

Transformer le système de santé*

André-Pierre Contandriopoulos

Université de Montréal

** Une version initiale de ce texte a été présentée au Forum national sur la santé, à Vancouver, le 16 janvier 1995.*

Résumé:

Nous cherchons, premièrement, à comprendre pourquoi, dans les pays développés, la transformation des grands systèmes sociaux comme le système de soins est si difficile à mettre en oeuvre et, deuxièmement, à proposer quelques pistes qui permettraient, en débloquent les verrous qui figent ces systèmes, d'enclencher une transformation en profondeur.

Mots clés: Grands systèmes sociaux, champs de compétence, acteurs, étapes du changement.

Ce n'est pas parce que l'on sait que le statu quo ne mène nulle part que l'on prend les mesures nécessaires pour changer la situation. Ce n'est pas non plus parce que l'on sait ce qu'il faudrait faire qu'on le fait. C'est cette double constatation qui s'impose quand on observe l'évolution des systèmes de santé des pays développés. Tous les rapports, études, travaux qui les ont étudiés, ces dernières années, concluent que la situation actuelle ne peut plus continuer et tous font des recommandations concrètes pour les réformer.

L'objet de ce texte consiste, premièrement, à essayer de comprendre ce paradoxe, c'est-à-dire comprendre pourquoi la transformation des grands systèmes sociaux des pays développés est si difficile à mettre en oeuvre et, deuxièmement, à proposer quelques pistes qui permettraient d'enclencher une transformation en profondeur de ces systèmes.

La stabilité des grands systèmes sociaux

La stabilité des grands systèmes sociaux et, en particulier, celle du système de santé

résulte de la correspondance qui, à un moment donné, existe entre le système dominant de croyance et la structure sociale et matérielle de ce système (c'est cette correspondance qui est illustrée sur la Figure 1) (Bourdieu, 1994). Les modalités organisationnelles d'un système, du système de santé par exemple, c'est-à-dire l'ensemble des processus, des lois, des règlements qui structurent la façon dont sont réparties les ressources ainsi que l'autorité ou le pouvoir (Benson, 1975) sont le reflet du système dominant de croyances, c'est-à-dire de la culture et des valeurs qui caractérisent cette société. Le concept de système dominant de croyances ne veut pas dire qu'il existe un système unique de croyances et de valeurs partagé par tous mais, au contraire, que les tensions, les négociations qui existent entre les différentes valeurs, les différentes croyances ont une certaine stabilité. Pour mieux comprendre ce que l'on veut dire par tension entre des valeurs divergeantes, il est possible de distinguer dans le système dominant de croyances quatre pôles:

— les valeurs à promouvoir comme l'équité, l'autonomie des choix individuels et l'efficience;

— la compréhension de phénomènes comme la vie, la maladie, la mort, la douleur ou

