

Inertie et changement

André-Pierre Contandriopoulos

Université de Montréal

Article
original

Résumé :

Pour rester fidèles aux valeurs des populations qu'elles représentent et préserver ainsi les fondements mêmes de leur légitimité, les démocraties modernes doivent infléchir la trajectoire actuelle de leur système de soins, car il répond de moins en moins bien aux attentes de la population. Le système de santé n'est ni une institution parmi d'autres ni une industrie dont l'État pourrait se désintéresser. Par conséquent, sa réforme relève d'une véritable prise de responsabilité collective. Tel est le sujet que nous abordons dans la première partie de ce texte.

Mais, par ailleurs, nous constatons que, depuis trente ans, toutes les tentatives de réforme des systèmes de santé se heurtent à une inertie puissante. Dans la deuxième partie, nous essayons de comprendre l'origine et la nature de cette résistance.

Enfin, nous explorons les conséquences de l'alternative, brutale dans sa simplicité, devant laquelle nous sommes placés : soit, la société choisit le statu quo et laisse le système de soins dériver, en prenant le risque qu'il l'entraîne, dans une direction qui ne correspond plus aux valeurs sur lesquelles elle repose ; soit, elle parvient, de façon démocratique, à transformer les modalités d'organisation du système de soins pour le rendre cohérent avec les attentes de la population.

Nous concluons en montrant que pour transformer un système aussi complexe que le système de santé, il faut mobiliser une « stratégie paradoxale du changement ».

Mots clés : Système de santé, système de soins, inertie, changement, idéologie, logiques de régulation, gouvernance, complexité.

A lan Rock, alors qu'il était ministre de la Santé du Canada, avait bien compris que le système de soins ne constituait pas une institution comme les autres. Invité par l'Association médicale canadienne, il déclarait : « Pour les Canadiens, le système de soins de santé n'est pas un programme gouvernemental quelconque. Il représente un droit pour les citoyens. Il reflète et concrétise certaines valeurs et certains principes de l'identité canadienne. Si nous, en tant que gouvernement ou fournisseur de soins, nous ne réussissons pas à réformer le système de soins, c'est le pays tout entier que nous aurons laissé tomber ». Pour sa part, Bernard Kouchner, ministre français de la Santé et fondateur de « Médecins sans frontières », avait déclaré, lors de la conférence de l'OCDE à Ottawa (2001), « En France, il n'y a rien de plus politique, dans le vrai sens du terme que notre système public de santé ». Il est évident que les systèmes publics d'assurance-maladie n'offrent pas des

« assurances » au sens habituel du terme : ce sont des institutions publiques qui visent à créer un sentiment de sécurité à l'égard de la maladie et à promouvoir l'équité. Récemment, T. Sullivan, vice-président de *Cancer Care Ontario*, a écrit : « First and foremost, medicare is a subsidy and transfert program. Through taxation, the public portion of health care is funded by progressive transfer of money from the better-off levels of our society to provide health services for all on the basis of need » (Sullivan & Baranek, 2002 : 1-2).

Pour rester fidèles aux valeurs des populations qu'elles représentent et préserver ainsi les fondements mêmes de leur légitimité, les démocraties modernes doivent infléchir la trajectoire actuelle de leur système de soins, car il répond de moins en moins bien aux attentes de la population¹. Le système de santé n'est ni une institution parmi d'autres ni une industrie

dont l'État pourrait se désintéresser. Par conséquent, sa réforme relève d'une véritable prise de responsabilité collective. Tel sera le sujet que nous aborderons dans la première partie de ce texte.

Mais, par ailleurs, nous constatons que, depuis trente ans, toutes les tentatives de réforme des systèmes de santé se heurtent à une inertie puissante. Dans la deuxième partie, nous essayerons de comprendre l'origine et la nature de cette résistance.

Finalement, nous explorerons les conséquences de l'alternative, brutale dans sa simplicité, devant laquelle nous sommes placés : soit, la société laisse le système de soins dériver, en prenant le risque qu'il l'entraîne, dans une direction qui ne corresponde plus aux valeurs sur lesquelles elle repose ; soit, elle parvient, de façon démocratique, à transformer les modalités d'organisation du système de soins pour le rendre cohérent avec les attentes de la population. Nous concluons en montrant que pour transformer un système aussi complexe que le système de santé, il faut mobiliser une « stratégie paradoxale du changement ».

I. La santé se situe au cœur des responsabilités de l'État moderne

Pour comprendre les enjeux d'une réforme des systèmes de santé dans toutes les sociétés occidentales, il semble intéressant et pertinent de reprendre brièvement l'analyse qu'effectue Michel Foucault de l'avènement du *biopouvoir* et de son rôle pour l'État (Foucault, 1963, 1976, 1997 ; Ewald, 1985).

Jusqu'au XVIII^e siècle, le pouvoir de l'État se manifestait par un « droit de prise : sur les choses, le temps, les corps et finalement la vie ; il culminait dans le privilège de s'en emparer pour la supprimer » (Foucault, 1976 : 179). À partir du XVIII^e siècle, ce droit tend à être complété et, en partie, remplacé par une nouvelle « technologie non disciplinaire du pouvoir » (Foucault, 1997 : 216) qui s'applique non plus sur les corps des individus mais sur la population². Cette nouvelle technologie du

pouvoir agit sur des phénomènes comme la natalité, la mortalité, la longévité, la morbidité.

Tant que l'humanité avait été aux prises avec les grandes épidémies, la mort constituait une menace « imminente » pour chaque individu. Une fois atteint par la maladie, on mourrait, souvent très vite. Entre la vie et la mort, le passage était brutal et irrévocable, aucune place n'existait pour une intervention de l'État. À partir du XVIII^e siècle, les endémies menacent l'humanité « la mort permanente qui glisse dans la vie, la ronge, la diminue, l'affaiblit » (Foucault, 1997 : 217). La médecine³ s'intéresse à ces maladies : elle scrute leur nature, leur durée et leur intensité. Elles deviennent aussi une préoccupation pour l'État parce qu'elles diminuent le temps de travail, affectent l'énergie de la main-d'œuvre et entraînent des pertes de production et des coûts pour la société. La biorégulation de l'État se manifeste par l'établissement des institutions médicales, des caisses de secours, des assurances-maladies, des assurances-vieillesse, des règles d'hygiène et d'organisation des villes, des programmes chargés de veiller aux soins des enfants et à leur scolarisation qui lui permettent dès lors d'agir sur le « vivant ».

L'apparition du biopouvoir est indissociablement et étroitement liée au développement du capitalisme : l'industrialisation, au XIX^e siècle, requiert une main-d'œuvre utilisable et docile. En effet, les grandes institutions de l'État ont permis « l'ajustement de l'accumulation des hommes sur l'accumulation du capital, la hiérarchisation sociale, les rapports de domination, la répartition des forces » (Foucault, 1976 : 186). Le processus circulaire du développement des connaissances sur la vie (médecine scientifique) et du développement agricole puis du développement industriel a créé un nouvel espace où une relative maîtrise sur la vie a été rendue possible. « L'homme occidental apprend peu à peu ce que c'est que d'être une espèce vivante dans un monde vivant, d'avoir un corps, des conditions d'existence, des probabilités de vie, une santé individuelle et collective, des forces qu'on peut modifier et un espace où on peut les répartir de façon optimale [...]. Pour la première fois dans l'histoire, le biologique se réfléchit dans le politique. » (Foucault, 1976 : 187).

Dans ce contexte, la médecine prend une place considérable. Elle devient un « savoir-pouvoir qui porte

à la fois sur le corps biologique et sur la population » (Foucault, 1997:225). Elle est productrice de normes aux niveaux individuel et collectif (Arweiler, 2002). Nous assistons alors tout naturellement à la montée du pouvoir médical et de celui de tous les spécialistes de la vie au cours du XX^e siècle.

L'introduction, durant les quinze années qui ont suivi la fin de la Deuxième Guerre mondiale, des régimes publics d'assurance-maladie dans tous les pays développés⁴ illustre la puissance de ce pouvoir. Elle s'explique par la rencontre tout à fait unique du pouvoir de dépenser, acquis par les États durant la guerre, et des progrès de la médecine. Ces savoirs nouveaux se concrétisent de façon exemplaire dans trois domaines : grâce aux antibiotiques, il est désormais possible de « guérir » les infections, ce qui complète la révolution pasteurienne du début du siècle ; la radiographie rend transparent le corps vivant, elle élargit ainsi considérablement le champ d'investigation de la clinique ; et, finalement, les anesthésiques permettent, avec l'aide des antibiotiques, de réussir des opérations chirurgicales de plus en plus complexes. La capacité de la médecine à intervenir avec succès sur les maladies ne semble plus connaître de limites.

Au Canada, le gouvernement fédéral envisage très tôt, dès 1928, la possibilité d'introduire un régime public d'assurance-maladie, mais ce n'est qu'en 1943 qu'il tente concrètement de le mettre en place (Glouberman, 2001 ; Desrosiers, 1999). Le projet de loi déposé est toutefois jugé inconstitutionnel et est retiré. Les provinces de l'Ouest prennent alors l'initiative de se doter, à des rythmes différents⁵, de programmes provinciaux d'assurance-maladie jusqu'à ce que le gouvernement fédéral, par ses lois de 1957 et de 1966, généralise successivement l'assurance-hospitalisation puis l'assurance-maladie à tout le pays⁶.

Au Québec, les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, au tout début des années 1970, sont à l'origine de la création du régime d'assurance-maladie que nous connaissons (CESBES, 1970). Les lois promulguées à ce moment-là permettent à toute la population d'avoir accès gratuitement aux services de santé. Elles créent de nouvelles institutions (parmi lesquelles la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les conseils régionaux, les CLSC), renforcent le pouvoir

de plusieurs autres (ministère de la Santé, ordres professionnels) et changent, de façon importante, les modalités de financement des services médicalement requis (services hospitaliers et services médicaux) qui deviennent publics. Toutefois, en dépit de ces changements, la dynamique du système de soins n'est pas radicalement transformée. Les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu qui visaient à modifier en profondeur l'organisation et la dynamique du système de soins n'ont pas été implantées. L'hôpital occupe toujours le centre du système et les médecins demeurent toujours payés à l'acte. La réforme de la première ligne ne s'est pas effectuée. Le travail en équipes interdisciplinaires ne s'est jamais généralisé. Le secteur des médicaments, malgré son importance croissante dans la prise en charge des maladies, n'est toujours pas véritablement intégré aux autres composantes du système de soins et sa régulation échappe en grande partie à l'État. Finalement, la décentralisation reste loin d'être achevée et l'on assiste, même aujourd'hui, à un mouvement de re-centralisation des décisions vers le ministère de la Santé (Gouvernement du Québec, 2001 ; Courpasson, 1998)⁷.

Ce survol permet de constater que le financement public, même s'il a permis d'améliorer nettement l'accessibilité aux services médicalement requis et contribué à rendre la société moins inégalitaire (Evans, 2001, 2002), n'a toutefois pas modifié, de façon fondamentale, la dynamique d'évolution du système. Paradoxalement, il pourrait même, sans les réformes organisationnelles proposées par la Commission Castonguay-Nepveu, avoir contribué à nourrir la dynamique propre du système et avoir rendu celui-ci moins sensible aux contraintes externes.

Comment expliquer cette inertie ? Comment ne pas tenir compte de l'inquiétude des citoyens face à cette situation⁸ ? Comment empêcher que la dérive du système de soins hypothèque la capacité de l'État à « protéger le vivant » dans son sens le plus large ?

II. L'inertie du système de soins

Prenons tout d'abord deux exemples québécois pour illustrer l'étonnante inertie du système de soins.

Le premier porte sur les soins de première ligne. Aujourd'hui, près de trois ans après le dépôt du rapport de la Commission Clair (CESSS, 2000), les déclarations sur l'urgence de repenser en profondeur la première ligne témoignent de la gravité du problème et de la nécessité d'agir rapidement. Le nouveau ministre de la Santé, monsieur Couillard, dans tous ses discours, insiste sur l'urgence d'agir en amont de l'hôpital «*par une solidification de la première ligne*» de façon à faire des soins de proximité, au niveau local, la clé de voûte de tout le système de soins (Couillard, 2003). La Commission Clair préconisait la mise en place, partout au Québec, de groupes de médecins de famille capables d'établir une relation de confiance entre chaque citoyen et un professionnel de la santé ou des services sociaux et, simultanément, d'assumer une responsabilité globale envers une clientèle ou une population (CESSS, 2000, p. 29). Elle recommandait: «*Que le volet médical de ce réseau soit assumé par des groupes de médecine de famille composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes; [...] Les médecins de famille se regrouperaient par équipe de six à dix [...]. Ces médecins travailleraient en étroite collaboration avec deux ou trois infirmières cliniciennes ou praticiennes participant à la prise en charge et à la coordination des services. Ce groupe de médecine de famille serait responsable d'une population définie de personnes (peut être de 1 000 à 1 800 citoyens par médecin [soit 10 000 à 15 000 personnes])*» (CESSS, 2000, p. 52).

