel de 5,2% (IPEA, 2006).

**Tableau 14. Population et PIB par habitant des régions brésiliennes, en 2005.**

Régions	Population	Population (%)	% du PIB brésilien	PIB/habitant (US\$)
<b>Nord</b>	14.698.878	7,98	5,0	3115,97
<b>Nord-Est</b>	51.019.091	27,7	13,1	2366,11
<b>Centre-Ouest</b>	13.020.767	7,07	8,9	6284,73
<b>Sud</b>	26.973.511	14,6	16,6	5682,45
<b>Sud-Est</b>	78.472.017	42,60	56,5	6656,08
<b>Brésil</b>	184.184.264	100,00	100,0	5016,41

Source : IBGE, 2006.

En outre, dans cette région, les emblèmes des grandes inégalités sont plus évidents : des grands « shopping centers » et des gratte-ciel côtoient des bidonvilles marginalisés ; les belles maisons, les baraques ; la bourgeoisie, les misérables ; ceux qui ont accès à tout ce qu'il y a de meilleur dans la civilisation occidentale, ceux qui sont exclus du développement économique, social et culturel du pays. Malgré tout cela, quelques progrès réalisés par cette région sont évidents, surtout dans la réduction de l'analphabétisme (24,0 %). Dans la région Nord-Est, il existe encore une grande proportion de pauvres (56,53%), une faible espérance de

vie (69 ans), une haute mortalité infantile (33,9 ‰ naissances vivantes), le plus haut degré d'inégalité du pays (GINI « par foyer » = 0,581) et aussi le plus haut Indice d'Exclusion Sociale (IES=36,07), qu'on peut voir dans le Tableau 15.

**Tableau 15. Indicateurs sociaux et inégalités dans les régions brésiliennes, 2005.**

Régions	Ésérance de Vie	Mortalité Infantile	Analphabétisme	Pauvreté	IES	Gini «par foyer»
<b>Nord</b>	71,0	25,5 ‰	11,5 %	46,19%	32,42	0,540
<b>Nord-Est</b>	69,0	33,9 ‰	21,9 %	56,53%	36,07	0,581
<b>Centre-Ouest</b>	73,2	18,7 ‰	8,9 %	27,88%	25,10	0,569
<b>Sud</b>	74,2	15,0 ‰	5,9 %	21,39%	16,24	0,519
<b>Sud-Est</b>	73,5	14,9 ‰	6,5 %	19,94%	13,3	0,539
<b>Brésil</b>	72,1	22,6 ‰	11,0%	33,43%	21,8	0,570

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Dans ce pays de contrastes, d'autres formes d'inégalités sont aussi présentes comme celles d'origine épidémiologique, d'accès aux services de santé et aussi de distribution des ressources du système de santé (Pinheiro et al, 2006). De même que la démographie brésilienne, le profil épidémiologique suit également une transition. Celle-ci est caractérisée par le fait que la morbidité et la mortalité dues aux maladies infectieuses, parasitaires et aux problèmes de santé résultants de la malnutrition, sont en déclin ; tandis que les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies chroniques augmentent, notamment le diabète et les troubles mentaux, mettant en évidence la dépression et les différentes formes de dépendance à l'alcool et d'autres drogues (Prata, 2002 ; Schramm, 2004 ; Laurenti et al, 2005).

Malgré les changements dans le rang du profil épidémiologique, ces groupes de causes coexistent toujours, surtout aux dépens de l'émergence de nouvelles maladies et de la résurgence d'autres qui avaient été éradiquées. Quelques auteurs appellent ce phénomène de

« *transition épidémiologique prolongée* » (Schramm et al, 2004 ; Laurenti et al, 2005). En ce qui concerne le profil de mortalité, ressortent aussi les « *causes externes* », telles que les accidents et la violence. Il faut remarquer la diversité de l'expression épidémiologique régionale. Ainsi, au Nord et au Nord-Est, les causes externes se situent à la deuxième place dans le rang des causes de décès, suivies par les cancers. Cependant, dans les autres régions, nous avons vu un renversement dans l'ordre des places entre ces types de mort : tumeurs à la deuxième place et les causes externes à la troisième, dans le rang. (Tableau 16).