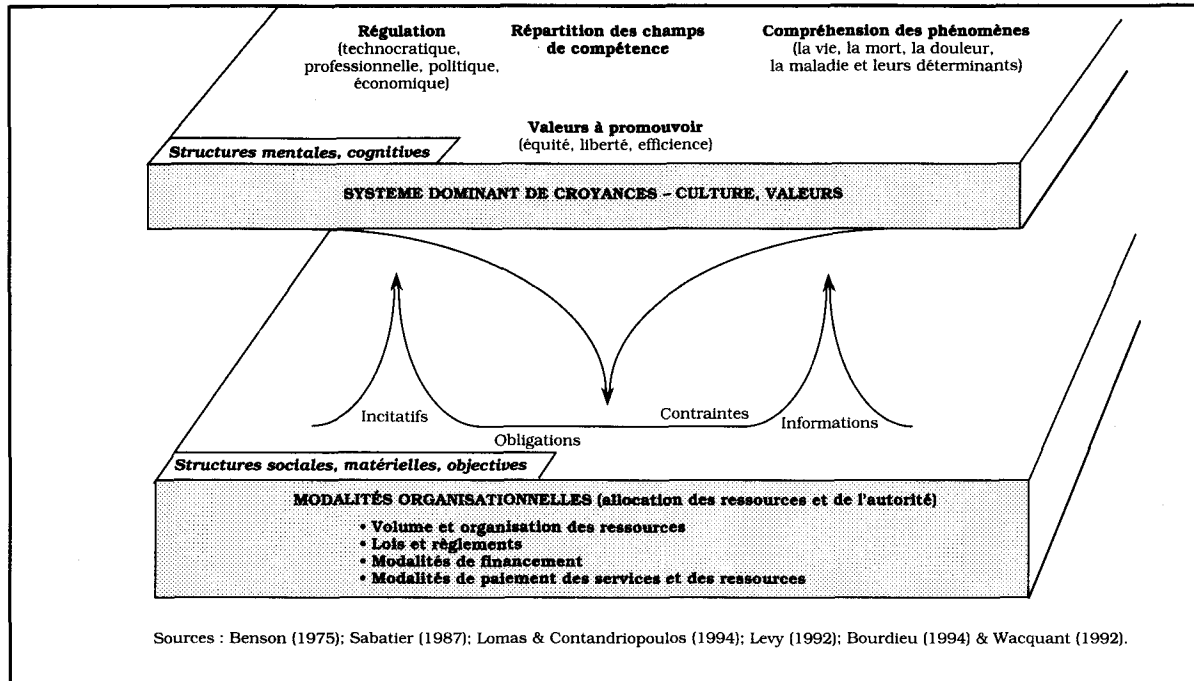


Figure 1. Le champ de pouvoir.

encore la croyance dans l'efficacité des soins de santé à améliorer la santé de la population;

— la répartition des champs de compétence entre les acteurs, c'est-à-dire la perception des rôles et des fonctions des différents acteurs qui oeuvrent dans le domaine de la santé comme, par exemple, le rôle des médecins parallèles et les perceptions sur l'allocation des ressources;

— les formes de régulation. Nous entendons par là la perception des acteurs sur les modèles de régulation les plus aptes à gérer les systèmes publics; cela revient à se demander autour de quelle logique devrait s'organiser la gouverne du système de santé. Devrait-on recourir à une logique technocratique? À une logique professionnelle qui donnerait aux médecins, par exemple, une autonomie très grande dans l'utilisation des ressources mises par la société à leur disposition pour soigner les malades? À une logique politique où le système de santé serait régulé par le jeu démocratique? Ou, enfin, est-ce que le système de santé devrait être régulé par la logique du marché?

Cette brève énumération de ce qui constitue le système dominant de croyances montre bien qu'il ne peut pas s'agir d'un modèle consensuel autour duquel tout le monde se rallie mais au contraire d'un immense système, la plupart du temps implicite de négociations, de discussions qui, à un moment donné, se cristallisent dans un ensemble de modalités organisationnelles.

Ces modalités organisationnelles constituent la structure légale, administrative, matérielle du système. Il s'agit de tous les mécanismes qui définissent, d'une part, comment les ressources matérielles sont allouées par la collectivité et, d'autre part, comment l'autorité et les formes de pouvoir (c'est ce que Bourdieu appelle le capital symbolique) sont distribuées. Cela se concrétise, entre autres, par les lois, les règlements, la jurisprudence définissant les rôles, les fonctions, les obligations des différents acteurs, le volume, le type et l'organisation des ressources, ainsi que par les modalités de financement, de paiement des services et des ressources.

L'ensemble de ces modalités organisationnelles produit un vaste système d'incitatifs, de contraintes, d'obligations et d'informations qui,

à un moment donné, renforce certaines des valeurs, certaines des perceptions et certaines des croyances des acteurs. La structure matérielle et sociale crée un

“... champ de pouvoirs... c'est-à-dire à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et comme un champ de luttes à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciés selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure” (Bourdieu, 1994, p.55).

On conçoit ainsi, comme l'illustre la Figure 1, que les structures sociales et matérielles et les structures mentales et cognitives

“... sont liées récursivement et structurellement et (que) la correspondance qui existe entre elles offre l'un des plus solides garants de la domination sociale. Les classes et autres collectifs sociaux antagonistes se trouvent sans cesse pris dans une lutte visant à imposer la définition du monde qui est la plus conforme à leurs intérêts particuliers” (Wacquant, 1992, p.22).

