

# Les risques associés à la déstabilisation des systèmes complexes

Commentaire

**Sholom Glouberman**

*Baycrest Centre for Geriatric Care*

## Introduction

Dans son article, le professeur Contandriopoulos présente une description détaillée des réseaux et des organismes de soins de santé ainsi que celle de leurs participants. J'appellerai cet ensemble le secteur de la santé. Il soutient que le changement ou l'inertie dans le secteur de la santé dépend de l'interaction entre deux phénomènes: 1) l'intégration de valeurs fondamentales au sein de ses structures organisationnelles; et 2) la façon dont les acteurs du secteur intériorisent ces valeurs et agissent d'après celles-ci. Il reconnaît que ces structures et cette dynamique du secteur de la santé sont interdépendantes et interagissent entre elles ainsi qu'avec les valeurs de la société.

## Résumé de la position du professeur Contandriopoulos

Selon Contandriopoulos, le secteur de la santé comprend trois domaines: un système de représentation de ses valeurs, un système de gouverne pour la répartition et la gestion des ressources ainsi qu'un système clinique pour la prestation des soins. Au niveau macroscopique, les valeurs du secteur de la santé peuvent varier selon les orientations et les valeurs dominantes de la société et selon la gamme d'opinions aidant à se forger une conception de la santé et de ses déterminants. Une fois enchâssées dans les structures organisationnelles, ces valeurs

sont intériorisées par les cliniciens, les gestionnaires, les fournisseurs commerciaux et les politiciens et guident leurs actions. Au niveau mésoscopique, le système de la gouverne est constitué des systèmes de gestion, d'information et de finance. Le domaine clinique, quant à lui, se situe au niveau microscopique. Il porte sur la dispensation des services destinés à répondre aux besoins des patients et ce, de manière intégrée et fondée sur les meilleures connaissances disponibles par les professionnels pertinents.

Contandriopoulos soutient que les pressions exercées sur le secteur de la santé par le développement rapide de nouvelles connaissances, par les innovations technologiques dans le domaine clinique et celui de la gestion, par le vieillissement de la population et par la mondialisation, ont engendré un désalignement des différentes composantes du secteur de la santé. À partir du moment où les acteurs de ce secteur n'ont pu plus agir en fonction de leurs valeurs, le système de santé a commencé à se «déstructurer». La crise qui en résulte est grave; elle ne peut, selon Contandriopoulos, être surmontée que par une réforme radicale.

Il conclut que la dynamique du système de santé qui résulte de l'interaction entre les structures organisationnelles et le système de valeurs a tendance à résister au changement. Pour surmonter la force d'inertie du système, il propose d'adopter une «stratégie de changement paradoxale». Une telle stratégie reconnaît que le processus de changement résulte à la fois de la planification rationnelle et de l'émergence,

qu'il est fondé simultanément sur une vision idéale de l'avenir et sur la réponse à des besoins concrets et qu'il prend des formes différentes. Il termine en présentant les principales caractéristiques de sa stratégie telles que la formation d'acteurs plus adaptés, la création de systèmes d'information plus sensibles, l'identification de nouveaux leaders et l'utilisation simultanée de plusieurs leviers pour provoquer une réforme radicale du système de soins.

## Réponse au professeur Contandriopoulos

Dans ma réponse, je vais montrer que Contandriopoulos a bien décrit le secteur des soins de santé en le définissant comme un système complexe et qu'il a reconnu que les interventions doivent tenir compte de cette complexité. Je commenterai ensuite ses idées au sujet de l'inertie et du changement au sein de tels systèmes.

Je vais tout d'abord faire la distinction entre les projets simples, compliqués et complexes (Glouberman, 2001). Les projets simples, comme suivre une recette, peuvent poser quelques problèmes de base de nature technique ou terminologique, mais une fois ces notions maîtrisées, les projets peuvent être exécutés avec de très bonnes chances de succès. Les projets compliqués sont constitués d'un ensemble de projets simples, mais ils ne peuvent se réduire uniquement à chacun d'eux. La nature compliquée d'un projet est souvent reliée non seulement à son envergure, comme envoyer une fusée sur la lune, mais également à des problèmes de coordination ou d'expertise. Les projets compliqués peuvent être généralisés malgré leur caractère non réductible. En ce qui concerne les projets complexes, ils peuvent englober des sous-projets simples et des sous-projets compliqués, mais ils ne peuvent être réduits à l'un ou l'autre de ces sous-projets, car ils possèdent, eux aussi, des exigences particulières dont une compréhension de leurs conditions locales uniques, leur interdépendance, en plus des caractéristiques de non-linéarité et un besoin d'adaptation aux changements

de l'environnement. Les interventions, dans de tels projets, doivent être paradoxales. Inévitablement, les systèmes complexes comportent une grande part d'ambiguïté et d'incertitude, tout comme, de bien des façons, l'éducation d'un enfant. Pourtant, malgré l'incertitude découlant de la complexité, les trois types de projets peuvent être abordés avec un certain optimisme: après tout, nous nous réjouissons à l'idée d'élever un enfant même si chaque enfant reste unique et que le projet paraît complexe.

