

Inertie et changement

André-Pierre Contandriopoulos

Université de Montréal

Réponse aux
commentaires

« Il arrive un moment dans la vie où vous décidez de faire une promenade. Et vous vous promenez dans votre paysage. »

Cette phrase de W. de Kooning¹ m'a accompagné, presque guidé, tout au long du travail sur le texte qui est devenu « Inertie et changement »². J'ai tenté, dans cet article, de rassembler et d'organiser les idées et concepts qui ont pris forme, au cours du temps, et qui me semblent utiles à l'analyse et à la compréhension du système de santé pour ensuite pouvoir agir sur celui-ci. J'ai surtout insisté sur les notions que je n'avais jamais présentées par écrit et sur l'articulation des idées les unes avec les autres.

Il s'agit, par conséquent, d'une part, d'un texte probablement mal équilibré—plusieurs sections auraient dû être approfondies et d'autres, réduites—et, d'autre part, d'un texte inachevé, en devenir. Cet article doit être lu comme le récit d'une promenade excitante mais loin d'être terminée. Le débat, qu'a eu l'idée d'organiser François Béland, me procure une merveilleuse occasion de poursuivre les réflexions amorcées dans « *Inertie et changement* ». Je le remercie chaleureusement d'avoir pris cette initiative et d'avoir accepté tous les délais que cela allait forcément entraîner.

C'est plus que des remerciements que j'aimerais adresser aux trois collègues qui ont accepté de commenter mon article, c'est plutôt de la gratitude. En prenant connaissance de leurs réactions, j'ai constaté combien il est agréable et riche de pouvoir débattre de questions qui nous tiennent à cœur avec des personnes compétentes et intéressées. J'espère que la discussion que nous amorçons sur le système de santé et son avenir pourra concrètement contribuer

à orienter la mise en œuvre des réformes actuellement entreprises au Québec, comme dans la plupart des pays développés.

Ma réponse comprend quatre sections. Dans la première, j'indique quels sont, parmi les commentaires de mes trois collègues, ceux que je retiens. Dans la deuxième, j'aborde la question du rationnement posée par Yvon Brunelle. Dans la section trois, je reviens sur la question de la santé et de ses relations avec l'État qui préoccupe Nicole Bernier et, dans la section quatre, je poursuis la discussion de la mise en œuvre du changement dans les systèmes complexes qui retient l'attention de Sholom Glouberman.

1. Trois commentaires : trois points de vue différents sur le système de santé.

Yvon Brunelle, brillant analyste du système de santé du Québec et des pays développés, depuis plus de vingt ans, remarque que « *la réalité du rationnement est escamotée* ». Ce constat, qui fait l'objet explicite de son deuxième commentaire, est présent tout au long de son texte.

Nicole Bernier, d'entrée de jeu, indique que sa lecture doit beaucoup à sa formation en science politique. Parmi les questions qu'elle aborde, je retiendrai la question « *Pourquoi l'accès au système de santé a-t-il préséance sur l'accès à toute autre ressource collective favorisant le développement de la personne ?* » Cette question me permettra d'approfondir la question de ce qu'est la santé et des relations qui existent entre la santé et l'État.

Sholom Glouberman, philosophe et consultant, analyse le texte à partir d'un point de vue systémique. Il s'intéresse tout particulièrement à la nature paradoxale du changement des systèmes complexes. Pour lui, les difficultés qu'a éprouvées le Québec à transformer les soins de première ligne ou à abandonner le paiement à l'acte des médecins ne reflètent pas l'inertie du système de soins mais plutôt l'inefficacité d'appliquer des solutions compliquées à des problèmes complexes. Ses commentaires généraux semblent interpeller la réforme que pilote aujourd'hui, au Québec, le ministre de la santé, Philippe Couillard.