Le système dominant de croyances existant dans une société donnée, à un moment donné, produit, en quelque sorte, un système de soins dont les modalités organisationnelles qui se traduisent par un ensemble d'incitatifs, de contraintes, d'informations et d'obligations, viennent renforcer le système dominant de croyances qui est cohérent avec les intérêts des groupes d'acteurs que le système en place favorise.

Si l'on peut imaginer que la structure organisationnelle est le reflet, à un moment donné, des équilibres et des tensions qui existent entre les croyances et les perceptions des différents acteurs, il est aussi vraisemblable que les structures organisationnelles et les structures mentales et cognitives ont des rythmes d'évolution différents. On imagine parfaitement qu'il puisse y avoir, à mesure que le temps passe, des décalages entre les deux. Il est clair que plus les décalages sont importants, plus les modalités organisationnelles seront perçues par les différents acteurs comme inadaptées à ce qu'ils considèrent comme bon ou souhaitable. L'explosion du marché noir des cigarettes qui a suivi, au début des années 90, l'augmentation du prix de vente des cigarettes, illustre bien ce qui peut se passer quand il y a un décalage trop important

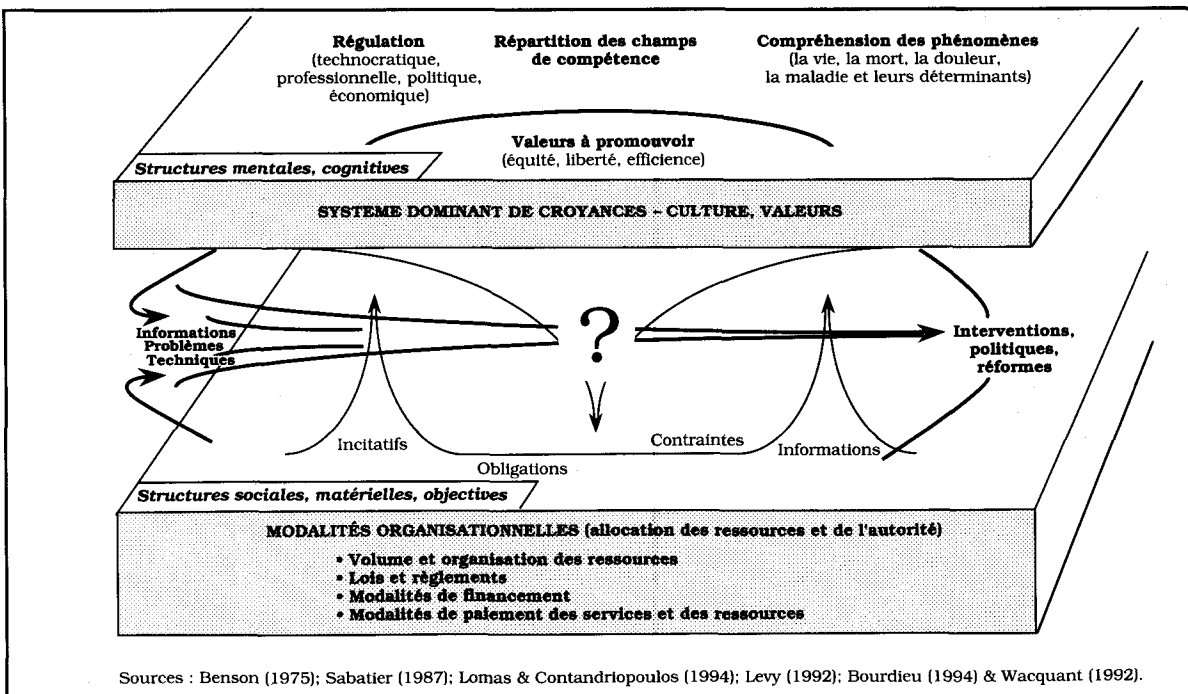


Figure 2. Émergence des interventions.

entre le système de croyances et les structures organisationnelles. Pour éviter que le marché noir ne devienne légitime et dévalue la légitimité des structures sociales existantes, l'État a réduit les taxes sur les cigarettes, ce qui a permis de rétablir l'ordre antérieur et de ne pas laisser se transformer le système de croyances.