La mise en relation de cette recommandation avec celle soumise il y a plus de trente ans, en 1970, par la Commission Castonguay-Nepveu (CESBES, 1970, vol. IV, Tome IV, la Santé), ne peut être que troublante. Pour répondre «*aux besoins les plus courants [de la population], de façon continue et complète, au niveau même où ces besoins surgissent*» (§1707, p. 179), la Commission avait formellement recommandé «*que les CLS [centres locaux de santé] forment des équipes de base de trois à cinq médecins et de quatre à dix infirmières*

cliniciennes et infirmières soignantes aidées d'un travailleur social, pour desservir une population de 10 000 à 15 000 habitants.» (Recommandation 4.XIV.238, p.206) «*Cette équipe de base est mobile, souple et en contact avec les médecins spécialistes en vue de répondre aux besoins de la population.*» (§ 1752, p. 195).

Comment expliquer que pendant trente ans le système de soins ait résisté à l'introduction d'une première ligne responsable et réactive aux besoins légitimes de la population? Cette inertie apparaît d'autant plus curieuse que l'on sait que certaines formes organisationnelles⁹ sont supérieures à d'autres (Lamarche *et al.*, 2003). En 1970, la Commission Castonguay-Nepveu avait fondé son argumentation sur l'évaluation des régimes de soins intégrés américains (Kaiser Foundation): «*l'instauration d'un régime Kaiser a entraîné une baisse de 10,8% du taux d'hospitalisation au cours de la première année. Il importe de rappeler que si l'instauration de régimes de ce genre facilite l'accès aux soins et augmente la rentabilité du régime général de la santé, elle ne diminue ni la qualité immédiate des soins offerts ni la satisfaction qu'en retire la population*» (p.191).

Aujourd'hui, cette hypothèse reste toujours vraie: «*Our overall conclusion is that healthcare costs per capita in Kaiser and the N.H.S. are similar to within 10% and that Kaiser's performance is considerably better*» (Feachem, Sekhri, & White, 2002: 140).

Et pourtant, malgré ces connaissances, la généralisation des formes organisationnelles qui favorisent l'intégration des soins n'a pu être réalisée ni au Québec, ni ailleurs au Canada, ni en Grande-Bretagne, ni même aux États-Unis¹⁰.

Le deuxième exemple concerne les modalités de paiement des médecins. En 1962, le Dr Jules Gilbert, directeur du service de l'assurance-hospitalisation du Québec, avait dû démissionner pour avoir voulu payer à salaire les médecins de laboratoire et les radiologistes dans les hôpitaux (Gauger & Desrosiers, 2001).

En 1970, la Commission Castonguay-Nepveu constate (CESBES, 1970): «*Une médecine globale centrée sur la prévention et la réadaptation et qui tient compte de l'aspect psychosocial de la maladie, le travail en équipe, des soins axés sur l'individu et*

sa famille seront difficiles, voire impossibles à réaliser, dans un système de rémunération à l'acte» (p. 232). Et elle recommande : « que le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, telles le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités. » (p. 234).

Dix ans plus tard, en 1980, le groupe de travail sur la rémunération des professionnels de la santé, présidé par le Dr Houde, recommande : « *Que tous les modes actuels de rémunération des médecins soient remplacés par le système des honoraires modulés*¹¹ » (CRPSQ 1980:277).

En 1988, la Commission Rochon revient à la charge (CESSSS 1988) : « *En ce qui concerne les médecins en pratique privée, la Commission favorise une plus grande collaboration avec les autres ressources de première ligne disponibles dans la communauté [...] Le médecin serait alors rémunéré de façon forfaitaire pour sa participation à ces programmes.* » (p. 679). « *Quant aux médecins en établissement, la Commission propose qu'ils reçoivent une rémunération fixe en contrepartie de l'ensemble de leurs activités médico-administratives.* » (p. 670).

Et, en 2000, non sans une certaine candeur, la Commission Clair propose : « *un mode de rémunération mixte pour les médecins de famille* » (CESSSS,2000:14); et « *que les médecins spécialistes soient rémunérés selon un mode de rémunération mixte, en fonction des tâches qu'ils doivent faire, tel que défini par leur chef de service* » (CESSSS,2000:93).

Aujourd'hui, bien que les connaissances accumulées convergent pour montrer que les incitations associées au paiement à l'acte sont incompatibles avec l'organisation d'un système de soins efficient, qu'elles poussent les médecins à travailler de façon individualiste et parfois à rester insensibles aux demandes des personnes souffrantes, ce mode de rémunération demeure toujours le plus répandu au Québec!

De quoi cette inertie résulte-t-elle? Quelles forces alimentent celle-ci?

II.1 Les sources de l'inertie du système de soins

Comme tout système organisé d'action¹², le système de soins est situé dans un contexte concret (la société québécoise, le Canada), à un moment donné. Sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structure organisationnelle (gouverne) et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives). Elle délimite un espace social dans lequel quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) interagissent pour réaliser un ou des projets collectifs concourant à l'atteinte des finalités du système¹³.

La capacité de ce type de système à atteindre avec efficacité ses finalités dépend du degré de cohérence qui existe, au cours du temps, entre les trois domaines qui le constituent : son système de représentations et de valeurs, sa gouverne et son système clinique.

L'inertie du système de soins résulte, comme celle de tout système organisé d'action, de deux processus interdépendants : l'institutionnalisation des valeurs et des représentations dans des formes organisationnelles particulières ; et, l'internalisation par les acteurs des exigences de l'espace social dans lequel ils pratiquent¹⁴. L'existence de ces deux processus fait en sorte que les pratiques des acteurs tendent à se reproduire et ainsi à donner au système organisé d'action son inertie. Cette dernière augmente d'autant plus que le système jouit d'une forte légitimité, ce qui est le cas, comme nous l'avons montré, du système de soins dans les pays développés. Cela ne signifie pas pour autant que toute transformation du système de soins soit impossible, mais que pour qu'une réelle transformation puisse avoir lieu il faut que les acteurs comprennent les forces cachées qui poussent le système à se reproduire de façon prévisible au cours du temps, ce que nous appelons le *statu quo*.

Pour apprécier l'inertie des systèmes de soins et les enjeux associés à leur transformation, nous devons décrire les trois domaines qui les composent : le système de représentations et de valeurs, la gouverne et le système clinique, puis analyser comment ils influencent les pratiques des acteurs.

II.1.1 Système collectif de représentations et de valeurs

Les acteurs sociaux partagent des ensembles de croyances, de valeurs et de schèmes interprétatifs qui forment leur imaginaire collectif¹⁵. C'est grâce à ces systèmes de représentations que les acteurs peuvent comprendre le monde dans lequel ils interagissent, communiquer, s'entendre sur une philosophie d'intervention, interagir dans un climat de confiance mutuelle et évaluer le travail des uns et des autres (Habermas, 1987; Benson, 1975). L'imaginaire collectif relatif à la santé s'articule autour de quatre pôles: 1) les valeurs; 2) les représentations de la santé et de ses déterminants; 3) la perception de la bonne répartition des responsabilités entre les acteurs; et 4) la conception de la régulation du système de santé.

Les valeurs

La question toute simple que se pose avec de plus en plus d'inquiétude la population «comment faire pour que, dans les années qui viennent, toutes les personnes souffrantes puissent continuer à avoir accès, de façon libre et équitable, à des soins de qualité dans un contexte économique hautement compétitif?» révèle que, dans le domaine de la santé, trois grandes valeurs sont en tension: l'équité, la liberté et l'efficacité (Contandriopoulos, 1994; Contandriopoulos et al., 2000).

La signification précise et l'importance que revêtent ces trois valeurs – simultanément nécessaires et en contradiction les unes avec les autres – dépendent de la position idéologique¹⁶ de chacun des acteurs (Kearney, 1991; Lochak, 2002).

Pour *les sociaux-démocrates*, l'enjeu central est l'équité. L'État doit mettre en œuvre le principe de solidarité pour que tous les citoyens, grâce à l'éducation, à la santé, au travail, à la sécurité et, finalement, à la qualité de l'environnement, aient des chances égales pour réussir dans la société. Dans la perspective sociale-démocrate, la liberté consiste à pouvoir faire des choix. Aussi, incombe-t-il à l'État d'assurer une redistribution efficiente des ressources entre les différents groupes de la société! Or, cette capacité de redistribuer les ressources dépend de la légitimité

de l'État qui, elle-même, s'appuie sur l'efficacité avec laquelle celui-ci utilise ses ressources.

Pour *les libéraux individualistes*, la liberté individuelle constitue la valeur dominante. Cette liberté est conçue comme le droit d'agir librement sans nuire aux autres, autrement dit, de façon responsable. L'égalité entre les citoyens est celle qu'ils ont devant la loi. La responsabilité de l'État consiste alors essentiellement à protéger les libertés individuelles et la sécurité, à établir et appliquer les politiques nécessaires au libre fonctionnement des marchés de concurrence. L'efficacité résulte naturellement de la main invisible du marché¹⁷. L'ordre social qui n'est pas assuré par des normes et des règles collectives repose sur le postulat que les individus sont vertueux, «*Le citoyen de la société libérale, pour sauver celle-ci de toutes les formes de corruption qui la menacent, doit être vertueux. [...] Ce discours finit toujours par un appel à la vertu du bon citoyen et à l'inculcation de la vertu par la bonne éducation.*» (Rocher, 2003: A7).

Enfin, pour *les conservateurs traditionalistes*, la société prend la forme d'un grand corps collectif et hiérarchisé (famille, groupes religieux, clan, groupe racial, nation). La liberté, l'équité et l'efficacité se fondent dans l'idée que «*le fonctionnement harmonieux de la société résulte de sa concordance avec le fonctionnement d'une nature hiérarchisée*» (Lochak, 2002: 9). Pour les conservateurs traditionalistes, la société est nécessairement inégalitaire et sélective, à l'image de la nature. L'autorité constitue le principe organisateur des rapports sociaux et l'obéissance est la vertu dominante. Les droits des individus sont subordonnés aux intérêts du groupe auquel ils appartiennent. La fonction essentielle de l'État consiste à protéger le corps social collectif. Des traces de cette conception se retrouvent, encore aujourd'hui, dans plusieurs pays européens où des réseaux de solidarité sont organisés sur la base des familles, des groupes professionnels, des communautés religieuses. «*Ces réseaux interviennent pour rétablir dans leur situation initiale les individus au sortir de leur crise*» (Bernard, 2002).

Dans toutes les sociétés démocratiques modernes, fondées sur le biopouvoir, le courant social-démocrate occupe une place importante,

mais les autres courants idéologiques y sont aussi représentés (Navarro & Shi, 2001). Si les tensions entre l'équité, la liberté et l'efficacité donnent lieu, dans le domaine de la santé, à des débats virulents, c'est qu'elles révèlent les divergences idéologiques des acteurs¹⁸ (Glouberman, 2001; Piotte, 2003). La prévalence des trois grands courants idéologiques dans la population ainsi que le degré d'engagement des personnes qui y adhèrent définissent, dans une société donnée, la forme de ses grandes institutions et en particulier, celle du système de soins. À l'inverse, on doit admettre qu'une remise en cause radicale du système de soins obligera la société à repenser ses valeurs.