II. La question du rationnement

La nécessité de contrôler les coûts du système de soins et l'importance d'améliorer son efficacité sont explicitement discutées dans mon texte. Mais comme Yvon Brunelle le souligne, je n'ai pas utilisé le terme de rationnement et c'est de façon délibérée. D'abord, parce que ce concept a une forte connotation négative ; il renvoie aux périodes de disettes et « évoque aujourd'hui encore la privation » (Rey, 1998:3098). Il ne me semble pas approprié à la situation des pays développés qui investissent, dans leur système de soins, des sommes considérables et en croissance (au Canada, plus de 10% du PIB, en 2002). Et ensuite, de façon plus fondamentale, parce qu'il s'agit d'un concept insuffisamment défini qui n'a pas la même signification pour les différents groupes d'acteurs. Avant de l'utiliser, comme le suggère Yvon Brunelle, encore faut-il tenter d'en préciser le sens, de façon à apprécier ce qu'il ajoute à l'idée qu'il faut effectuer des choix et rechercher l'efficacité.

Tout le monde s'accorde pour reconnaître que le système de soins, comme tout système social, fonctionne sous contrainte, ses ressources étant limitées, il ne peut alors s'étendre à l'infini. Pour comprendre pourquoi tel ou tel groupe d'acteurs perçoit certaines contraintes comme inacceptables et les ressentent comme du rationnement, il faut tenter d'identifier les fondements naturels ou légitimes des contraintes pour les différents groupes d'acteurs en fonction de l'une ou l'autre des quatre logiques de régulation

présentées dans le texte, à savoir les logiques professionnelle, technocratique, économique et démocratique. On peut admettre, de façon tout à fait générale, que l'impression de rationnement apparaît quand un besoin considéré légitime n'est pas comblé. Dans la mesure où il n'existe pas, dans le domaine de la santé, une seule façon de concevoir, de définir et de hiérarchiser les besoins³, l'impression de rationnement apparaît, pour un groupe d'acteurs, quand un autre groupe d'acteurs lui impose des contraintes justifiées par une logique différente de la sienne.

Dans le cadre de *la logique professionnelle*, le champ d'intervention de la médecine dépend des maladies et de la capacité de la science médicale à les prévenir, les diagnostiquer, les traiter ou encore pallier les conséquences des problèmes de santé. Le champ de la médecine n'est donc pas infini, il est délimité par la vie elle-même (la naissance et la mort), la maladie, les connaissances et les techniques médicales.

Pour les professionnels, toute intervention qui restreint leur capacité à exercer leur art—appliquer, de façon optimale, les connaissances générales de la science médicale aux problèmes particuliers de chaque patient—est injustifiée puisqu'elle réduit l'accès à des soins potentiellement bénéfiques.

Si on adopte un point de vue *technocratique*, on ne peut ni accepter le postulat que le champ de la médecine est naturellement limité par des phénomènes biologiques et par les connaissances médicales, ni qu'il est socialement optimal d'investir dans le système de soins, jusqu'à l'épuisement de tous les besoins. Les études sur l'utilisation des services de santé montrent que les médecins, dans leur ensemble, peuvent élargir presque à l'infini leur domaine d'intervention. La variabilité des pratiques entre les régions, la diversité des formes de prise en charge, le développement continu des techniques et l'autonomie de décision dont jouit le médecin, lors de ses rencontres avec ses patients, montrent à l'évidence que le champ d'intervention de la médecine n'est pas clos. Pour les technocrates, l'incertitude inhérente à la clinique et l'étendue du domaine des connaissances médicales font en sorte que les médecins

ne peuvent pas, pour chacun de leurs patients, choisir rationnellement la meilleure forme de prise en charge possible.

Pour être certain que toutes les ressources du système de soins sont utilisées de façon optimale, il faut soumettre l'activité médicale à un contrôle extérieur, fondé sur l'évaluation systématique des pratiques. De plus, comme le système de soins ne constitue pas le seul facteur qui procure du bien-être à la population et que les ressources de la collectivité restent limitées, il faut optimiser les interventions médicales à l'intérieur de l'enveloppe de ressources que la société peut affecter au système de soins, compte tenu de sa richesse, des autres investissements ayant un impact sur la santé et de ses autres responsabilités.