Pour comprendre comment se reproduisent et se transforment les systèmes, considérons la Figure 2. Le "champ de pouvoir" créé par l'interaction entre le système dominant de croyances et les modalités organisationnelles est en quelque sorte traversé en permanence par un flux ininterrompu de nouvelles informations, de nouvelles connaissances, de nouvelles techniques (développement technologique, nouvelle façon de gérer, etc.), ainsi que par les problèmes que le système doit prendre en charge. C'est l'interaction de ces connaissances, de ces développements technologiques et de ces problèmes

qui vont, de période en période, donner naissance à des politiques, des interventions, des décisions qui, en retour, modifient les systèmes de croyances et les modalités organisationnelles. Mais contrairement à ce que la Figure 2 pourrait laisser croire, il ne s'agit pas d'un système circulaire simple où, de période en période, la structure organisationnelle et la structure cognitive s'adaptent pour répondre aux problèmes. Pour avoir une représentation plus fidèle de ce qui se passe, il faut imaginer que le système de croyances et l'infrastructure organisationnelle se déplacent en permanence à des rythmes différents bien qu'en restant simultanément dépendants l'un de l'autre. Chaque nouvelle décision amène à une situation qui n'est plus celle que l'on connaissait au point de départ.

La question à laquelle nous voulons répondre est celle qui consiste à savoir comment dans le "champ de pouvoir" qui résulte de l'interaction entre les croyances et les modalités organisationnelles, se structurent les décisions qui vont en retour changer les systèmes de croyances et transformer les modalités organisationnelles. Il s'agit, plus précisément, de comprendre comment peuvent s'implanter des politiques qui en transformant le système de santé remettent en cause le système de valeurs et les intérêts des groupes d'acteurs qui profitent du statu quo.

Il faut, pour cela, commencer par préciser ce que l'on entend par acteurs. On peut définir un acteur (voir la Figure 3) comme un agent (ou un groupe organisé d'agents: les médecins, les administrateurs, les gestionnaires) se caractérisant simultanément et de façon indissociable par ses convictions,