Les représentations de la santé et de ses déterminants

Les représentations de la vie, de la mort, de la douleur et la compréhension de la santé, de la maladie et de leurs déterminants constituent la base de la conception de l'objet même du système de soins. Elles évoluent dans le temps en fonction, entre autres, du développement des connaissances (Canguilhem 1966; Foucault 1963; Evans *et al.* 1996; Glouberman, 2001). Les travaux scientifiques récents sur les déterminants de la santé des populations montrent que les facteurs, les situations, les contextes qui sont porteurs de santé, c'est-à-dire qui accroissent «*la possibilité pour le vivant de s'accomplir*» (Foucault, 1997) ne sont pas de même nature que les mécanismes à l'œuvre quand il s'agit de diagnostiquer, de traiter, voire de prévenir des maladies spécifiques (Evans *et al.*, 1996; Forum national sur la santé, 1997; Drulhe, 1997). Si les maladies et la santé ne sont pas des phénomènes indépendants, ils ne sont pas pour autant réductibles l'un à l'autre. La maladie n'est pas l'inverse de la santé (Canguilhem, 1966) et si certaines populations vivent plus longtemps que d'autres, cela ne signifie pas que les membres de ces populations sont nécessairement moins malades. Les modèles explicatifs de la santé d'une population diffèrent de ceux de la maladie des individus (Evans, 2002; Rose, 1985) et obligent à reconsidérer, aujourd'hui, le rôle et les responsabilités respectifs de l'ensemble de la société et ceux des ministères de la Santé (Forum National sur la Santé, 1997; CESSSS, 2000). Ces derniers devront vraisemblablement recentrer leur énergie sur la prévention, le diagnostic, le traitement et

les interventions palliatives de maladies spécifiques qui affectent des individus, et c'est sur ces priorités qu'ils devront rendre des comptes plutôt que sur la santé des populations, au sens large du terme, sur laquelle ils n'exercent que peu ou pas de prise.

La perception du rôle et des fonctions des différents acteurs

La façon dont les professionnels de la santé sont perçus dans une société donnée (la position qu'ils devraient occuper, les responsabilités qu'ils devraient assumer, la formation qu'ils devraient avoir et les ressources qu'ils devraient contrôler) a un effet déterminant sur l'organisation et le fonctionnement du système de soins¹⁹.

Les conceptions de la régulation

Il n'existe pas une conception unique de la forme que devrait prendre la régulation du système de santé. Chacun des quatre grands groupes d'acteurs qui y interagissent se façonne sa propre conception de la logique qui devrait guider ses décisions. Les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes,...) valorisent la logique professionnelle; les gestionnaires (payeurs, évaluateurs, fonctionnaires,...) fondent leurs décisions sur la logique technocratique; le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances,...) affirme la supériorité de la logique marchande; et, finalement, le monde politique (les élus, les représentants légitimes de groupes constitués,...) s'appuie sur la logique démocratique (Contandriopoulos, 1999, 2003).

La population ne constitue pas un groupe d'acteurs proprement dit. Elle représente un enjeu de légitimité et de pouvoir pour chacun des quatre groupes d'acteurs. Chacun revendique le droit de parler et d'agir au nom et dans l'intérêt de la population. Cela se manifeste par les mots utilisés pour en parler²⁰. Ainsi, les professionnels de la santé parlent des «patients» et, plus généralement, des «malades»; les gestionnaires parlent des «usagers», des «bénéficiaires» ou des «assurés»; le monde marchand utilise les termes «consommateurs, ménages ou clients»; l'État se réfère aux «citoyens», aux «électeurs», aux «contribuables» ou au «public» en général.

Deux observations doivent être faites à propos des logiques de régulation: 1) aucun système de santé n'est régulé par une seule des quatre logiques; et 2) la rationalité de chacune des décisions de chacun des acteurs, autrement dit le bien-fondé de chaque pratique individuelle, repose sur le fait qu'elle s'inscrit dans une seule de ces logiques. Les quatre logiques de régulation peuvent ainsi se concevoir comme les axes qui structurent l'espace (virtuel) de la régulation. La régulation empirique de chaque système particulier se caractérise par une dose donnée (toujours non nulle) de chacune des logiques.

Cette description du système collectif de représentations et de valeurs du système de soins montre bien qu'on se trouve très loin d'un «imaginaire collectif» consensuel autour duquel tout le monde se rallierait. Il s'agit au contraire d'un immense système, la plupart du temps implicite, de discussions et de négociations qui, à un moment donné, se cristallise dans un ensemble de modalités organisationnelles. Une fois institutionnalisées, ces modalités produisent, dans le domaine où elles s'appliquent, un ordre social particulier qui jouit d'une grande stabilité; elles renforcent certaines valeurs et certaines représentations; elles encouragent certaines formes de pratiques et en découragent d'autres; elles fixent les frontières des différentes organisations; bref, elles définissent les principes de la gouvernance du système.

II.1.2 La gouvernance

La gouvernance peut se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité (Hatchuel 2000). Elle s'appuie sur: (1) un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités); (2) un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population); (3) un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs) (Contandriopoulos *et al.*,

2001; Champagne *et al.*, 2002). La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent.

La fonction d'orientation, ce que Hatchuel (2000) appelle la prospective, peut se définir comme le: «*processus de production collective de connaissance portant sur le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance*». La prospective n'est pas seulement un exercice de prévision ou de prédiction, elle consiste beaucoup plus en un exercice «*de développement d'une pratique et d'une réflexion collective autour de nouveaux objets de gouvernement*». Elle vise à transformer, en les renouvelant, les relations entre les quatre grandes logiques de régulation mobilisées par les différents acteurs du système de soins pour rationaliser leurs décisions (les logiques professionnelles, technocratiques, marchandes et démocratiques).

La fonction de gestion que l'on peut définir «*comme la conception et la conduite d'une action collective [d'une organisation ou d'un système] à partir d'une position d'autorité*» (Hatchuel, 2000) vise à maximiser la performance du système (Sicotte *et al.*, 1998). Dans le système de soins, il importe de distinguer la gestion de l'ensemble des services administratifs et techniques, où il est possible et souhaitable de standardiser les activités, de la gestion de la clinique qui doit laisser un large espace à la liberté professionnelle et à l'auto-régulation par les pairs²¹.

La fonction normative vise à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. Pour qu'un système fonctionne, il ne suffit pas de le diriger, de le gérer, de l'évaluer, mais encore faut-il (et peut-être surtout) l'animer. Cette idée s'illustre bien dans le concept de *stewardship* que propose Saltman (2000): «*Stewardship can be viewed as an ethically informed or "good" form of governance*».

La complexité de la gouvernance réside dans l'articulation de ces trois grandes fonctions qui demeurent chacune soumises à de fortes tensions: la prospective entre la prévision et le développement de nouveaux objets de gouvernement²²; la gouvernance entre la gestion managériale et

la gestion de la clinique; le *stewardship* entre l'idéologie et l'utopie (Kearney, 1991).

La gouverne s'exerce à trois niveaux: macroscopique; mésoscopique, celui des organisations; et microscopique, celui des relations entre les acteurs individuels.

Au niveau macroscopique, la régulation démocratique domine. Elle est mobilisée pour définir les grands principes organisateurs qui assurent la cohérence de l'ensemble du système. La gouverne, au niveau macroscopique, porte sur des questions comme l'envergure de la couverture du régime d'assurance-maladie, la population assurée, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision (degrés de décentralisation), la définition des champs d'exercice des différents professionnels et les formes de financement du système.

Plus une société adhère aux valeurs sociales-démocrates, plus elle a tendance à intervenir au niveau macroscopique en définissant démocratiquement les règles qui encadrent la régulation générale du système de santé et en finançant publiquement les services de santé – ce qui lui permet de redistribuer les ressources en fonction des besoins (Navaro&Shi, 2001). Au Canada, par exemple, la répartition des responsabilités en matière de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces est établie par la Constitution. La Loi canadienne sur la santé de 1984 définit quels sont les services médicalement requis (services dispensés par les hôpitaux et services médicaux) et quels sont les services de santé complémentaires. Elle définit aussi les cinq grands principes que doivent respecter les provinces pour être admissibles à la contribution financière du gouvernement fédéral (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité). «*Cette loi incarne les valeurs les plus représentatives du Canada; elle énonce un contrat social qui définit les services de santé en tant que droit fondamental et elle décrit les caractéristiques du système*» (Vérificateur Général du Canada, 1999). Les lois et règlements définissant les champs d'exercice des différentes professions, les règles d'allocation des budgets, le degré de décentralisation des décisions, les formes de participation de la population et des professionnels aux décisions,

les responsabilités des différentes organisations, ..., relèvent de la juridiction provinciale.

Par contre, plus une société est libérale-individualiste, plus elle aura tendance à confier aux logiques marchande et technocratique la responsabilité de réguler le système de soins. Aux États-Unis, par exemple, la régulation macroscopique est peu développée et, jusqu'à aujourd'hui, toutes les tentatives pour instaurer un régime universel d'assurance-maladie ont échoué (Farmer, Rylko-Bauer, 2001).

Au niveau de l'organisation de l'offre de soins, ce sont surtout les logiques marchande et technocratique qui sont à l'œuvre. Elles permettent de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des différentes organisations (hôpitaux, CLSC, cabinets privés, CHSLD, ...), le contrôle des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les modalités de paiement des établissements et des professionnels, la gestion de la qualité, ... En d'autres termes, ces deux logiques définissent l'architecture et les règles de fonctionnement du système de dispensation des services. L'espace de régulation qu'elles investissent reste limité, d'un côté, par les grands principes organisateurs du système de santé qui résultent de décisions prises en fonction de la logique démocratique et, de l'autre, par les exigences de la clinique où domine la logique professionnelle²³.

II.1.3 La clinique

C'est dans ce domaine, au niveau microscopique, que s'exprime la logique professionnelle. Elle permet de définir les modalités de prise en charge des patients et les règles de bonne pratique des professionnels. Le but de la clinique consiste à offrir à chaque personne souffrante les services les mieux adaptés à ses besoins spécifiques (qualité et spécificité) grâce aux connaissances existantes (universalisme) et aux compétences des différents professionnels (efficacité) – ce qu'elle réussit à accomplir par l'intégration des soins dans l'espace, dans le temps et entre les professionnels (continuité, globalité et réactivité).

Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale: ils doivent, en toute liberté, exercer au mieux

leur jugement pour adapter leurs connaissances au cas particulier de chaque patient mais, en même temps, ils doivent s'assurer que leurs décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues (Cicourel, 2002). C'est à cette condition qu'ils seront à même de pouvoir rendre des comptes à leurs pairs au sujet des décisions prises en fonction de normes et de critères généraux (Davis, 1988; Minvielle, 2000; Champagne *et al.*, 2002). Le système clinique se distingue de tous les autres secteurs où l'on offre des services (assurances, banques, ...) par l'existence d'un noyau irréductible d'incertitude auquel doivent faire face les professionnels de la santé, lors du processus thérapeutique. La logique professionnelle permet de résoudre la double exigence de la clinique: faire du «sur mesure» et rendre des comptes en fonction de normes et de connaissances générales.

Le système clinique, raison d'être du système de soins, permet d'accueillir les personnes souffrantes, inquiètes, ..., de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer..., leurs problèmes de santé et d'orienter celles-ci dans le système de soins. Les logiques technocratique, marchande et démocratique se voient ainsi partiellement subordonnées à la logique professionnelle.

Mais, par ailleurs, les professionnels exercent dans un espace social structuré par l'interaction entre un système collectif de représentations et un ensemble de modalités organisationnelles. Dans ces conditions, il semble naturel que le système clinique soit largement déterminé par les incitations, les injonctions, les informations, les normes sociales produites par l'environnement symbolique, physique et organisationnel du système de soins.

En résumé, aucune des quatre logiques à l'œuvre dans le système de soins ne domine de façon absolue et aucun groupe d'acteurs ne peut dicter sa loi aux autres. Chaque logique constitue un langage à part entière, fondé sur sa propre vision du système de soins, de la rationalité qui devrait orienter ses décisions, du fonctionnement qui devrait être le sien, de la place et du rôle des différents acteurs et des relations que ce système devrait entretenir avec le reste de la société. L'enjeu de la gouvernance du système de soins consiste donc à organiser les espaces

d'expression et de tension qui existent entre les quatre grandes logiques de régulation, de façon à ce que les décisions prises en fonction de l'une ou de l'autre, par l'un des acteurs du système, soient comprises et perçues comme légitimes par tous les autres. Il s'agit là de la condition *sine qua non* pour que s'opère une intégration dynamique entre les trois grands domaines du système de soins (Contandriopoulos *et al.*, 2001) et pour que les décisions prises, concernant aussi bien les grands principes organisateurs que l'organisation de l'offre de soins et de la clinique, demeurent cohérentes.