Selon cette logique, deux types de contraintes s'exercent sur le système de soins. La première est macroéconomique; elle porte sur la taille du système de soins. La deuxième est microéconomique; elle porte sur le choix des interventions les plus efficaces. Dans les deux cas, la rationalité explicite de l'approche technocratique impose des limites aux décisions des professionnels qui sont perçues, par ces derniers, comme des entraves inacceptables à leur liberté professionnelle.

Selon une *logique économique* pure, l'allocation des ressources dans le système de soins devrait résulter du libre fonctionnement des lois du marché. Les choix des agents économiques devraient résulter de leurs préférences compte tenu des prix des différents biens, de leur revenu, du temps dont ils disposent et des contraintes de production. Chaque agent économique, en cherchant à maximiser son bien-être sous ces contraintes, contribue, par le jeu de la concurrence, à établir l'allocation des ressources qui, à un moment précis, dans une société donnée, lui est optimale.

Selon cette logique, la quantité des ressources affectée au système de soins reflète l'importance accordée par chaque agent aux services de santé relativement aux autres biens. La taille du système de soins devrait alors dépendre uniquement de l'utilité que les consommateurs retirent des services de santé et de l'allocation initiale des ressources entre les agents économiques. Les effets du développement technologique et

du vieillissement de la population sur les coûts du système de soins résultent de l'utilité accrue ressentie par les consommateurs pour les nouveaux services de santé fournis. Toute restriction au pouvoir des agents économiques d'utiliser librement leurs ressources pour se procurer les biens leur permettant de maximiser leur bien-être constitue un rationnement inacceptable. L'État devrait donc se contenter d'intervenir en subventionnant les services dont les externalités sont manifestes (dépistage, vaccination...) et de s'assurer que les services de santé soient échangés sur des marchés de concurrence.

Si on adopte une *logique démocratique*, la taille du système de soins devrait découler des choix informés des citoyens. La légitimité de ces choix repose sur la qualité et la profondeur des débats ainsi que sur la procédure par laquelle les citoyens peuvent exprimer leurs préférences (vote, débats parlementaires...). En fait, il est rare que les débats portent sur la taille du système de soins. Ils portent généralement sur des questions comme le droit à l'accès de tous à des services de qualité ou encore sur la nécessité ou non de réduire les dépenses publiques en santé, les services couverts, les domaines de pratique exclusive des différents professionnels et le degré de décentralisation des décisions.

En résumé, cette brève analyse des fondements des limites légitimes du système de soins montre que la perception qui existe d'un rationnement inacceptable résulte d'un changement dans la place et le rôle des différentes logiques de régulation et, en particulier, de la subordination de la logique professionnelle à la logique technocratique et à la logique marchande. Vue sous cet angle, la question du rationnement renvoie à celle de savoir comment devraient s'articuler les quatre logiques de régulation et sur quels types de décision l'une ou l'autre de celles-ci devrait avoir préséance sur les autres.

3. La santé et l'État

Les commentaires de Nicole Bernier portent essentiellement sur les relations existant entre la santé et l'État. «*Le texte [Inertie et changement] semble accorder une importance démesurée à la santé*

dans l'ensemble des politiques publiques. »... « Ce qui ne ressort pas assez clairement [...] c'est la position de la concurrence, et peut-être même de subordination [de la santé] vis-à-vis d'un autre objectif central poursuivi par l'État: le développement économique ou en termes plus marxistants, l'accumulation du capital. »

Cette observation devient particulièrement intéressante à un moment où, au Québec, le gouvernement Charest se propose simultanément de « moderniser l'État » pour faciliter le développement économique et de réformer le système de soins pour donner suite à sa promesse d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité. Les difficultés et oppositions auxquelles il se heurte témoignent de la nécessité d'une réflexion approfondie sur les relations entre l'État et la santé.