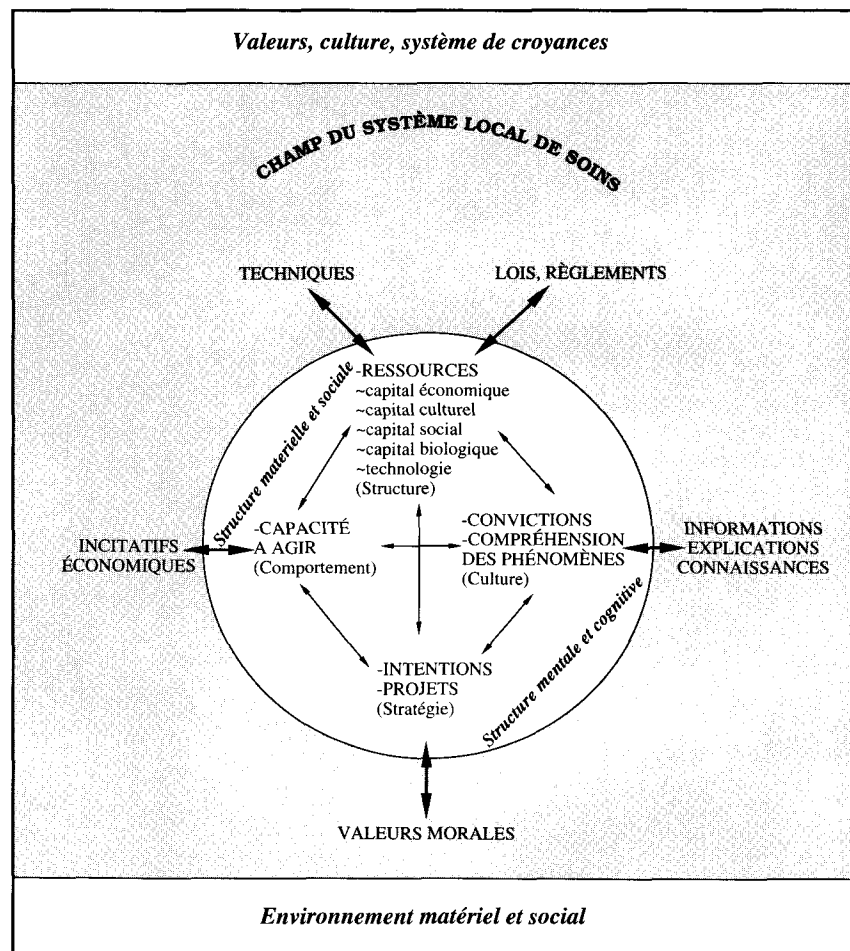


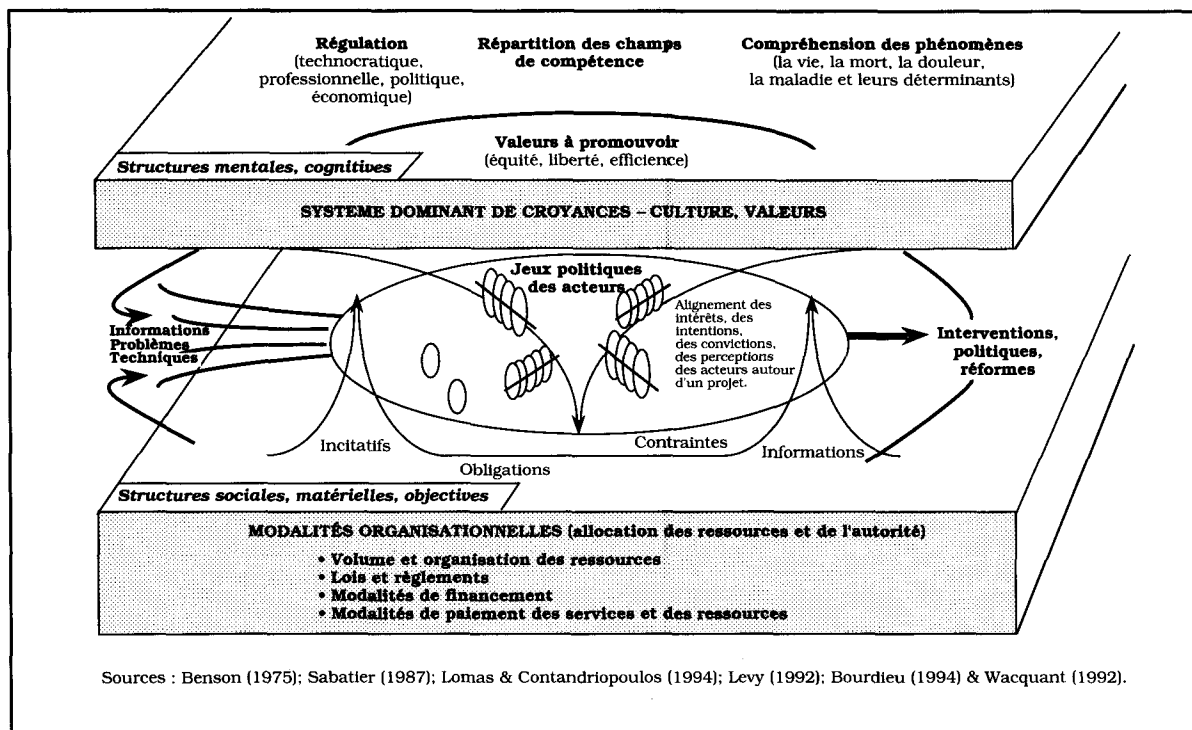
Figure 3. Définition d'un acteur.

ses intentions, ses capacités à agir et par les ressources, les techniques avec lesquelles il travaille. On peut extrapoler cette notion d'acteur en considérant qu'une organisation est, elle aussi, un acteur qui se caractérise par sa culture, ses stratégies, ses comportements et sa structure. Tout changement dans l'un des quatre pôles qui caractérise un acteur entraîne des changements dans les trois autres et donc dans les comportements de cet acteur. En d'autres termes, on conçoit qu'un acteur changera s'il est incité à le faire, s'il comprend les choses de façon différente (c'est-à-dire s'il est soumis à de nouvelles informations, à de nouvelles explications, à de nouvelles connaissances), si les techniques qu'il mobilise se transforment, si les lois et les règlements changent et enfin si le système dominant de croyances et les valeurs morales évoluent.