**Tableau 16. Différentes causes de mortalité proportionnelle (%), par régions en 2004.**

Groupes de causes	Brésil	Nord	Nord-est	Sud-est	Sud	Centre-ouest
Les maladies infectieuses et parasitaires	5,1	7,3	6,0	4,9	4,0	5,5
Les cancers	15,7	12,7	12,5	16,3	19,2	14,4
Les maladies de l'appareil circulatoire	31,8	24,3	39,9	32,7	33,1	30,8
Les maladies de l'appareil respiratoire	11,4	11,1	9,5	12,2	11,8	10,1
Certaines affections dont l'origine se trouve dans la période périnatale	3,5	8,2	5,7	2,4	2,2	3,6
Causes externes	14,2	18,9	15,5	13,3	12,6	17,8
D'autres causes définies	18,3	17,6	19,9	18,2	17,1	17,8
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: Ministère de la santé/SVS – Système d'informations sur la Mortalité (SIM).

L'accès aux services de santé reproduit lui aussi l'hétérogénéité régionale. Ainsi, le plus grand nombre de lits d'hôpitaux par habitant est offert par la région sud, en particulier par le secteur privé. D'une part, la région Nord-Est reste la deuxième au rang, en gardant un meilleur équilibre entre les lits publics et privés. D'autre part, la région Sud-Est, la plus riche du pays, est celle qui a la plus faible disponibilité de lits d'hôpitaux par habitant, la plupart de ces lits étant offerts par le secteur privé. Par ailleurs, la région Nord reste la seule dont la

plupart des lits d'hôpitaux par habitant sont offerts par le secteur public (Tableau XVII). Il faut remarquer que, en dépit de la recommandation de l'OMS d'une offre moyenne de 3-5 lits d'hôpital pour 1000 habitants, le Brésil reste en dessous de cette moyenne.

Quant aux professionnels de santé, ils sont aussi distribués de façon très inégalitaire avec une grande disparité régionale et locale. Il y a une grande concentration de médecins dans la région Sud-Est du pays, accompagnée d'une insuffisance de ces professionnels dans les régions Nord et Nord-Est. En outre, il existe des disparités au sein des États fédératifs et dans les grands métropoles comme Rio de Janeiro et São Paulo, entre autres, dans le cadre de la répartition des médecins sur leurs territoires. La situation se répète en ce qui concerne les infirmières et les dentistes (Tableau 17).

**Tableau 17. Nombre de lits et professionnels de santé, pour 1000 habitants, par régions du Brésil, 2005.**

Régions	Lits/habitants		Professionnels de santé/habitants		
	Publics	Privés	Médecins	Infirmières	Dentistes
Brésil	0,8	1,2	1,7	0,6	1,1
Nord	1,1	0,5	0,8	0,5	0,5
Nord-Est	1,0	1,1	1,0	0,5	0,5
Sud-Est	0,7	1,2	2,3	0,7	1,6
Sud	0,6	1,7	1,7	0,7	1,2
Centre-Ouest	0,8	1,2	1,7	0,7	1,3

Source: MS/SAS: Système d'information hospitalier SUS-SIH/SUS et le Registre national d'institutions de santé - CNES (2005); base démographique de l'IBGE.

La répartition des ressources technologiques du système de santé, pose aussi des problèmes. Quand on regarde la distribution de certaines de ces ressources par les régions

macro-brésiliennes, les inégalités sont évidentes, au détriment des régions du Nord et du Nord-Est du pays (Tableau 18).

**Tableau 18. L'offre d'équipements d'imagerie diagnostique (pour un million d'habitants), par macro-régions brésiliennes, en 2005.**

Macro-régions	Mammographes	X-Ray pour densitométrie os	Résonance magnétique	Tomographe informatisé	Ultrason
<b>Brésil</b>	4,2	0,8	1,5	1,1	1,9
Nord	2,0	0,3	0,6	0,5	1,3
Nord-Est	2,7	0,4	0,9	0,6	1,7
Sud-Est	5,3	1,0	2,0	1,4	2,1
Sud	4,7	1,0	1,6	1,3	2,0
Centre-Ouest	5,3	1,2	1,7	1,3	2,7

Source : IBGE, 2006.