Si mon texte, centré sur le système de santé, donne l'impression que j'accorde « une importance démesurée à la santé dans l'ensemble des politiques publiques », c'est peut-être que je n'ai pas, d'une part, discuté assez explicitement sur ce que j'entends par « santé » et que, d'autre part, je n'ai pas suffisamment démontré que l'inertie du système de soins reste problématique parce qu'elle fait en sorte que le système évolue sur une trajectoire largement imperméable à la capacité de régulation de l'État. Cette situation atteint un tel degré qu'elle met en péril le maintien d'une régulation démocratique efficace et légitime dans l'ensemble de la société.

La santé : concept complexe

Dans mon texte, j'indique que la santé se trouve au cœur des responsabilités de l'État moderne, que ce concept ne peut se concevoir comme un continuum se déroulant sans ruptures de l'état le plus complet de bien-être jusqu'à la mort en passant par la maladie, les pertes de capacités fonctionnelles et les handicaps. Pour répondre aux commentaires de Nicole Bernier, il faut essayer de préciser ce que recouvre le concept de santé.

On peut, pour cela, partir de l'idée que la santé est un concept multidimensionnel qui reflète les différentes dimensions des êtres humains individuels et de la masse des individus constituant une population. La santé s'exprime et prend une

forme particulière dans chacune des quatre grandes dimensions de tout être humain. À l'être biologique, vivant, dynamique correspond la santé-absence de maladie; à l'être social, situé dans le temps et l'espace, interagissant avec d'autres, dépendant de son environnement et agissant sur lui correspond la santé en tant qu'adaptation de la vie à ses divers environnements; à l'être spirituel, d'émotions, de sensations, de désirs, d'intentions correspond la santé psychique, la quête du bonheur; et enfin, à l'être de connaissance et de réflexions correspond la dimension symbolique de la santé. Ces quatre dimensions du concept de santé ne sont pas indépendantes les unes des autres et ne peuvent être réductibles à l'une d'entre elles. Elles revêtent des formes particulières selon que l'on considère la santé des individus ou la santé des populations et il n'existe pas de commun dénominateur entre elles. De plus, les facteurs qui affectent chacune de ces dimensions ne sont pas identiques; il est possible qu'un même facteur puisse produire des effets opposés sur différentes dimensions du concept de santé. La médecine agit essentiellement sur la dimension biologique de la santé, le système de soins qui est son domaine d'expression ne peut pas être tenu responsable des autres dimensions de la santé. Pour agir sur la santé en tant qu'adaptation de la vie des populations à ses environnements, il faut pouvoir intervenir sur l'environnement social, physique, voire symbolique de la société, ce que la médecine n'est pas habilitée à faire. La prise en considération de la santé, dans toute sa complexité, oblige à reconnaître que c'est à la société toute entière à assumer sa responsabilité à l'égard de la santé de la population.

Quand Foucault affirme que le biopouvoir caractérise l'État moderne et que sa légitimité repose sur sa capacité à protéger le vivant, il ne parle pas uniquement de la responsabilité de l'État à l'égard du système de soins mais, de façon beaucoup plus large, de la responsabilité de l'État à l'égard de tout ce qui permet à la masse des êtres humains, à la population, de vivre mieux et plus longtemps. « *Ce qui est revendiqué et sert d'objectif, c'est la vie, entendue comme besoins fondamentaux, essence concrète de l'homme, accomplissement de ses virtualités, plénitude du possible.* » (Foucault, 1976:191) « *Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux*

pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie... L'ajustement de l'accumulation des hommes sur celle du capital, l'articulation de la croissance des groupes humains sur l'expansion des forces productives et la répartition différentielle du profit ont été, pour une part, rendus possibles par l'exercice du biopouvoir sous ses formes et avec ses procédés multiples. L'investissement du corps vivant, sa valorisation et la gestion distributive de ses forces ont été à ce moment-là indispensables.» (Foucault, 1976:183-186)

Tout au long du XIX^e siècle et jusqu'au milieu du XX^e siècle, dans les pays occidentaux, le biopouvoir s'est manifesté par la mise en place par l'État, d'institutions dont l'objet était la discipline des corps (écoles, collèges, armée, médecine) et la régulation de la population (démographie, administration des collectivités, assainissement des villes, santé publique, caisses d'assurance-maladie, assurance-vieillesse, etc.). Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, un phénomène nouveau et paradoxal apparaît: l'autonomisation de l'évolution du système de soins par rapport à la régulation de l'État.