Pour comprendre comment le système de santé peut se transformer pour faire face à la crise qui l'affecte¹, il faut analyser le jeu politique des acteurs dans le "champ de pouvoir" créé par les structures matérielles et sociales du système en place (voir la Figure 4). Pour qu'une réforme puisse avoir lieu, il faut que les différents acteurs concernés par cette réforme alignent leurs intérêts, leurs intentions, leurs con-

victions, leurs perceptions autour d'un projet. Il s'agit de se demander comment les amener à former une coalition autour d'un projet de réforme qui transformerait de façon suffisante le système de soins pour corriger les problèmes existants, tout en sachant que cette transformation modifiera le système d'allocation des ressources et de l'autorité entre différents acteurs. Si la transformation est un tant soit peu importante, certains acteurs perdront du pouvoir et de l'argent et d'autres en gagneront. Dans la mesure où les transformations viseraient à modifier le pouvoir et la place des acteurs qui, dans le système actuel, sont dominants, il est bien évident que leur mise en oeuvre posera des problèmes considérables.

On a l'impression, quand on observe le système de santé, que la structure des intérêts des acteurs dominants fait en sorte que ces derniers sont figés dans un système de croyances qui les empêchent d'envisager les transformations qui, à terme, sont indispensables. La question qui se pose est donc de savoir quelles seraient les transformations qui seraient possibles de mettre en oeuvre et qui, une fois faites, ouvriraient en quelque sorte la voie à des transformations plus importantes. Il s'agit, en pre-



Sources : Benson (1975); Sabatier (1987); Lomas & Contandriopoulos (1994); Levy (1992); Bourdieu (1994) & Wacquant (1992).

Figure 4. Le jeu des acteurs.

nant une autre image, de repérer quels sont les verrous qui empêchent le système d'évoluer et de commencer par intervenir sur les modalités organisationnelles spécifiques qui bloquent des évolutions plus importantes.

Quelques pistes pour l'implantation d'une transformation du système de santé

La Figure 5 illustre comment des réformes pourraient être mises en oeuvre. Il s'agit de comprendre comment un acteur individuel va changer ses comportements, ses conceptions et ses relations avec les autres acteurs de façon à ce que puissent émerger de nouvelles coalitions. Les nouveaux alignements d'intérêts entre les acteurs permettront une réorganisation des ressources et de l'autorité qui, à son tour, modifiera l'ensemble des incitatifs, des contraintes, des obligations qui pèsent sur les acteurs et qui, par là même, changera les rôles et les fonctions de ces acteurs de façon à permettre au système de mieux rencontrer ses obligations.

L'enjeu consiste donc à trouver quels sont les verrous qui devront être supprimés pour amener les acteurs à s'engager dans un processus qui, à terme, transformera de façon importante le système. Dans les systèmes de soins des provinces du Canada, on peut considérer trois changements:

1. Le premier a trait aux modalités de paiement des médecins. Tant que les médecins seront payés à l'acte, il sera très difficile de les amener à envisager leur travail dans l'hôpital, à l'extérieur de l'hôpital, dans leurs relations avec les autres professionnels de la santé d'une façon différente. Il est vraisemblable que le paiement à l'acte enlève aux médecins la possibilité de voir leur travail ainsi que leurs relations avec les autres professionnels de façon différente. Nous pensons que si le mode de rémunération des médecins se transformait, ces derniers pourraient changer de façon relativement importante leurs comportements mais plus que ça, changer aussi leur conception de leur rôle et du rôle de la médecine. Ces changements de conception, d'une part, leur permettraient de former avec d'autres des coalitions permettant des