II.1.4 Les acteurs et leurs pratiques

Les formes précises et l'articulation des trois domaines constitutifs du système de soins résultent de ce que nous avons appelé le processus d'institutionnalisation des représentations et des valeurs collectives. Les modalités organisationnelles qui structurent l'espace social dans lequel les acteurs interagissent résultent de ce processus. Il conditionne ainsi les pratiques de ceux-ci qui restent cependant partiellement autonomes. Pour comprendre que les pratiques des acteurs puissent être simultanément dépendantes du champ où elles s'exercent et autonomes, il faut expliciter le sens que nous conférons aux termes: acteurs et pratiques.

Un acteur peut être défini comme un agent (ou un groupe organisé d'agents) qui interagit avec d'autres dans un espace social structuré (un champ) pour renforcer sa position en mobilisant simultanément des stratégies de coopération et d'affrontement dans le but de contrôler les ressources critiques du champ (Benson, 1975; Bourdieu, 1992,1994).

Chaque acteur se caractérise de façon indissociable et récursive par ses structures mentales et cognitives²⁴ (sa vision du monde, ses connaissances et ses croyances; ses intentions et ses projets); les ressources (économiques, culturelles, sociales, biologiques) qu'il possède ou qu'il contrôle et qui définissent sa position dans le champ; et, finalement, ses dispositions²⁵. Tout changement dans l'un de ces quatre pôles entraîne des transformations dans les trois autres et dans les relations que l'acteur entretient avec son environnement et les autres acteurs.

Ainsi, si de nouvelles connaissances modifient sa perception des choses; si les techniques qu'il mobilise varient; si de nouvelles lois s'appliquent; si ses projets évoluent; si ses croyances et ses valeurs se modifient; enfin, si de nouvelles incitations (économiques et symboliques) sont introduites (changement dans les modalités de financement, de rémunération, des règles de promotion...), alors ses pratiques se modifieront.

Mais, par ailleurs, les acteurs n'interagissent pas dans le vide. Profondément enracinés, à un moment donné, dans une société qui se caractérise non seulement par ses lois, ses règlements et ses institutions mais aussi par son histoire et sa culture, ils exercent dans des espaces sociaux structurés. Leurs pratiques sont modelées au fil du temps par les exigences et les règles du jeu du système dans lequel ils interagissent²⁶.

L'internalisation par les acteurs des exigences du champ où ils pratiquent se fait d'abord durant leur formation, puis tout au long de leur vie par les processus d'apprentissage qui accompagnent naturellement toutes les conduites humaines (Rocher, 1972). Plus l'internalisation par les acteurs des normes collectives et des exigences du champ où ils exercent est complète, et mieux les modalités d'organisation reflètent et renforcent les valeurs et les représentations collectives, plus le système organisé d'action se montre stable et légitime, plus il recèle forte inertie.

Les relations qui existent entre les systèmes organisés d'action dans une société peuvent se concevoir comme un immense ensemble de poupées russes. Chaque système est influencé par les systèmes qui l'environnent, et lui-même constitue l'environnement dans lequel interagissent des acteurs et des organisations. Il semble difficile de concevoir qu'un système aussi important que celui des soins dans une société développée puisse fonctionner sur des bases idéologiques très différentes de celles qui fondent les décisions dans d'autres secteurs comme l'éducation, la protection de l'environnement ou la sécurité publique. Le fait que les acteurs puissent interagir simultanément dans plusieurs champs renforce la nécessité d'une certaine cohérence entre les systèmes sociaux. Par ailleurs, l'influence des acteurs et leur pouvoir dépendent de la position du champ

dans lequel ils interagissent dans la société. L'importance accordée à la protection de la vie, à la guérison de la maladie, à la promotion de la santé dans nos sociétés confère au système de soins une position dominante²⁷ et à ses acteurs (médecins, infirmières, gestionnaires,...) une très forte légitimité et un rôle qui s'étend souvent au-delà des frontières de ce système²⁸.

II.2 La trajectoire du système de soins et les forces qui l'orientent

Dans la première partie de ce texte, nous avons vu qu'il existe une grande cohérence entre les finalités du système de soins et la raison d'être des sociétés démocratiques modernes. Dans la deuxième, nous sommes partis de l'idée que l'inertie du système de soins, comme celle de tout système organisé d'action, découle de l'interdépendance qui existe entre le processus d'institutionnalisation des valeurs et des représentations collectives et celui de l'internalisation par les acteurs des normes et des règles de fonctionnement du système. Plus ces deux processus sont enracinés profondément et durablement dans le fonctionnement général de la société, plus le système considéré sera stable et plus sa trajectoire sera prévisible²⁹.

Nous avons vu que l'introduction du régime d'assurance-maladie en 1970 n'a pas radicalement changé la trajectoire du système de soins: seul son rythme d'évolution, nourri par le financement public s'est accéléré. L'amélioration de l'accessibilité aux services a été obtenue par un accroissement de la taille du système et non par une transformation de son organisation³⁰. Depuis, la trajectoire de ce système, orientée par l'interaction de quatre grandes forces (développement des connaissances, progrès technologique tant dans le domaine clinique que dans celui de la gestion, vieillissement de la population et mondialisation), a pris une direction qui remet en question sa cohérence. L'action simultanée de ces quatre forces crée des tensions grandissantes entre, d'une part, l'élargissement du champ d'intervention légitime du système de soins et, d'autre part, les pressions économiques qui résultent de la nécessité pour l'État d'équilibrer son budget (Contandriopoulos *et al.*, 1998).

II.2.1 L'élargissement du champ légitime d'intervention du système de soins

L'interaction entre, d'un côté, l'expansion des capacités d'intervention de la médecine et, de l'autre, le vieillissement de la population et l'apparition de nouvelles maladies, provoque un élargissement du champ légitime d'intervention du système de soins.

La première conséquence de l'accroissement des connaissances scientifiques et des techniques dans le domaine de la santé est d'accroître la productivité au sens large du terme, c'est-à-dire de produire mieux et moins cher certains biens et services et d'en introduire de nouveaux qui remplacent en partie ceux qui existent³¹. Dans ces biens nouveaux, la valeur du capital humain augmente par rapport aux prix des matières premières. Le progrès technologique rend inutile le travail de ceux qui sont peu et mal formés, et il augmente en permanence le besoin de travailleurs ayant un haut niveau de formation (Cohen, 1997, 1999). Le développement technologique est un processus qui se nourrit de ses propres succès ; il permet, au fil du temps, de résoudre des problèmes de plus en plus complexes. On n'a qu'à penser aux progrès réalisés dans le domaine de l'imagerie médicale, dans celui de la transplantation d'organes ou encore dans celui des médicaments. Mais, par ailleurs, plus une technologie devient sophistiquée et permet de résoudre des problèmes complexes, plus elle est à risque de ne plus répondre efficacement aux problèmes simples et courants auxquels fait face la majorité des utilisateurs. L'extrême spécialisation des hôpitaux universitaires et les investissements qui l'accompagnent est probablement en partie responsable de l'atrophie de la médecine de première ligne ainsi que de la perte de prestige des professionnels qui y travaillent (Christensen *et al.*, 2000). Peu à peu, les progrès scientifiques et technologiques modifient la nature des interventions (des problèmes naguère complexes deviennent simples pendant qu'apparaissent de nouveaux problèmes complexes). La technologie exerce inévitablement des pressions sur les modes d'organisation du travail, sur les pratiques et sur les organisations. Elle est d'autant plus dérangeante qu'elle est vraiment innovatrice, c'est-à-dire qu'elle permet de faire différemment

et de faire des choses nouvelles (Christensen *et al.*, 2000).

La façon dont la technologie modifie la nature des problèmes à résoudre est parfaitement illustrée par l'utilisation des services de santé par les personnes âgées. Ces services coûtent de plus en plus cher, non pas parce que le nombre de personnes âgées augmente, mais surtout parce que l'on intervient plus et plus longtemps sur chaque personne âgée. Ce n'est pas la croissance du nombre des personnes âgées³² qui cause des problèmes pour le système de soins, c'est beaucoup plus l'évolution récente de la médecine qui fait que, contrairement à ce qui se passait jusqu'alors, la fin de la vie n'est plus un frein naturel à l'intervention de la médecine (Horizon 2020, 2000). Tous ceux qui travaillent dans le système de soins notent que leurs patients sont de plus en plus souvent des personnes âgées. Cela renforce l'idée chez les professionnels de la santé, dans les médias et, de plus en plus dans notre imaginaire collectif, que le vieillissement (et la fragilité qui l'accompagne) est une charge extrêmement lourde pour la société³³. Mais ce que les professionnels semblent vouloir ignorer, c'est que ces changements sont davantage causés par les façons de traiter les personnes âgées que par l'accroissement de leur nombre, et que le vieillissement de la population dans les pays développés ne cesse d'ouvrir de nouveaux marchés très lucratifs pour les industries transnationales du médicament et des technologies médicales.

II.2.2 La nécessité de contrôler les coûts du système de soins

La mondialisation, et en particulier la mondialisation des marchés financiers, oblige les États à contrôler les coûts de leur système de soins (Ramonet, 2000). Pour conserver un espace suffisant d'autonomie démocratique de façon à pouvoir répondre aux attentes de la population, les États démocratiques doivent équilibrer leurs budgets et donc contraindre la dynamique de croissance du système de soins³⁴. Les tensions que cette exigence entraîne sont considérables. Depuis des mois, presque tous les jours, le système de santé fait la une de l'actualité. Les histoires d'horreur (engorgement des urgences, mauvaise qualité des soins, accès inéquitable aux ressources, scandales

financiers, erreurs médicales,...) rivalisent avec les nouvelles portant sur les merveilles de la médecine et du développement technologique (nouveaux médicaments, miracles de la génétique,...). Chaque groupe d'acteurs interprète la situation à sa manière. Les médecins se plaignent des contraintes que l'État ou l'assurance-maladie leur impose et les empêche ainsi d'offrir des services de qualité. Les infirmières revendiquent une place plus importante. Les hôpitaux veulent plus de ressources et d'équipements. L'industrie pharmaceutique essaie d'obtenir simultanément que sa part dans le marché de la santé continue à croître, que les gouvernements protègent à long terme les médicaments par des brevets. Les gestionnaires voudraient soumettre les médecins à leur autorité et aimeraient obtenir plus d'informations sur leurs activités cliniques pour pouvoir contrôler l'application des normes de bonne pratique.

La question que de plus en plus fréquemment tout le monde se pose s'énonce ainsi: Pourra-t-on encore, demain, compter sur un système de santé universel, accessible à tous et qui soit de qualité?

II.2.3 La crise du système de soins

Au cours des quarante dernières années, poussées par le développement des connaissances et des techniques, de même que contraintes par les ressources disponibles, les pratiques des professionnels ont évolué, les hôpitaux ont changé –sans se transformer³⁵.

La cohérence entre les trois domaines constitutifs du système de soins s'est effritée au cours du temps et les acteurs interagissent dans un espace social qui apparaît de plus en plus «déstructuré». Les modalités de régulation du système poussent ses acteurs à adopter des pratiques qui sont de moins en moins compatibles avec les valeurs et les représentations collectives. La crise du système de soins est la manifestation de cette déstructuration. Aujourd'hui, ces décalages sont considérables et se manifestent simultanément par une crise financière, une crise des connaissances, une crise de la régulation et une crise d'éthique (Contandriopoulos, 1994; Contandriopoulos *et al.*, 2000).

III. Une stratégie paradoxale du changement pour sortir du *statu quo*

III.1 Le *statu quo* n'est plus une option possible

L'ampleur et la nature systémique de la crise du système de soins font en sorte que le *statu quo* ne constitue plus une option possible. Nos sociétés sont placées devant une alternative difficile: soit elles laissent le système de soins dériver et abandonnent peu à peu les valeurs sur lesquelles reposent les grandes institutions qui les caractérisent, soit elles entreprennent une réforme en profondeur de l'organisation de ce système pour lui redonner une cohérence suffisante et lui permettre de refléter à nouveau les valeurs de la société.

La première option, «laisser dériver», représente la plus facile à court terme. Il suffit pour cela de laisser jouer les forces qui poussent à l'homogénéisation du continent nord-américain. En effet, le poids des États-Unis est tel que ce qui se passe dans ce pays a tendance, très rapidement, à servir de norme pour les autres pays. Plus l'intégration économique se développe sur le continent, plus la coexistence de modèles différents d'organisation des grands systèmes sociaux (éducation, santé, protection sociale) devient difficile à maintenir³⁶. Contrairement à ce qui se passe dans l'espace économique et social européen, il paraît difficile d'imaginer qu'il puisse exister sur le continent nord-américain beaucoup de diversité sur la façon d'organiser un système d'assurance-maladie.