Les difficultés de la régulation démocratique du système de soins

Dans mon texte, j'ai essayé de montrer, d'une part, que le système de soins évolue sur une trajectoire qui lui est propre avec une inertie qui résulte de l'interaction de deux processus—l'institutionnalisation des valeurs et l'internalisation par les acteurs des normes du système—et, d'autre part, qu'un écart se creuse entre les attentes légitimes de la population—avoir accès de façon libre et équitable à des services de qualité—et les services offerts par le système de soins. Cet écart grandissant place les sociétés devant une alternative difficile. Soit, l'État ne fait rien—le *statu quo*⁴—il laisse le système de soins poursuivre sa trajectoire en prenant le risque de voir sa légitimité remise en question; soit, il tente de mettre en œuvre des réformes importantes en prenant le risque d'aller à l'encontre des intérêts des groupes d'acteurs qui bénéficient du *statu quo* et qui détiennent le pouvoir politique de défaire les gouvernements qui remettent en cause les bases de leur pouvoir. Dans les deux cas, le résultat reste le même: l'inertie du système de soins exerce sur la société entière

des forces qui mettent en péril la capacité de l'État d'exercer une régulation démocratique de la société.

Ce que je n'ai pas explicitement discuté, ce sont les conditions particulières qui font en sorte que les systèmes de soins des différents pays évoluent sur des trajectoires dont la forme dépend beaucoup plus de facteurs, comme l'évolution des techniques et des connaissances ainsi que la transformation des problèmes de santé causés par le vieillissement, que des modalités de régulation mises en place par telle ou telle société.

Les régimes publics d'assurance-maladie ont été instaurés à un moment—le milieu du XX^e siècle—dans des sociétés où il existait un très large consensus sur l'idée de progrès. *«Dans le contexte de croissance de l'après-guerre [...], il était évident que progrès économique, technique et individuel allaient de pair. La «croissance économique», l'«augmentation de la productivité», les «innovations techniques» n'étaient pas uniquement des objectifs économiques [...], elles contribuaient aussi de façon perceptible partout, à la reconstruction de la société, à l'augmentation des opportunités de consommation individuelle, à une «démocratisation» d'un modèle d'existence alors exclusif. Dans le contexte d'une société marquée par les destructions de la guerre, cette imbrication des intérêts individuels, sociaux et économiques dans la réalisation du «progrès» entendu comme progrès économique et scientifico-technique, fut un succès.» (Beck, 2001:431).*

En institutionnalisant le progrès de la médecine moderne, les régimes publics d'assurance-maladie participaient à la construction de sociétés meilleures et renforçaient la légitimité de l'État dans les sociétés sociales-démocrates-libérales des pays développés. Mais, très rapidement, après leur mise en place, durant les années 70, la dynamique d'évolution des systèmes de soins, alimentée par l'évolution des connaissances et des techniques, s'autonomise par rapport à la régulation démocratique de l'État.

Pour Beck (2001), le domaine de la médecine paraît exemplaire par sa capacité à modifier de façon majeure la société et les relations entre les agents sociaux, sans pour autant mobiliser pour cela les dispositifs démocratiques traditionnels. *«Selon la définition qu'elle donne d'elle-même, la médecine est au service de la santé; dans les faits,*

elle a créé des situations entièrement nouvelles et a changé le rapport que l'homme entretient avec lui-même, avec la maladie, la souffrance et la mort, elle a même changé le monde.» (Beck, 2001:436). Au cours du XX^e siècle, la médecine a permis de venir à bout des maladies infectieuses; elle a mobilisé et développé de nouvelles technologies pour diagnostiquer avec plus de finesse et de précision tous les dérèglements physiologiques et, particulièrement, ceux des personnes vieillissantes. «*Il en résulte une augmentation dramatique des maladies "chroniques", c'est-à-dire des maladies qui sont diagnostiquées en raison des capacités médico-techniques accrues, sans que l'on dispose, ni même envisage, des thérapies efficaces pour les traiter.*» (Beck, 2001:437).