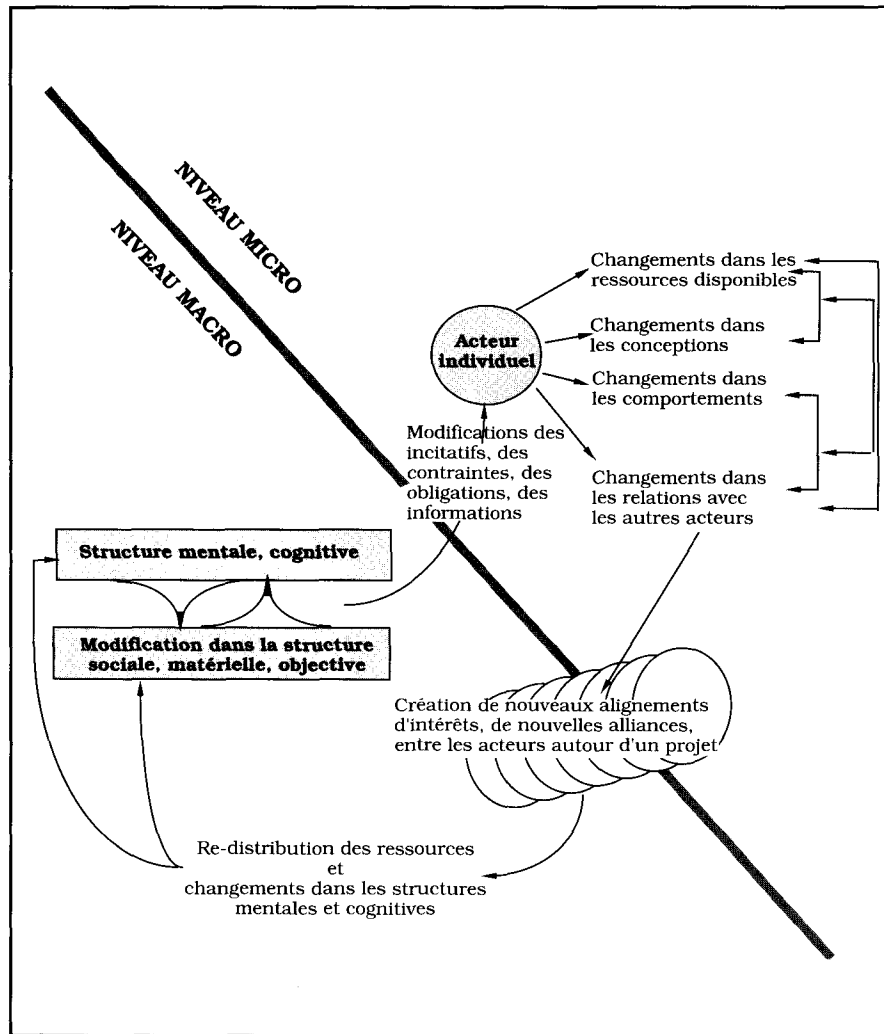


Figure 5. Étapes du changement.

transformations plus importantes du système et, d'autre part, cela permettrait aussi de modifier la formation des médecins ce qui en retour renforcerait la possibilité qu'ils aient des rôles et des fonctions plus cohérents avec les besoins de la population.

2. Le même genre de raisonnement s'applique pour le financement des différentes institutions du système de soins. Tant que les institutions seront budgétées indépendamment l'une de l'autre, il est excessivement difficile d'imaginer que de nouvelles formes d'intégration puissent émerger. Il faudrait donc commencer par modifier les modalités de financement des hôpitaux pour permettre à ces institutions de changer les conceptions qu'elles se font de leur rôle ainsi que du rôle des autres institutions. Ces changements dans les conceptions permettraient d'organiser des ensembles beaucoup plus intégrés de ressources qui prendraient en charge de façon plus efficace des personnes atteintes de différentes maladies.

3. Le troisième verrou est celui des conventions collectives qui structurent les relations de travail. Il faudrait, tout en maintenant les protections essentielles des travailleurs, permettre à ces derniers d'exécuter une gamme plus large de responsabilités de façon à pouvoir répartir de façon plus souple le travail et envisager des formes nouvelles de prise en charge des patients, formes nouvelles qui seraient cohérentes avec la restructuration des institutions et avec la nouvelle répartition du travail entre les médecins et les autres producteurs de services.