Selon cette option, on verra très vraisemblablement s'amplifier les tendances qui déjà se manifestent. Pour compenser les coupures budgétaires imposées par l'État, les établissements et les professionnels, encouragés par les assureurs et une partie du monde des affaires, exigeront, avec l'accord tacite de la population (craintive de ne plus avoir accès à des services de qualité), des paiements complémentaires privés pour leurs services³⁷. Cette privatisation du financement, qui a déjà commencé [elle atteint aujourd'hui plus de 30% des dépenses de santé, alors qu'elle était inférieure à 20% au début des années 1980

(OCDE, 2000)], est difficile à arrêter parce qu'elle correspond aux intérêts immédiats de plusieurs groupes d'acteurs. Elle rassure les personnes qui travaillent dans le système de santé, dont les emplois et les revenus sont menacés par les coupures dans le financement public; elle permet aux plus fortunés d'avoir un accès prioritaire aux services; et, finalement, elle ouvre aux assureurs de nouveaux marchés très lucratifs. Quand les dépenses privées dépasseront un seuil (difficile à établir avec précision, mais qui ne devrait pas être loin de la situation actuelle au Canada), il ne sera plus possible pour l'État de maintenir l'interdiction faite aux assurances privées d'assurer les services médicalement requis³⁸. En vertu de la Constitution canadienne, le gouvernement fédéral ne peut faire respecter les cinq grands principes de la loi sur la santé des Canadiens que dans les domaines qu'il cofinance (Forum national sur la santé, 1997). Si les provinces laissent le financement privé s'introduire de façon significative dans le domaine des services médicaux et hospitaliers, le gouvernement fédéral deviendra incapable de faire respecter les principes auxquels tiennent les Canadiens. Dès qu'une brèche suffisante sera ouverte, les assureurs offriront – à ceux qui peuvent se les payer – des assurances complémentaires pour les services médicaux et hospitaliers. À compter de ce moment-là, le système de santé tel qu'il existe aujourd'hui, c'est-à-dire fondé sur l'équité d'accès aux soins et sur la solidarité, aura bel et bien disparu. Subsisteront alors deux catégories de citoyens: ceux qui auront des assurances complémentaires privées et les autres. Les valeurs collectives de la société canadienne rejoindront celles de nos voisins du Sud: l'idéologie libérale individualiste dominera.

La deuxième option, «réformer le système de soins», est plus difficile à mettre en œuvre à court terme. Elle consiste à inventer et à implanter un nouveau système, respectueux de la volonté d'équité qui existe au pays, attentif au désir de chaque citoyen de pouvoir agir de façon autonome et, de plus, responsable, adaptatif et efficient (Forum national sur la santé, 1997). Il s'agit, si on prend cette voie, de transformer en profondeur le système de soins actuel en s'appuyant sur les grands principes qui ont, depuis plus de 30 ans, assuré sa renommée internationale et qui reflètent la façon dont

la société canadienne, et celle du Québec en particulier, ont concrétisé leurs responsabilités par rapport à la protection «du vivant».

Il semble relativement facile, en s'inspirant des recommandations des rapports d'enquête préparés par les différentes provinces et le gouvernement fédéral (CESSSS, 2000; Forum national sur la santé, 1997; Fyke, 2001; Mazankowski, 2001), des travaux effectués pour la Commission Romanow, des expériences étrangères (Horizon 2020, 2002; Institute of Medicine, 2001), des évaluations des projets-pilotes menées dans les différentes provinces du Canada (Denis, 2001; Lewis, 2002; Joubert *et al.*, 2001) de définir les grandes caractéristiques d'un scénario vraisemblable pour le système de santé de demain. Un large consensus existe sur le fait que ce système devrait:

1) être financé publiquement pour favoriser l'équité d'accès aux soins et l'intégration des différentes composantes du système, en particulier l'accès aux médicaments;

2) favoriser la coopération entre les différents professionnels et les différentes organisations;

3) être décentralisé pour tenir compte des réalités locales, offrir des soins intégrés de première ligne qui soient accessibles et de qualité³⁹, ainsi que pour assumer la responsabilité de l'accès aux autres niveaux de soins;

4) bénéficier de systèmes d'information intégrés et globaux sur l'utilisation des services, les coûts des prises en charge et les résultats sanitaires obtenus;

5) encourager les différents professionnels et les différentes organisations à être responsables envers leurs patients et à rendre collectivement des comptes sur les résultats obtenus;

6) repenser la formation des professionnels et des gestionnaires de façon à permettre à tous de mieux appréhender la complexité du système de santé et de pratiquer avec plus de réflexivité;

7) revoir les finalités du système de soins de façon, d'une part, à le rendre directement responsable de ce sur quoi il peut agir (la prévention, le diagnostic, le traitement, le suivi des maladies

spécifiques) et, d'autre part, reconnaître formellement que c'est à la société toute entière que revient la responsabilité de la santé de la population.

S'il existe un large consensus sur ce qui devrait être fait, la question de l'implantation des changements requis reste entière.

Tous les analystes reconnaissent, en effet, que la mise en œuvre des changements requis par ces propositions implique des transformations considérables dans les pratiques actuelles des professionnels et des gestionnaires et qu'elles nécessitent des modifications majeures dans les rôles et responsabilités des organisations. Or, on sait que pour que les pratiques et les organisations puissent changer, il faut que, de façon simultanée, les incitations, les obligations, les informations, les normes collectives du champ dans lequel les agents pratiquent se transforment et que les mentalités des acteurs changent⁴⁰.

Pour que les transformations nécessaires du système de santé puissent voir le jour, il faut que soit réuni, à un moment donné, dans une société, un ensemble très exigeant de conditions et que soient mises en place des stratégies délibérées qui reconnaissent la complexité des phénomènes sociaux en jeu. Il n'existe pas de modèles généraux et universels du changement qui puissent s'appliquer automatiquement à la réforme des grandes institutions de l'État et en particulier à celles, comme le système de soins, dans lesquelles se reflètent les grandes valeurs de la société. Chaque fois, il faut développer et mettre en œuvre des stratégies spécifiques qui sont tributaires de la culture, de l'histoire, des richesses et des relations que la société concernée entretient avec d'autres.

III.2. Éléments pour une stratégie paradoxale du changement.

Le processus de changement à mettre en œuvre pour réformer un système aussi complexe et aussi imbriqué dans la réalité symbolique et matérielle de la société que le système de soins ne peut être, lui-même, qu'un processus complexe (Glouberman, 2002; Denis, 2002; Champagne, 2002). Pour réussir à réformer un tel système, il devient impératif de mobiliser ce que l'on pourrait appeler *une stratégie paradoxale du changement*. Cette dernière

consiste à reconnaître que le changement est un concept paradoxal et, pour réussir à vaincre l'inertie du système de soins et à sortir du *statu quo*, il faut imaginer et mettre en œuvre des stratégies en apparence contradictoires et pourtant indissociables.

(I) Le concept de changement: entre rationalité et émergence. Il faut reconnaître que le changement est simultanément une démarche délibérée, rationnelle, planifiée, décidée et mise en œuvre par les responsables administratifs et politiques du système de soins, et un phénomène émergent, négocié, qui se construit et prend forme au cours de sa réalisation en fonction des initiatives des agents locaux. En tant que démarche rationnelle, il possède des caractéristiques générales et reproductibles et, en tant que phénomène émergent, il est contextuel, unique et contingent. Ces deux conceptions du changement sont irréductibles l'une à l'autre et pourtant, elles coexistent dans toutes les expériences concrètes de transformation des systèmes complexes. La possibilité pour les acteurs impliqués dans un tel processus de changement d'y tenir un rôle actif et efficace repose en grande partie sur la reconnaissance de l'existence de ce paradoxe et aussi sur leur capacité à développer des stratégies qui, tout en s'inscrivant de façon dominante dans l'une ou l'autre des deux conceptions, soient toujours imprégnées de l'existence et de la légitimité de la conception non retenue.

(II) La finalité du changement: entre utopie et nécessité. On change simultanément parce que l'on n'a plus le choix et en même temps, pour aller vers quelque chose de mieux. Les réformes ne peuvent se réaliser que si les différents acteurs perçoivent que le *statu quo* n'est plus possible parce que l'environnement exerce de si fortes pressions que la survie du système s'en trouve menacée. Des pays industriels, comme le Canada, ont entrepris de changer le fonctionnement de leur système de santé parce qu'aux yeux des différents acteurs, la crise des finances publiques, le développement des technologies et des connaissances ainsi que les changements démographiques ne leur laissent plus le choix. Par ailleurs, pour changer, il faut qu'il existe un projet, une utopie vraisemblable. L'idée que l'on se fait de la situation souhaitée doit, à la fois, être suffisamment explicite pour que l'on puisse s'y raccrocher et prendre le risque de sortir du *statu quo* et, en même temps, le projet se doit d'être suffisamment ouvert pour pouvoir

s'adapter, au cours de sa mise en œuvre, aux diverses contraintes et aux opportunités.

(III) Les formes de changement : multiples, changeantes et adaptatives. Le processus de changement peut se caractériser par : sa *cible* (les mentalités, les pratiques, les structures), sa *nature* (radicale, révolutionnaire ou convergente, évolutive, incrémentielle), son *étendue* (localisée ou généralisée), sa *dynamique* que l'on peut décrire par sa vitesse (lente ou rapide), son rythme (uniforme, variable avec des accélérations et des ralentissements), sa durée (courte, longue) et la forme de sa trajectoire (complétée, bloquée, régressive). Pour rendre compte de la forme d'un processus de changement, il ne suffit pas de combiner ces caractéristiques, il importe aussi de reconnaître que plusieurs des modalités *a priori* incompatibles de chaque caractéristique sont simultanément présentes.

Ainsi, le changement doit viser simultanément et de façon récursive les trois cibles. Les mentalités doivent évoluer pour que les pratiques changent, mais pour cela, il devient indispensable que les structures soient transformées, ce qui ne peut résulter que de pratiques nouvelles. Dans un processus de changement comme dans tout système social, les acteurs interagissent dans un jeu permanent de coopération et de concurrence pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système et améliorer leur position relative. Le jeu des acteurs s'en trouve alors à la fois structuré (il dépend des caractéristiques du système) et structurant (il agit comme moteur de l'évolution du système dans lequel il prend place), (Bourdieu, 1994). Pour qu'un changement radical ait lieu, il faut que les acteurs interagissent différemment de façon à permettre « *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). On conçoit, dès lors, que la distinction entre le changement radical et le changement incrémentiel de même que les oppositions qui sont souvent soulevées entre, d'une part, le changement local et le changement généralisé et, d'autre part, entre le changement rapide et le changement lent, ne permettent pas de rendre compte de la complexité des processus en cause.

(IV) Pour changer: une stratégie paradoxale.

Pour venir à bout de l'inertie du système de soins, pour sortir du *statu quo*, il faut établir une stratégie paradoxale du changement qui offre le même niveau de complexité que le système à réformer. Cette stratégie paraît essentielle afin de surmonter une contradiction fondamentale du changement. D'une part, tout le monde reconnaît que la transformation des systèmes sociaux complexes demande du temps, des informations, des compétences de haut niveau, un leadership fort et des ressources matérielles, financières et humaines importantes. Et, d'autre part, le processus de changement 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 et quand personne ne dispose de temps pour faire autre chose que ce que son travail immédiat exige.

Pour sortir de cette impasse, il faut mettre en œuvre une stratégie paradoxale du changement dont les principales caractéristiques consistent à :

- Agir simultanément sur le système à transformer et sur l'environnement de ce système, de façon à créer des conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement. Concrètement, cela signifie qu'il faut favoriser l'apparition d'espaces discrétionnaires d'action dans le système de soins pour permettre aux acteurs d'élaborer et de tester, avec une autonomie suffisante, des pratiques nouvelles fondées sur la coopération et d'en débattre. Il importe de favoriser la formation de personnes qui pourront trouver dans le changement des opportunités de carrière et de développer les capacités cognitives des différents acteurs pour qu'ils aient une compréhension de la complexité du système de soins et des enjeux que cela entraîne. La mise en œuvre du changement dépend directement des pratiques d'apprentissage qui existent dans le système et de l'existence d'un véritable « *entrepreneurship social* ».