Lorsque nous considérons cet ensemble de distinctions, il devient évident que Contandriopoulos a démontré la complexité du secteur de la santé. Ses descriptions détaillées des multiples valeurs, organisations et acteurs et, plus important encore, du grand nombre de points de vue et d'interactions entre eux illustrent sa compréhension de la complexité des systèmes de soins de santé. Si tel est le cas, il existe alors de bonnes raisons de partager son affirmation à l'effet qu'on ne peut intervenir dans de tels systèmes en considérant que ces systèmes sont tout simplement compliqués. Par exemple, les interventions à l'intérieur de systèmes complexes ne peuvent être effectuées sans que l'on tienne compte des circonstances locales, car dans de tels systèmes, il existe rarement, si tant est qu'il y en a, de solutions universelles. Les interventions réussies à un endroit ne peuvent être adoptées d'emblée dans un autre. De façon similaire, les changements structuraux entraînent souvent des conséquences incertaines sur la dynamique des systèmes complexes à cause des interactions non linéaires entre la structure et la dynamique. J'ai déjà indiqué ailleurs (Glouberman & Zimmerman, 2002) qu'une grande partie de la crise actuelle dans le secteur de la santé au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis est due à l'application inappropriée et répétée de solutions compliquées à grande échelle à des problèmes complexes, ce qui entraîne la déstabilisation de ces systèmes.

Dans ce qui suit, je vais tenter d'appliquer quelques-unes de ces idées à la notion d'inertie du secteur de la santé de Contandriopoulos. Il présente deux exemples afin d'illustrer l'inertie du secteur de la santé: 1) les difficultés rencontrées dans la création de réseaux de services intégrés comme le plan Kaiser malgré la supériorité

apparente de ceux-ci comparativement au *statu quo*, et 2) les difficultés entourant le changement du mode de rémunération des médecins pour passer d'un paiement à l'acte au salariat, bien que les experts s'entendent pour dire que le paiement à salaire produit des stimulants économiques plus appropriés que le paiement à l'acte.

## 1. Réseaux de services intégrés comme la Formule Kaiser

Dans ce premier exemple, Contandriopoulos souligne qu'il a été démontré que les réseaux de services intégrés se révèlent d'une efficacité supérieure dans l'offre de soins de santé. Il cite un article du journal BMJ (Feachem, Sekhiri *et al.*, 2002) dans lequel les auteurs comparent le plan Kaiser et le NHS britannique afin de donner un exemple de la supériorité de ce type de structure comparativement au NHS, moins intégré. Je vais argumenter (comme Contandriopoulos) que le succès de la Formule Kaiser tient de la création locale de structures intégrant les valeurs des acteurs concernés dans une structure institutionnelle. En d'autres mots, le plan Kaiser a été créé en fonction des besoins du milieu en tenant compte de l'histoire des relations des médecins entre eux et avec le système. Cela ne signifie pas que le plan Kaiser sera efficace dans d'autres contextes. L'intégration structurelle doit être différenciée de l'intégration de services, car la première ne peut jamais en elle-même garantir la seconde.

Les fusions d'hôpitaux en Ontario, la régionalisation dans le reste du Canada, l'organisation de soins intégrés de santé (plus connus sous l'abréviation HMO) aux États-Unis et les *Primary Care Trusts* au Royaume-Uni constituent des exemples d'interventions visant à intégrer les différentes composantes du système de santé. Les résultats obtenus ont été très mitigés. Dans certains cas, l'intégration structurelle forcée a même affaibli les réseaux et a détérioré la coordination des services, en déstabilisant les systèmes de coordination des services existants. Loin de faire ressortir l'inertie des systèmes complexes, cela montre plutôt combien ces systèmes apparaissent

sensibles aux interventions inappropriées. Ce sont de bons exemples d'interventions où l'on n'a pas su bien étudier les valeurs, les institutions et les acteurs locaux: appliquer des solutions compliquées à des problèmes complexes contribue ainsi à déstabiliser le système.

Comment se fait-il alors que le plan Kaiser a continué d'obtenir du succès et de faire face aux différentes pressions décrites par Contandriopoulos? Je crois que la réponse à cette question ne réside pas seulement dans la structure du plan Kaiser, mais aussi dans sa stabilité sous-jacente. Le plan n'a pas subi le type de restructuration radicale qui s'est opérée ailleurs et qui a déstabilisé les relations existantes entre les dispensateurs de services. Une première conclusion paradoxale pourrait bien être qu'une adaptation à un environnement en transformation nécessite une certaine stabilité au sein de l'organisation complexe devant y répondre. Il se pourrait fort bien qu'une bonne stabilité de base soit aussi importante qu'un changement fondamental. Il s'ensuit donc que la première étape de la réforme du système de soins au Canada serait de le stabiliser afin que les types de changements souhaités par Contandriopoulos puissent se réaliser.