En résumé, nous cherchons à définir quels changements dans le statu quo permettraient de favoriser une transformation fondamentale des mentalités en ce qui concerne la santé et ses déterminants; changement indispensable à

"... une recomposition d'une concertation collective capable de déboucher sur des pratiques novatrices. Sans changement des mentalités...il n'y aura pas de prise sur l'environnement. Mais, sans modification de l'environnement matériel et social, il n'y aura pas de changement des mentalités" [Guattari, 1992, p. 26].

Confronté à un tel cercle vicieux, il apparaît clairement qu'il est vain de chercher une réponse simple, générale et unique aux problèmes que pose le système de soins et plus généralement le système de santé. Pour déboucher sur une réforme en profondeur du système de soins, il faut imaginer un long processus itératif durant lequel les changements dans les structures du système de soins permis par des changements dans les mentalités, renforceront des transformations sociales qui, elles-mêmes, permettront de nouvelles transformations des structures.

Ce difficile pari sera d'autant moins difficile à gagner que parallèlement à la levée des verrous une vision du futur est proposée, qu'une utopie donne un sens aux décisions des acteurs. Malgré ses difficultés, ce pari est enthousiasmant car comme le disait récemment François Furet:

"Il est difficile de penser qu'on va vivre sans utopie. Il y aura certainement de nouveaux clivages politiques. On voit très bien par exemple que la santé va devenir un des problèmes fondamentaux. Tous les hommes vont vouloir vivre de plus en plus vieux. On va reculer l'âge moyen du décès et il y aura une lutte acharnée pour les soins. C'est un problème tout à fait nouveau. On aura peut-être des luttes de générations plutôt que des luttes de classes" (Furet, 1995).

Note

1 — La crise qui frappe les systèmes de santé dans tous les pays développés du monde est majeure. Elle affecte profondément et simultanément toutes les composantes du système de santé ainsi que les valeurs des différents acteurs. La crise qui touche actuellement les systèmes de santé des différentes provinces du Canada et, en

particulier, celui du Québec, est simultanément une crise du financement, une crise de la régulation, une crise des connaissances et une crise des valeurs. La synergie entre ces crises est telle qu'il est de plus en plus clair qu'une réforme en profondeur s'impose (Contandriopoulos, 1994).

Références

- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*. Paris: Seuil.
- Benson, K.J. (1975). The Interorganizational Network as a Political Economy. *Administrative Science Quarterly*, 20, 229-249.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Seuil.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1(1), 8-26.
- Guattari, F. (1992). Pour une refondation des pratiques sociales. *Le monde diplomatique*, p. 463.
- Furet, F. (1995, Fév. 27). Interview, *Le Devoir*, p.B1.
- Sabatier, P. (1987). Knowledge, Policy-Oriented Learning, and Policy Change. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 8, 649-92.
- Lomas, J., & Contandriopoulos, A.-P. (1994). Regulating Limits to Medicine: Towards Harmony in Public- and Self-Regulation. In R.G. Evans, M.L. Barer & T.R. Marmor (eds.), *Why are Some People Healthy and Others Not?* (pp. 253-283). New York: Aldine de Gruyter.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures*, 1(1), 92-100.

Abstract

This paper has two objectives. The first focuses on trying to understand why, in developed countries, the transformation of large social systems, such as the health system, is so difficult to implement. And, the second, is to propose, by unlocking certain mechanisms that freeze-up these systems, a number of avenues which permit the triggering of deep structural change.

Biographie

André-Pierre Contandriopoulos détient un diplôme de doctorat en économie de l'Université de Montréal. Il est actuellement professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et occupe le poste de directeur de ce même département, depuis juin 1992. Il a également été le directeur scientifique du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, de 1977 à 1991. Il est chercheur associé à l'Institut Canadien de Recherches Avancées, Toronto, et au Centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique, Paris. Il est membre du Forum national sur la santé.