- Favoriser la création et l'utilisation de systèmes d'information fidèles et complets pour évaluer la performance du système de soins et débattre des résultats. L'apprentissage qui en résulte favorisera d'autant plus le changement qu'il sera accompagné par une réflexion critique sur l'information. Il importe autant de bien comprendre ce que révèle

l'information que ce qu'elle recèle d'invisible. Les catégories et les variables utilisées par les systèmes d'information structurent la connaissance du système de soins existant mais limitent, *ipso facto*, la capacité des acteurs à penser différemment et à imaginer des façons innovatrices différentes de celles déjà employées dans le *statu quo*.

- Pour qu'un processus de changement prenne corps et se développe, il faut qu'il soit porté par des promoteurs jouissant d'une forte légitimité dans l'ordre existant et que ces derniers soient prêts à assumer les risques inhérents à tout changement significatif (Crozier & Freidberg, 1977). L'efficacité de ce leadership initial repose, d'une part, sur sa capacité à trouver suffisamment d'appuis dans la population pour acquérir une véritable légitimité dans la société. Et, d'autre part, sur l'adoption, par les différents groupes d'acteurs du système de soins, des idées dont il fait la promotion, de façon à ce qu'un véritable «leadership collectif» se constitue et permette au projet de transformation de s'institutionnaliser (Denis, 2002).

- Mobiliser en permanence dans les stratégies quatre leviers interdépendants – les incitations, l'influence, l'autorité, la force symbolique des normes sociales – pour modifier les pratiques et les conduites des acteurs. Le choix de l'un ou de l'autre de ces leviers demeure en partie opportuniste, il dépend des résistances et des occasions qui s'offrent pour favoriser des changements qui s'inscrivent globalement dans la direction souhaitée.

- La transformation du système de soins que nous avons décrite plus haut ne peut plus être décrétée, elle ne peut seulement que résulter des changements incrémentiels qui s'effectuent au gré des opportunités et des intérêts des acteurs en place. Elle implique forcément des changements radicaux dans les pratiques et les organisations. Ces changements radicaux ne pourront apparaître qu'à la suite d'une démarche stratégique qui mobilisera, en fonction des possibilités et souvent de façon simultanée, des stratégies d'encerclement (enclaving), de déstabilisation violente (uprooting ou disruptive), d'éclosion simultanée de pratiques nouvelles (cloning), de coopération, d'incitation, ou encore d'autorité (Mintzberg, 1999; Benson, 1975). Dans cette perspective, le clivage entre le changement radical et le changement continu ou incrémentiel ne tient plus. Ce dernier devient

une stratégie qui permet de créer des conditions d'irréversibilité propices à la généralisation des transformations radicales recherchées.

La mise en œuvre et le déploiement d'une stratégie paradoxale du changement semblent non seulement difficiles mais tout aussi risqués. Pour que cette dernière ne constitue pas seulement un ensemble incohérent d'initiatives disparates mais forme un tout dont la cohérence se révèle à mesure qu'elle se réalise, des débats et des controverses sur les valeurs sous-jacentes au projet de réforme et sur les relations entre chacune des stratégies de changement et les finalités du projet (l'imaginaire collectif que représente l'utopie) doivent l'accompagner, de façon continue. À cette seule condition, elle favorisera la transformation du système de soins, de façon à ce qu'il s'harmonise aux valeurs fondamentales de la société québécoise. L'énergie nécessaire pour sortir du *statu quo* ne pourra être trouvée que si la réforme a du sens pour les acteurs concernés, qu'elle repose sur des valeurs fortes et qu'elle devienne une occasion importante et durable d'engagement pour tous les acteurs. Conçu ainsi, le changement se fonde non seulement sur des valeurs, mais il devient aussi normatif, autrement dit, créateur de normes collectives.

Concrètement, dans le domaine de la santé, cela signifie qu'il faut que s'instaure un processus itératif qui, pour se déployer, a besoin d'agir de façon récursive sur les schémas cognitifs des acteurs, leurs pratiques et les structures organisationnelles du système. Il faut que les demandes qui résultent des innovations cliniques (niveau micro) trouvent un écho dans l'organisation de l'offre des soins (niveau méso) et qu'elles s'inscrivent dans les grandes valeurs de la société (niveau macro).

Le déploiement d'une stratégie paradoxale du changement s'appuie sur l'idée que, si les acteurs trouvent du sens (dans leur contexte particulier) à coopérer et à pratiquer différemment, il est possible, en créant des conditions organisationnelles et structurelles appropriées, de les encourager à inscrire et insérer leur projet dans un projet collectif de transformation. Ces conditions doivent être souples, spécifiques à chaque situation et, en même temps, rester cohérentes avec les grands principes qui confèrent du sens aux actions collectives dans la société. Elles devraient favoriser

la création d'incitations économiques cohérentes avec le projet de changement, mettre à sa disposition une capacité de gouverne propre qui le «protège» des tendances uniformatrices des instances en place et, finalement, fournir aux acteurs locaux les informations nécessaires au suivi de leurs activités et au débat des résultats obtenus. Le changement devient ainsi un processus d'apprentissage continu qui mobilise simultanément la responsabilité des professionnels et celle des gestionnaires, tout en développant leur réflexivité. Cependant, pour qu'il soit possible de laisser des marges suffisantes d'autonomie aux professionnels et aux gestionnaires, il reste essentiel que les grands principes et valeurs sur lesquels repose le système de soins aient fait l'objet de débats et de décisions démocratiques.

Pour que les projets locaux puissent prospérer et être à la base d'une transformation en profondeur de l'ensemble du système, il faut que le pouvoir soit redistribué de façon significative, entre les différents niveaux de responsabilité. Au niveau macroscopique, la responsabilité de préciser démocratiquement les grands principes du système devrait être renforcée; au niveau microscopique, une véritable gouverne de la clinique, reconnue comme légitime par les autres instances, devrait être instaurée; et, au niveau mesoscopique, les efforts devraient porter sur la recherche de l'efficacité. □

Notes

1—Plus de 50% de la population canadienne estime que les soins de santé devraient constituer une priorité pour les dirigeants du pays et pourtant, partout au pays, la population est inquiète (ICIS, 2002).

2—C'est à partir du milieu du XVIII^e siècle qu'apparaissent le concept de population et les premières statistiques démographiques. La population, ce n'est ni l'individu ni la société: «*C'est un nouveau corps qui n'est plus le corps individuel mais un corps multiple*» (Foucault 1997:218). La santé de la *population* devient le centre d'intérêt de l'État, qui se préoccupe dorénavant du contrôle des naissances, des politiques natalistes, des problèmes de morbidité, du vieillissement. L'État s'intéresse à tous les phénomènes qui obligent les individus à sortir du champ du travail: la vieillesse, les infirmités, les accidents et les anomalies diverses.

3—La médecine scientifique, fondée sur l'observation clinique, voit le jour à la fin du XVIII^e siècle. Ses découvertes déboucheront, au XIX^e siècle, sur la révolution pasteurienne et permettront l'avènement de la médecine moderne que nous connaissons, depuis le milieu du XX^e siècle (Foucault, 1963).

4—En 1948, l'Angleterre instaure le NHS à la suite du plan Beveridge (1942) pour «*conjurer le spectre du chômage et de la misère, en assurant aux citoyens "la sécurité du berceau jusqu'au cercueil"*» (Beveridge, 1942)» (Lambert, 2000). En 1945, la France met en place la Sécurité sociale qui couvre, entre autres, les services de santé. L'Allemagne de l'Ouest reprend, en l'élargissant, le programme créé par Bismarck en 1883, et l'Autriche fait de même, en 1947. Le Japon étend la couverture de l'assurance-maladie à toute la population; en 1941, les pays scandinaves (Suède, Norvège, Danemark) ainsi que les Pays-Bas mettent, eux aussi, en place des régimes d'assurance-maladie. Au début des années 60, les États-Unis créent les programmes Medicaid et Medicare qui viennent s'ajouter à des programmes qui couvraient des populations spécifiques depuis longtemps déjà (le premier régime de *Managed Care*, Plan Kaiser, en Californie, a été créé en 1945). Finalement, dans les pays socialistes, l'assurance-maladie fait naturellement partie des fonctions de l'État.

5—La Saskatchewan instaure le premier régime public d'assurance-maladie, en 1947, et d'assurance médicale, en 1961, après une dure grève générale des médecins de la province.

6—Pour ne pas contrevenir à la Constitution en intervenant dans un domaine de compétence provinciale, le gouvernement fédéral propose d'assumer la moitié des coûts d'un système public d'assurance-maladie à condition que les provinces acceptent de respecter les cinq grands principes (gestion publique, accessibilité, universalité, intégralité, transférabilité) repris, par la suite, dans la «Loi canadienne sur la santé» préparée par Monique Bégin en 1984. Cette dernière retrace, de façon très vivante le combat qu'elle a mené, quand elle était ministre de la Santé à Ottawa, pour introduire cette loi et garantir l'accès universel aux soins dans son livre: «*L'assurance santé*», Monique Bégin (1987).

7—Le programme du parti libéral du Québec pour les élections de 2003 est révélateur. Il propose simultanément d'abolir les Régies régionales et d'accroître la décentralisation au niveau local.

8—Au Québec, en septembre 2000, 78,5% de la population pensait que la qualité des services allait se détériorer dans le futur (CESSS, 2000). Entre 1998-99 et 2000-01, le pourcentage de la population canadienne de 12 ans et plus qui croyait ne pas pouvoir obtenir un service de santé au moment nécessaire est passé de 6% à 12% (Sanmartin *et al.*, 2002).

9—Ensemble des façons dont se combinent la distribution de l'autorité, les incitations financières et symboliques, l'information et les valeurs.

10—Le *Committee on quality of health care in America* porte un jugement très sévère sur le système de santé américain: «*Between the health care we have and the care we could have lies not just a gap, but a chasm*» (Institute of Medicine, 2001).

11—Le système des honoraires modulés est constitué d'un mode de rémunération et d'une réorganisation du système de soins. *«Le mode de rémunération est unique (il s'applique à tous les professionnels) et il est complet (il rémunère tout l'éventail de leurs activités). Les professionnels reçoivent des honoraires en fonction de la durée, exprimée en heures, de leurs diverses activités. [...] Ce système est très différent du paiement à l'acte: il n'y a plus de liens directs entre la quantité des actes posés et le revenu, et de plus la pratique, au lieu d'être individualiste, est intégrée dans une responsabilité du groupe de pairs pour une catégorie de soins à fournir à une population.»* (CRPSQ 1980:xxxi).

12—Concept en partie emprunté à Parson 1977; Freidberg 1993; Rocher 1972; Bourdieu, Wacquant 1992; Giddens 1987; que nous avons utilisé pour caractériser d'une façon générale toute intervention (Contandriopoulos et al. 2000).

13—La finalité première du système de soins est de réduire la durée et l'intensité des maladies en permettant à toute personne souffrante d'avoir accès librement et de façon équitable à des soins de qualité. On reconnaît de plus que le système doit contribuer à former des professionnels, à faire progresser les connaissances et à créer un sentiment collectif de sécurité par rapport à la maladie.

14—Le "champ" dans lequel les acteurs interagissent est structuré par les modalités organisationnelles en place et par les pratiques des acteurs. Le champ est *«à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et 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).

15—Parler d'un système collectif de représentations et de valeurs ne signifie pas qu'il existe un système unique de croyances et de valeurs partagées par tous. Mais seulement que les tensions, les négociations qui existent forcément dans une société entre les différentes valeurs, les différentes croyances et les différentes représentations connaissent une certaine stabilité.

16—«Il existe tout un ensemble de récits et d'histoires collectives [...] qui exercent une influence formatrice sur nos modes d'action et de comportement dans la société. C'est ce que Ricoeur appelle l'«imaginaire social», constitutif de la réalité sociale elle-même. Ricoeur analyse l'imaginaire social à partir de deux idées limites: l'idéologie et l'utopie [...]. Ces ensembles d'images collectives influencent le mode de pensée et d'action d'une société: l'idéologie tend vers l'«intégration» (car elle préserve un sens d'identité partagée), alors que l'«utopie» agit dans le sens inverse, vers la rupture (car elle introduit une idée de nouveauté, de différence, de discontinuité)» Kearney (1991:157, traduction de l'auteur).