## 2. Rémunération des médecins

Le deuxième exemple de Contandriopoulos ne démontre pas non plus que les systèmes de soins de santé font preuve d'inertie, mais plutôt que la mise en place d'interventions destinées à apporter des stimulants purement économiques pourrait ne pas convenir à des systèmes complexes. Le changement du mode de rémunération des médecins s'appuie sur l'hypothèse que ceux-ci cherchent toujours à maximiser leur revenu, c'est-à-dire qu'ils se comportent toujours comme des agents économiques rationnels et intéressés. Les économistes empiriques ont commencé à mettre en doute la notion voulant que de tels stimulants économiques classiques fonctionnent universellement. Il demeure certain que, dans le cas des médecins, des preuves substantielles démontrent qu'ils n'opèrent pas. Une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 1990) laissait croire que, dans la plupart des pays de l'OCDE, le revenu des médecins

se trouvait dans une plage étroite allant de trois à cinq fois le revenu national moyen, peu importe le mode de rémunération. Cela correspond à la conclusion répandue que les médecins travaillent jusqu'à atteindre un revenu cible et qu'ils s'attendent à avoir le train de vie de la classe moyenne supérieure. Lorsque le changement de leur mode de rémunération menace la sécurité de leur mode de vie, ils réagissent féroce­ment ou trouvent d'autres sources de revenu. Toutefois, lorsque leur situation de travail reste stable et assurée, d'autres valeurs prédominent. Contandriopoulos reconnaît, lui-même, les valeurs profondes auxquelles répondent les médecins, comme le puissant désir d'agir au mieux pour leurs patients, de maintenir leurs connaissances et leurs habiletés à un haut niveau de compétence, d'utiliser l'équipement et les procédures les plus à jour, etc. Ces valeurs l'emportent souvent sur le revenu, une fois les niveaux visés atteints.

Il importe de mentionner que les médecins du plan Kaiser reçoivent un revenu relativement stable leur assurant le train de vie qu'ils désirent, alors que les médecins du NHS, qui se font verser également un salaire, gagnent beaucoup moins et doivent souvent compléter leur revenu du NHS par une pratique privée. La façon dont les médecins sont rémunérés pourrait ne pas être aussi importante que le montant et la stabilité du revenu.

En général, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, la stabilité ainsi que le niveau de revenu des médecins ont été menacés (cela comprend des attaques à la structure des honoraires

à l'acte décrite par Contandriopoulos). Tout cela a contribué à l'augmentation de l'insécurité chez les médecins qui tentent de maintenir leur revenu au palier désiré. Par exemple, l'augmentation de la dette de la plupart des jeunes médecins au Canada retarde leur potentiel de profit et prolonge ainsi leur période d'apprentissage. Ce n'est guère stimulant pour eux d'être rémunérés selon un salaire fixe qui pourrait différer l'atteinte de leur revenu cible encore plus longtemps. Ces tentatives d'encadrement économique ont également contribué à l'augmentation de l'instabilité du système.

## Conclusion

Le professeur Contandriopoulos a montré combien le secteur de la santé est un ensemble de systèmes complexes. Toutefois, il n'a pas démontré que ces systèmes présentent des signes d'inertie. Je dirais au contraire que les multiples interventions au Canada, aux États-Unis ainsi qu'en Angleterre, au cours de la dernière décennie, ont prouvé la grande sensibilité de ces systèmes au changement. L'intégration forcée des institutions et la limitation du revenu des médecins constituent de bons exemples de ces types de changements. Je conclurai en affirmant que de telles interventions, bien qu'elles puissent être appropriées pour des systèmes compliqués, ne contribuent qu'à déstabiliser les systèmes complexes et à affaiblir la confiance du public dans les services de soins de santé. □

## Références

- Feachem, R. G. A., & Sekhri, N. K., *et al.* (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324, 135-141.
- Glouberman, S. (2001). A New Perspective on Health Policy for Social Democrats. In Z.D. Berlin, and H. Aster (Eds), *What's Left? The New Democratic Party in Renewal* (p. 155-166). Oakville, Canada: Mosaic Press.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Organisation de coopération et de développement économique (1990). *Health Care Systems in Transition*. Paris: OCDE.

## Biographie

**Sholom Glouberman** est philosophe en résidence au Centre Baycrest de soins gériatriques, chercheur à l'Unité de recherche appliquée Kunin-Lunenfeld, professeur adjoint à l'Université McGill et à l'Université de Toronto et boursier de la Fondation CHANGE. Il détient un baccalauréat de l'Université McGill et un doctorat en philosophie de l'Université Cornell. Pendant les 25 dernières années, il a appliqué une démarche philosophique et des techniques d'analyse conceptuelle au développement organisationnel. Au cours des dernières années, il s'est intéressé de plus en plus au secteur particulièrement difficile à cerner des soins de santé, qu'il considère comme un domaine d'étude des plus stimulant et aux frontières mal délimitées. Son adresse de courrier électronique est [sholom@glouberman.com](mailto:sholom@glouberman.com) et son site web est [www.healthandeverything.org](http://www.healthandeverything.org).