Les capacités d'intervention de la médecine demeuraient, jusqu'à tout récemment, limitées par la naissance et la mort. Aujourd'hui, cette frontière n'existe plus (fécondation in vitro, conservation de cellules souches, transformations génétiques, etc...) et les questions éthiques que cela entraîne n'apparaissent qu'après coup. «*Comment est-il possible que ces transformations se produisent et que l'opinion publique ne s'en prenne qu'a posteriori à l'optimisme professionnel d'une petite corporation de spécialistes [...] fixés sur leurs seuls problèmes scientifiques?*» (Beck, 2001:442).

Les «progrès» de la médecine étendent à l'infini le pouvoir de l'homme sur la vie. «*La science métamorphose le vivant, le pulvérise [...]. La possibilité d'un exercice de la biopolitique affranchi de toute contrainte, voilà ce qui explique la grande angoisse qui se manifeste aujourd'hui autour des problèmes de la procréation et de la filiation.*» (Ewald, 1985:43) et, plus généralement encore, autour de tous les risques pour la vie elle-même.

Contrairement aux décisions publiques qui, dans les démocraties avancées, sont analysées et débattues avant d'être adoptées, les décisions structurantes dans le système de soins sont prises par des professionnels et des chercheurs sans débat, a priori, sur leurs implications sociales, économiques ou humaines. «*Tandis que l'on supprime par la recherche et la pratique médicale les fondements de la famille, du mariage et du couple, le gouvernement et le parlement débattent de la diminution des coûts dans le système de santé, "question clé", qui n'a d'autre fonction que de faire diversion.*» (Beck, 2001:445).

Ce qui confère à la médecine cette capacité d'action résulte de la parfaite réussite de la professionnalisation de la médecine. Elle se manifeste par l'institutionnalisation du contrôle de la recherche et de la formation ainsi que de la liberté clinique (liberté d'application pratique des découvertes et des compétences). «*Seule la médecine dispose, dans l'espace de la clinique, d'un arrangement organisationnel dans lequel l'élaboration et l'application des résultats de la recherche peuvent être menées et perfectionnées directement sur le patient, selon des modalités, des critères et des catégories déterminés par la profession, sans aucune intrusion extérieure qui prendrait la forme de questions ou de contrôles.*» (Beck, 2001:447).

Ces caractéristiques expliquent en grande partie que le système de soins puisse se développer selon une trajectoire que les pouvoirs publics n'ont pas choisi, n'arrivent pas à modifier, et, dont ils doivent répondre et rendre des comptes. Le caractère paradoxal de cette situation est encore amplifié par le fait que les catégories et les concepts que les pouvoirs publics doivent utiliser pour rendre des comptes sur l'évolution du système de soins sont établis par la médecine elle-même en fonction de sa propre logique et non en fonction de la logique des pouvoirs publics.

Dans cette perspective, la question du rationnement prend une dimension nouvelle. À mesure que la médecine effectue des «progrès», à mesure que sa capacité à agir sur le vivant croît, autrement dit que son territoire d'intervention s'élargit, le maintien des contraintes externes—en particulier le niveau de financement du système de soins—apparaît inacceptable et inapproprié pour les professionnels et l'opinion publique. L'idée du rationnement exprime ce que les professionnels ressentent en fonction de leurs catégories et concepts et qui, en l'absence d'autres concepts et catégories qui permettraient de légitimer les points de vue des autres logiques, est reprise, soutenue et amplifiée par l'opinion publique.

Il est aussi très facile d'imaginer que la dimension biologique du concept de santé dont la science médicale constitue la pierre angulaire, ait tendance à absorber toutes les autres dimensions de concept et d'ouvrir à la logique professionnelle de nouveaux espaces de régulation. Au lieu de développer des connaissances sur ce qui, dans l'environnement,

favoriserait l'épanouissement de la vie, la recherche se concentre plutôt sur ce qui permet aux individus biologiques de pallier les conséquences de contextes stressants, pollués, dévalorisants, etc...(médicaments, génomiques, etc...).