17—L'efficacité de l'ensemble du système résulte naturellement de l'atteinte de l'efficacité par chacune de ses unités.

18—Le débat sur les «tickets modérateurs» dans le système de soins en est un bon exemple. Si cette mesure fait l'objet de débats passionnés, c'est bien parce qu'elle remet en question le partage des positions idéologiques dans la société, et non en raison d'une quelconque ambiguïté des connaissances de ses effets sur l'équité d'accès aux soins. Toutes les études disponibles montrent que la privatisation du financement réduit la qualité et l'équité d'accès aux soins. (Journal of Health Politics, Policy and Law, 1997; Contandriopoulos, Denis, Dubois, 2000; Villedieu, 2002; Sullivan, Baranek, 2002; Drache, Sullivan, 1999; CQSBE, 2003; Institute of Medicine, 2001).

19—Conscient de cela, le président du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne, a récemment insisté sur la nécessité de revoir les représentations que la profession médicale a des autres professionnels. Il a déclaré qu'il était temps que les médecins reconnaissent l'expertise des autres professionnels *«les patients méritent que nous travaillions tous ensemble à leur bien-être plutôt que de les traiter en pièces détachées»* (Le Devoir, 24/04/02, p.A4). Philippe Couillard, actuel ministre de la Santé du Québec, reprend la même idée *«la coordination, dans un secteur comme le nôtre qui échappe aux lois du marché, reposera toujours sur la coopération et la confiance qui s'établissent et se renforcent entre les partenaires. Les barrières entre les intervenants, qui empêchent souvent un accès libre et facile, un passage rapide, simple et sans difficulté d'un type de service à l'autre, résultent souvent de l'ignorance des réalités de l'autre et ce n'est que par la collaboration et la connaissance mutuelle qu'elles disparaîtront.»* (Couillard, 2003).

20–Pour Bourdieu (1977, 1982), l'enjeu de la lutte des classements se situe dans «le monopole de la représentation légitime du monde social» (Bourdieu, 1982:9). «Ce qui fait le pouvoir des mots et des mots d'ordre, pouvoir de maintenir l'ordre ou de le subvertir, c'est la croyance dans la légitimité des mots et de celui qui les prononce, croyance qu'il n'appartient pas aux mots de produire... le pouvoir symbolique comme pouvoir de constituer le donné par l'énonciation, de faire voir et de faire croire, de confirmer ou de transformer la vie du monde et, par là, l'action sur le monde, donc le monde, ...ne s'exerce que s'il est reconnu, c'est-à-dire méconnu comme arbitraire.» (Bourdieu, 1977:410).

21–«Clinical governance is set out to ensure: (1) that systems to monitor the quality of clinical practice are in place and are functioning properly; (2) that clinical practice is reviewed and improved as a result; (3) that clinical practitioners meet standards, such as those issued by national professional regulatory bodies» (BAMM, 1998).

22–Il faut pouvoir compter, de façon durable, sur l'enrichissement mutuel d'une«gouvernance» stable et prévisible et d'une«prospective» ouverte et dynamique qui soit «dans l'action, créatrice de nouveau et d'inédit» (Hatchuel, 2000).

23–On attribue souvent les problèmes du système de santé américain à l'intrusion des logiques marchande et technocratique dans le domaine de la clinique et de la régulation macroscopique. «Il est clair que considérer la médecine comme une marchandise soumise à la logique de l'entreprise remodèle la façon dont les soins médicaux sont financés et dispensés aux États-Unis, depuis le mode de commercialisation des services et la prolifération des organismes médicaux privés, jusqu'à la microgestion des décisions cliniques, des traitements et du même coup de la relation entre le médecin et son malade. De plus en plus, l'objectif est de vendre un «produit» plutôt que de dispenser des soins et ce, à des «clients» plutôt qu'à des patients» (Farmer et Rylko-Bauer, 2001:14).

24–La structure mentale et cognitive est, selon Bourdieu (1992), constituée par les catégories de perception qu'un acteur utilise de façon généralement inconsciente dans une société donnée, à un moment donné, pour interagir avec les autres. Plus la structure mentale et cognitive d'un agent est conforme aux valeurs, à la culture, au système dominant de croyances d'une société, plus cet acteur sera enclin à trouver «normal», «naturel» l'ordre établi et les relations de pouvoir qui prévalent. Ainsi «L'interaction entre un médecin, un interne, une infirmière est sous tendue par des rapports

de pouvoir qui ne sont pas toujours immédiatement apparents dans l'interaction telle qu'on peut l'observer» (Bourdieu, Wacquant 1992, p.53). Ces rapports de pouvoir inconscient façonnent les relations qui existent entre ces acteurs et contribuent à maintenir le *statu quo*.

25–L'ensemble de ces quatre éléments forment ce que Bourdieu appelle «l'habitus». «L'habitus est un mécanisme structurant qui opère de l'intérieur des agents, bien qu'il ne soit pas à proprement parler ni strictement individuel, ni à soi seul complètement déterminant des conduites. L'habitus est [...] le principe générateur des stratégies qui permet aux agents d'affronter des situations très diverses. Produit de l'intériorisation des structures externes, l'habitus réagit aux sollicitations du champ d'une manière grossièrement cohérente et systématique. [...] L'habitus est opérateur de rationalité, mais d'une rationalité pratique, [...] il est créateur, inventif, mais dans les limites de ses structures.» (Bourdieu, Wacquant 1992:25-26)

26–«L'exposition répétée à des conditions sociales définies imprime au sein des individus un ensemble de dispositions durables et transposables qui sont l'intériorisation de la nécessité de leur environnement social, inscrivant à l'intérieur de l'organisme l'inertie structurée et les contraintes de la réalité externe.» (Bourdieu, Wacquant, 1992:21).

27–C'est probablement pourquoi il est si difficile de freiner la croissance des dépenses de santé, autrement dit de stabiliser la taille du champ de la santé par rapport aux autres grands secteurs de la société. On observe que la part des dépenses de santé dans le PIB a plus que doublé, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, de 1960 à 2000 (OCDE, 2001). Le fait que les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB indique que les acteurs de ce champ sont en mesure d'améliorer, d'année en année, leur position relative dans la société.

28–Les médecins jouissent d'un si grand prestige dans les sociétés démocratiques qu'il est politiquement difficile de s'opposer à eux. Au Québec, quand Monsieur Castonguay a voulu mettre en application, au début des années 70, les recommandations de la commission qu'il avait présidée, il a rapidement renoncé à modifier les modalités de rémunération des médecins et leurs conditions de pratique et il n'a pas, non plus, mis en œuvre la restructuration des hôpitaux qu'il avait proposée. Vingt ans plus tard, Jean Rochon s'est heurté aux mêmes difficultés quand il a voulu instaurer le virage ambulatoire. En fait, la principale réforme implantée, celle du financement du système, n'a été possible, paradoxalement, que parce que les conditions de pratique

des professionnels et le rôle et la place des hôpitaux n'ont pas été transformés.

29—Le système de soins est un exemple parfait de cette situation: «*L'institutionnalisation de cette forme moderne de l'État que l'on appelle État-providence s'est faite à travers le développement d'une pensée positive qui objectivait la société comme un être vivant [...]. L'homme moderne tire sa vie de la société à laquelle au sens propre il appartient. [...] L'idéologie officielle [...] du XX^e siècle, la doctrine de la solidarité est une idéologie biologique. C'est la tâche de la société que de s'instituer comme remède au mal qui menace naturellement la vie. Les modèles, comme les objectifs, des politiques solidaristes sont de type médical*» (Ewald, 1985:42). Dans ces conditions, comme nous l'avons montré, la légitimité des régimes d'assurance-maladie est excessivement forte. Au Québec, par exemple, 87% de la population estime actuellement que «le système de soins doit demeurer public, gratuit et universel» (CESSSS, 2000:319). Cette opinion est partagée par la population de la plupart des pays développés (Marmor *et al.*, 2002; Gevers *et al.*, 2000)

30—Le même scénario a été suivi dans les autres provinces du Canada et dans la plupart des pays développés. Les pays où une véritable transformation du système de soins a eu lieu sont soit les pays communistes, soit des pays qui, comme Cuba, ont dû partir de zéro après leur indépendance à la suite d'un exode massif de leurs médecins.

31—Le progrès technologique a permis de réduire de façon considérable les coûts du traitement de très nombreux problèmes de santé. Pensons, à titre d'exemple, aux cataractes qui sont pratiquées sans hospitalisation, au remplacement de la hanche, aux traitements d'hémodynamique à la place de pontages. Aux États-Unis, les indices de prix de plusieurs de ces interventions révèlent l'ampleur de ces diminutions (Cutler, McClellan, Newhouse, Remler, 1998; Shapiro, Shapiro, Wilcox, 1998).

32—Les sociétés démocratiques modernes ont permis à la vie de s'exprimer comme jamais auparavant. Ainsi, dans 25 ans, un Québécois sur quatre aura 65 ans et plus et, parmi ceux-ci, le pourcentage des «vieux-vieux» (les personnes de 85 ans et plus) augmentera très rapidement.

33—Les manifestations des membres de l'Âge d'Or disant se sentir «coupables de vieillir», ou encore le qualificatif de «*bed-blockers*» donné aux personnes âgées qui occupent des lits dans les hôpitaux, illustrent cette tendance à culpabiliser les personnes âgées.

34—Au Canada, le redressement des finances publiques s'est fait brutalement en moins de 5 ans. La part des dépenses totales de santé dans le PIB est passée de 10,2% en 1992 à 9,2% en 1997 (OCDE, 2000). Durant cette période, la part des dépenses privées dans les dépenses totales a progressé rapidement, elle est passée d'un peu moins de 26% à plus de 30%. Si la rapidité de cette décroissance est remarquable, aucun autre pays de l'OCDE n'est arrivé à en faire autant, les conséquences quant à l'accès aux soins et à la satisfaction de la population sont aussi remarquables et uniques! De 1986 à 1995, le nombre d'hôpitaux a diminué de 14% et le nombre de lits de 11%. Ces coupures se sont traduites par une inquiétude de plus en plus grande de la population envers l'avenir du système de soins.

35—«*Notre organisation de service en termes de la modalité d'organisation du travail, d'allocation budgétaire et d'administration, reflète la réalité des années 70. Encore aujourd'hui, on valorise trop la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie juridique et budgétaire de chaque établissement, le fonctionnement en «silos» qui fait que chaque service, chaque établissement peut fonctionner indépendamment des autres. Chacun est incité à protéger son champ de pratique, sa juridiction, son budget.*» (CESSSS, 2000:25)

36—«*The NAFTA affects health care in two ways. First, it acts as a general limitation on the ways that governments can deal with public policy. Second, the agreement acts to lock in market liberalisation in the health sector. In both of these ways, the NAFTA takes a unique, even business like means to accomplish its goals. For remarkably, under this agreement, a government that expands its provision of health services into areas where private enterprises operate will find itself liable to pay compensation to some of those same enterprises for the privilege of entering the field. It is very heart the NAFTA protects the logic of the free market: an idea which inevitably conflicts with the nature of Canada's healthcare sector*» (Appleton, 1999:87).

37—Ce que l'on appelle abusivement des frais modérateurs, alors qu'il s'agit, en fait, de véritables droits de péage à l'accès aux services de santé.

38—Le procès intenté par le Dr. Chaoulli, au Québec, en 1999, pour faire annuler les clauses des lois qui interdisent à l'assurance privée de couvrir les services couverts par l'assurance publique montre bien la fragilité de notre système. L'argument central du plaidoyer du Dr. Chaoulli qui, finalement, n'a pas été retenu par le tribunal était que la limitation des libertés individuelles imposée par la loi ne se justifie plus dans

un système où il existe déjà une forte proportion de services dont l'accès dépend de la capacité de payer des utilisateurs : le système est déjà à deux vitesses, aucune raison ne justifie que l'État interdise ce qui existe déjà en pratique.

39—Les unités géographiques auxquelles serait confiée la responsabilité d'organiser ces réseaux locaux devraient être suffisamment petites pour que les citoyens perçoivent directement les conséquences des décisions prises et que l'ensemble des professionnels puisse se sentir conjointement responsable des services dispensés.