## ▪ L'État fédératif

Le Rio Grande do Norte (RN) est situé à l'angle du continent américain, en saillie sur l'océan Atlantique de sorte que c'est le point le plus proche de l'Afrique et de l'Europe. C'est l'un des plus petits États fédératifs du Brésil, avec une superficie totale de 52.811.047 km<sup>2</sup>, ce qui représente 3,42% de la région Nord-Est et encore, 0,62% du Brésil. Malgré sa petite taille en tant qu'État brésilien, il est toujours plus grand que certains pays européens et américains. La zone côtière du RN est vaste, environ 400 km, constituant l'une des principales attractions touristiques du pays, en raison de ses belles et célèbres plages, parmi lesquelles Ponta Negra, Genipabu et Pipa, ces paysages sont bordés de dunes ou de falaises. L'emplacement et les caractéristiques géographiques contribuent à établir dans l'État du RN un climat tropical typique, caractérisé comme semi-aride.

En 2005, parmi les États fédératifs brésiliens, le RN se classe au seizième rang par rapport à la taille de la population qui a atteint 3.084.107 habitants (IBGE, 2006). Cent cinquante-huit municipalités du RN sont habitées par une population de moins de 80.000 habitants, et la grande majorité des municipalités de cet État fédéré (64,67%) ne dépasse pas 10.000 habitants. À peine trois municipalités comptent parmi les populations les plus nombreuses (Natal, Mossoró et Parnamirim). Par ailleurs, cet État présente une structure d'âge compatible avec un profil de transition démographique, comme partout au pays. Il dispose aussi de 167 municipalités, où l'intense processus d'urbanisation lui a enlevé la place de la plus petite population rurale de la région Nord-Est du pays (31,34%).

L'économie du RN se concentre particulièrement dans le secteur des services, surtout par le biais des services publics et du commerce, ce qui représente 74% du PIB de cet État fédératif. En outre, le secteur industriel compte sur une importante industrie textile et agricole, ce qui donne à ce secteur la responsabilité de 21,5% du PIB du RN. En plus d'être riche en ressources minérales, le RN est le plus grand producteur de sel du pays, étant responsable par 90% de la production brésilienne. Le secteur agricole est notamment axé sur l'horticulture et l'élevage. Le RN est responsable par 0,9% du PIB brésilien (IBGE, 2006).

En 2005, le RN présente un profil démographique caractérisé par la natalité (17,43) et la fécondité (2,10) inférieur à la moyenne nationale, et par la pyramide de la population compatible avec la transition démographique dans la région et dans le reste du pays. La mortalité infantile au RN (37.5 décès/1000 naissances vivantes) est plus importante que la



moyenne nationale. Le RN a le plus haut IHD (0,738) et le revenu le plus élevé par habitant (US\$ 2542,41) des régions Nord et Nord-Est du Brésil. Cet État fédératif detient la meilleure espérance de vie de la région Nord-Est (74 ans), au-dessus de la moyenne nationale (73,8 ans) et régionale (71,2 années).

Les inégalités régionales brésiliennes nous montrent un visage d'un pays de contrastes et, en dépit de la croissance dont le RN a fait preuve tout au long de ces dernières années, en tant qu'État fédératif du Nord-Est, il reste encore marqué par les inégalités qui se reproduisent elles aussi dans la logique de distribution des services de santé. Les difficultés de gestion d'un pays tellement hétérogène sont plus rigides quand on se penche sur une région et un État fédératif relativement pauvres. La dynamique de ce combat, au sein du système de santé brésilien, pour surmonter des problèmes de toutes sortes en soulignant la question de la décentralisation/ municipalisation du système, a été largement développée dans cette thèse.