Comment sortir du *statu quo*? Comment mettre en cause des stratégies qui autoriseraient à la logique démocratique à questionner la logique professionnelle de façon à ce que l'on puisse débattre démocratiquement des décisions médicales dont les conséquences sociales, humaines et économiques demeurent considérables. En d'autres termes, comment ré-articuler les relations entre la santé et l'État?

4. Stabilité et changement

Pour répondre adéquatement aux attentes de la population en permettant à toutes les personnes souffrantes d'avoir accès à une gamme appropriée de services, de façon continue dans le temps, il faudrait, selon Sholom Glouberman, commencer par créer, dans le système de soins, une stabilité de base suffisante pour que les différents acteurs du système puissent adhérer à un véritable projet de réforme.

Je suis d'accord avec cette proposition paradoxale qui exigerait cependant, pour devenir véritablement utile, que l'on précise les espaces de stabilité nécessaires pour favoriser la participation active des professionnels et autres acteurs du système de soins aux transformations indispensables pour sortir du *statu quo*.

Nous avons vu que l'espace de la clinique constitue le centre du pouvoir des professionnels. Pour que les professions puissent participer aux changements du système de soins, il est nécessaire, en suivant l'argumentation de Glouberman, que la stabilité de la clinique soit assurée dans un environnement qui fasse en sorte que les décisions qui y sont prises permettent aux personnes souffrantes et à la population en général d'être affectées le moins longtemps et le moins gravement possible par la maladie. Il faudrait que la stabilité de la clinique assure aux professionnels un espace d'autonomie et de responsabilité les autorisant à sortir de la logique décrite par Beck et que je

nomme "inertie", qui entraîne le système de soins dans une direction et sur une pente de moins en moins acceptable. «Un groupe professionnel qui réussit à combiner science, formation et pratique ne dispose plus seulement d'une «stratégie professionnelle» spécifique de garantie de ses offres sur le marché—notamment le monopole juridique ou une maîtrise exclusive des contenus et des diplômes de formation. Il dispose aussi d'une poule aux œufs d'or [...] qui pond inlassablement des possibilités de stratégies sur le marché. Cette assise de l'organisation de la profession [...] permet [...] de produire en permanence de nouvelles stratégies professionnelles dans le domaine de l'activité dont il a le monopole: il profite des risques et des situations de danger qu'il produit et étend continuellement son propre domaine d'action par des innovations technico-thérapeutiques» (Beck, 2001:450) qui produisent un impact profond sur la société.

Sortir du *statu quo* implique que l'on puisse voir se développer des stratégies permettant d'orienter les innovations technico-thérapeutiques dans une direction qui soit socialement souhaitable. Il est bien évident que des transformations dans la structure de l'offre de soins (comme les fusions d'établissements que propose le projet de loi 25, adopté en décembre 2003) restent très largement insuffisantes et probablement même, comme le souligne Glouberman, périlleuses parce qu'elles créent de l'incertitude et de l'insécurité.

L'enjeu est de nature différente et autrement plus important; il consiste à créer les conditions pour que puisse exister un véritable contrôle démocratique, fondé sur le débat et nourri par de l'expertise sur le développement des connaissances et des techniques dans le domaine de la santé. Pour cela, il faut reconnaître la complexité du système de soins et la complexité des relations qu'il entretient avec la société toute entière. Il faut aussi reconnaître, d'une part, que le politique n'a plus la capacité de créer des utopies enthousiasmantes. «La crise actuelle du politique serait celle de sa capacité d'action symbolique et matérielle, c'est-à-dire celle de la légitimité qui lui serait reconnue pour définir et orienter l'action collective et celle des moyens dont il pourrait disposer pour en assurer un certain degré de concrétisation.» (Lascoumes, 1996:325). Et, d'autre part, les forces porteuses de changements sociaux (la recherche, la technologie, l'économie), bien qu'elles soient très

largement hors du contrôle du politique, ne puissent plus ignorer qu'elles transforment les conditions de la vie sociale et donc, qu'elles font de la politique.