40—Voir, entre autres : Friedberg, 1993 ; Courpasson, 1998 ; Hualde, 2001 ; Mintzberg et Wesley, 1992 ; Berry, 1983 ; Denis *et al.*, 2001 ; Greenwood *et al.*, 1996 ; Hatchuel, 2000 ; Lascoumes, 1996 ; Denis *et al.*, 2001 ; Denis, 2002 ; Champagne, 2002 ; Glouberman, 2002.

Références

- Appleton, B. (1999). International Agreements and National Health Plan: NAFTA. In D. Drache, T. Sullivan, *Health Reform: Public Success Public Failure*. London and New York: Routledge.
- Arweiler, D. (2002). *L'économie face à la santé*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal.
- BAMM (British Association of Medical Managers) (1998). *Clinical Governance in the New NHS*. www.bamm.co.uk/clinical.htm.
- Benson, J.K. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20: 229-249.
- Bernard P. (2002). *Introduction à l'enquête ESSIL*. Montréal: Université de Montréal.
- Berry, M. (1983). *Une technologie invisible? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*. Rapport du Centre de recherche en gestion, École polytechnique
- Beveridge W. (1942). *Social Security and Allied Services*. London: HMSO.
- Bourdieu, P. (1977). Le pouvoir symbolique. *Annales Économies Sociétés Civilisations*, 32 (3): 405-411.
- Bourdieu, P. (1982). *Leçon inaugurale*. Paris: Collège de France.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L.J.D. (1992). *Réponses pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*. Paris: Editions de Minuit.
- Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige, PUF.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission Romanow, Gouvernement du Canada.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., & Lamothe, L. (2002). *Les centres universitaires de santé. La gouverne d'organisations complexes aux contours flous*. Document de travail préparé par le Département d'Administration de la santé et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Montréal: Université de Montréal.
- Christensen, C.M., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will Disruptive Innovations Cure Health Care? *Harvard Business Review*, septembre-octobre, 103-111.
- Cicourel, A. (2002). *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*. Seuil, Paris.
- CIHI, www.cihi.ca, 2002. (CIHI est le sigle anglo pour ICIS)
- Cohen, D. (1999). *Nos temps modernes*. Paris: Flammarion.
- Cohen, D. (1997). *Richesse du monde, pauvreté des nations*. Paris: Flammarion.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*. Québec: MSSS.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les publications du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, deuxième partie. Volume IV: La santé*. Gouvernement du Québec.
- Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec (1980). *Le système des honoraires modulés*. Gouvernement du Québec, Québec.
- Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52.

- Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., & Dubois, C.A. (2000). *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins*. Rapport présenté au Conseil Santé et Bien-être, octobre. Montréal: Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.P., Pouvoirville, G. de, Poullier, J.P., & Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In MP Pomey, JP Poullier (Éds), *Santé Publique* (pp. 637-667). Paris: Ellipses.
- Contandriopoulos, A.P. (1999). La régulation d'un système de soins sans murs. In JP Claveranne, C. Lardy, G. de Pouvoirville, A.P. Contandriopoulos, B. Experton (responsables scientifiques). *La santé demain: vers un système de soins sans murs* (pp. 87-102). Paris: Economica.
- Contandriopoulos, A.P., Lauristin, M., & Leibovich, E. (1998). Values, Norms and the Reform of Health Care Systems. In R. Saltman, J. Figueras (Éds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe* (chapitre 15). Buckingham: Open University Press.
- 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), 8-26.
- Contandriopoulos, A.P. (2003). Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*, 5 (1), 42-57.
- Couillard, Ph. (2003). *Pour un réseau en santé*. Conférence de clôture du Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec. Montréal le 9 mai 2003.
- Couillard, Ph. (2003). *Performer...avec mesure et passion*. Conférence d'ouverture du XXXIX Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Québec le 22 mai 2003.
- Courpasson, D. (1998). Le changement est un outil politique. *Revue française de gestion*, no 120 (numéro spécial, septembre-octobre), 6-16.
- Crozier M., Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- CSBEQ (2002). *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*. Avis du Conseil de la Santé et du Bien-Être du Québec, Québec.
- Cutler, D., McClellan, M. B., Newhouse, J., & Remler, D. (1996). *Are Medical Care Prices Declining?* NBER Working Paper 5750. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Davis, S.M. (1988). Le sur mesure en série. In *Diriger au futur* (pp. 143-190). Paris: InterÉditions.
- Denis J.L. (2001) *Investir dans l'innovation et le changement: le programme du FASS*. Montréal: Colloque Jean-Yves Rivard, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, novembre.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44 (4), 809-837.
- Denis, J.L. (2002). *Comment les méthodes et les capacités de gouvernance et de gestion favorisent-elles ou inhibent-elles le changement du système?* Commission Romanow, Gouvernement du Canada.
- Desrosiers, G. (1999). *Le système de santé du Québec—Bilan historique et perspective d'avenir*. Conférence inaugurale du 51^e Congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française. RHAF, 53 (1), 3-18.
- Drulhe, M. (1997). *Santé et société: le façonnement social de la santé*. Paris: PUF.
- Evans, R.G. (2001). Financing health care: taxation and the alternatives. In E. Mossialos et al., *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Evans, R.G. (2002). *Getting to the roots: Health Care Financing and the Inegalitarian Agenda in Canada*. Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ottawa, June 3.
- Evans, R. (2002). *Interpreting and addressing inequalities in health: from Black to Acheson to Blair to...?* 7th Annual Lecture, Office of Health Economics. London.
- Evans, R.G., Barer, M., & Marmor, T. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé: Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris et Montréal: John Libbey Eurotexte et Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ewald F. (1985). Le bio-pouvoir. *Magazine littéraire*, no 218, 42-43.

- Farmer, P., & Rylko-Bauer, B. (2001). L'exceptionnel système de santé américain, critique d'une médecine à vocation commerciale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 139, 13-30.
- Fyke, K.J. (2001) *Caring for medicare, sustaining a quality system*. Commission on medicare, Saskatchewan.
- Fonds pour l'adaptation des services de santé (2000). www.hc-sc.gc.ca/hcf-fass
- Feachem, R.G., Sekhri, N.K., & White, K.L. (2002). Getting more for their dollars: A comparison of the N.H.S. with California's Kaiser Permanent. *British Medical Journal*, 324, 135-141.
- Forum National sur la Santé (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: P.U.F.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France. Paris: Gallimard-Seuil.
- Freidberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris, Seuil.
- Gaumer, B., & Desrosiers, G. (2001). *Jules Gilbert. Pionnier de l'éducation sanitaire. Célébrités/ Collection biographique*. Montréal: Lidec Inc.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Paris, PUF.
- Glouberman, S. (2001). *Towards a New Perspective on Health Policy*. Rapport CPRN Study No. H/03, Renouf Publishing Co. Ltd.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes: en quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?* Commission Romanow, Gouvernement du Canada.
- Gevers, J. et al. (2000). Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 9, 301-321.
- Gouvernement du Québec (2001). *Projet de loi no 28: Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Deuxième session de l'Assemblée nationale*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Greenwood, R., & Hinings, C.R. (Bob). (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21 (4), 1022-1054.
- Guattari, F. (1992). Pour une refondation des pratiques sociales. *Le monde diplomatique*, no 463.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.
- Hatchuel, A. (2000). Perspective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective?. In E. Heurgon, J. Landrieu (sous la direction de), *Perspective pour une gouvernance démocratique*. Paris: Éditions Aube.
- Horizon 2020 (2000). *Rapport préliminaire au schéma des services collectifs sanitaires: Quel système de santé à l'horizon 2020?* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR-CREDES. Paris: La documentation française.
- Hualde, M. (2001). *L'intervention sociologique en entreprise*. Desclée de Brouwer.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC, : National Academy Press.
- Joubert, P. et al. (2001) *De l'innovation au changement, les leçons tirées des projets québécois financés par le FASS*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), 1997. *Assessing Markets: Model and Practice*, pp. 383-508.
- Kearney, R. (1991). *Poetics of imagining: from Husserl to Lyotard (Problems of modern European thought)*. London: Harper Collins Academic.
- Lamarche, P et al. (2003) *Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Ottawa: Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.

- Lambert, D.C. (2000). *Les systèmes de santé*. Paris:Seuil.
- Lascoumes, Pierre. (1996). Rendre gouvernable: de la «traduction» au «transcodage». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. In *La gouvernabilité* (p. 325-338). Paris:P.U.F.
- Lewis, S. (2002). *De la connaissance à la pratique*. Le Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé (FASS). Ottawa: Santé Canada.
- Lochak, D. (2002). *Les droits de l'homme*. Paris:La découverte.
- Marmor, T., Okma, K., & Latham, S. (2002) *National values, institutions and health policies: What do they imply for medicare reform?* Ottawa: Commission on the Future of Healthcare in Canada.
- Mazankowski, D. (2001) *A framework for reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Alberta.
- Mintzberg, H., & Wisley, F. (1992). Cycles of Organization Change. *Strategic Management Journal*, 13.
- Minvielle, E. (2000). Réconcilier standardisation et singularité: les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7 (1), 8-22.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The Political Context of Social Inequalities and Health. *International Journal of Health Services*, 31 (1), 1-21.
- O.C.D.E. (2001). *Être à la hauteur: mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'O.C.D.E.* Ottawa, 5-7 novembre.
- O.C.D.E. (2000). *Éco-santé O.C.D.E 2000, un logiciel pour l'analyse comparative de 29 systèmes de santé*. Paris: CREDES - O.C.D.E.
- Parson, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*. New York, NY:Free Press.
- Piotte J.M. (2003). *À droite toute! Le programme de l'ADQ expliqué*. Montréal:HMH.
- Ramonet, I. (2000). «Pokémon». *Le monde diplomatique*, août, p.1.
- Rocher, G. (1972). *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. P.U.F., Paris.
- Rocher, G. (2003). Le discours de la vertu. *Le Devoir*, 27 février 2003:A7.
- Romanow R. (2002). *Guidé par nos valeurs:L'avenir des soins de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport Final. Saskatoon, Canada.
- Rose, G. (1985) Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 75 (1), 32-38.
- Saltman, R.B., & Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of Stewardship in Health Policy. *Bulletin of the World Health Organizations*, 78 (6), 732-739.
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S., & Berthelot, J.M. (2002). Besoins non satisfaits de soins de santé: évolution. Statistique Canada. *Rapport sur la santé*, 13 (3), 17-21.
- Shapiro, I, Shapiro, M., & Wilcox, D. (1998). Measuring the Value of Cataract Surgery. In E. Berndt, D. Cutler (Éds), *Medical Care, Output, and Productivity*. NBER/ CRIW Conference.
- Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Béland F, Denis JL, Bilodeau H, Bremond M, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Leggat S, Barker R, Members of the HEALNet Health Care Management Group (1998). A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance. *Health Services Management Research*, 11 (1), 24-48.
- Sullivan, T., & Baranek P.M. (2002). *First do no harm. Making Sense of Canadian Health Reform*. Toronto:Malcolm Lester and Associates.
- Vérificateur général du Canada (1999). *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé (Chapitre 29)*. Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes. Canada:Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, novembre.
- Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé*. Montréal: Boréal.

Abstract

Modern democracies must change the current course of their health care systems which are increasingly out of touch with citizen needs. This is essential if they are to remain true to the values of the citizens they represent, thus preserving the very foundation of their legitimacy.

The health care system is not like any other institution, nor is it an industry that governments can afford to ignore. Consequently, the matter of its reform is a collective responsibility.

The first part of the article analyzes this question.

Furthermore, it can be noted that every attempt to reform health care over the past three decades has come up against powerful resistance. In the second section, the origin and nature of that inertia are explored.

In the third section, the alternatives and their consequences are explored. Either the government chooses the status quo and allows the health care system to drift on the same trajectory, taking the risk of losing its legitimacy, or a difficult process of reform is implemented to realign the health care system with the populations' expectations.

The article concludes by showing that the reform of a system as complex as the health care system, needs to be based on the implementation of a « paradoxal strategy of change ». Clearly, this means that an iterative process must take place in which changes occur recursively in the mind and practices of actors and in the organizational modalities of the system. Demands coming from clinical innovations should find an answer at the organizational level as long as they are aligned with society's values.

Biographie

André-Pierre Contandriopoulos, détenteur d'un doctorat en économie de l'Université de Montréal, est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal (DASUM) et chercheur au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Il est également chercheur associé au Centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique, Paris, et membre de la Société Royale du Canada. En novembre 2001, le Prix pour l'avancement de la recherche sur les services de santé lui fut décerné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).