Selon Beck (2001), deux dispositifs permettraient de redonner à la démocratie son véritable sens «*la constitution de tribunaux forts et indépendants, et des média forts et indépendants*» (Beck, 2001 : 490).

Pour que ces deux dispositifs puissent créer un contre-pouvoir suffisant à réorienter la recherche, le développement technologique, voire l'économie, dans des directions socialement souhaitées, il est nécessaire que la liberté d'autocritique soit institutionnalisée. Il faudrait donc que des mécanismes analogues à ceux qui ont permis à des groupes de pression de mobiliser l'opinion publique pour modifier de façon radicale les politiques dans le domaine du plomb, de la fluoration de l'eau de consommation, de la sécurité routière, de la consommation de tabac (Isaac & Schroeder, 2003) soient généralisés non seulement à toutes

les interventions qui ont un impact sur la santé publique, mais aussi aux décisions du système de soins. Le maintien de la stabilité de la clinique et des libertés professionnelles est à ce prix. Ils reposent sur le développement d'une médecine critique et transparente qui apprend de ses erreurs (McIntyre & Poppo, 1983) et qui, étant consciente des forces qui guident son développement, retrouve sa véritable liberté.

Conclusion

En guise de conclusion, un souhait : j'espère que le débat qui est amorcé dans ce numéro de «RUPTURES» se poursuivra. Il me semble qu'il constitue un bon moyen pour permettre aux universitaires de participer aux discussions se rapportant au système de soins, à la santé et, plus globalement, au type de société dans laquelle nous voulons vivre. □

Notes

1—Cité par Philippe Sollers dans *La Guerre du goût*, Gallimard, Paris, 1994 (p. 147).

2—Une version préliminaire et abrégée de l'article «*Inertie et changement*», a été préparée à la suite d'une demande de Jean-Louis Denis sous le titre : «*Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable?*» *Gestion, revue internationale de gestion*, automne 2002 ; 27(3) : 142-150.

3—On peut élargir le cadre d'analyse de Donabedian (1973) sur les besoins non comblés en ne considérant pas seulement les écarts qui existent entre une situation donnée et les besoins définis selon des normes professionnelles et ceux qui découlent des normes profanes (par les personnes souffrantes, elles-mêmes), mais aussi les écarts par rapport aux besoins tels que conçus par les gestionnaires et planificateurs et

les besoins reconnus par la société. Yvon Brunelle a raison d'insister sur le fait qu'au moment de l'introduction de l'assurance-maladie, au début des années 1970, les Canadiens n'ont pas eu «*accès gratuitement à tous les services de santé qu'ils auraient pu désirer, pas plus qu'à tous ceux que les professionnels pouvaient juger utiles, mais seulement à ceux qui, pour la société, étaient prioritaires: les services hospitaliers et les services médicaux, appelés "services médicalement requis".*»

4—Le *statu quo* consiste à continuer à faire ce que l'on a toujours fait. Dans un contexte de progrès, le *statu quo* implique que l'on cherche en permanence à faire en plus grand, en plus rapide, en plus coûteux, en plus précis ce que l'on a l'habitude de faire.

Références

- Beck, M. (2001). *La société du risque*. Paris:ALTO Aubier.
- Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion, revue internationale de gestion*, 27(3), 142-150.
- Donabedian, A. (1973). *Medical Care Administration*. Harvard.
- Ewald, F. (1985). Le bio-pouvoir. *Magazine littéraire*, 218, 42-43.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité, la volonté de savoir*. Paris:NRF, Gallimard.
- Isaacs, S.-L., & Schroeder, S.-A. (2003). Quiet victories: What we can learn from success stories in health? *Responsive Community*, 13 (4), 60-71.
- Lascoumes, P. (1996). Rendre gouvernable: de la «traduction» au «transcodage». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique (pp. 35-338). *La gouvernabilité*. Paris:PUF.
- McIntyre, N., & Popper, K. (1983). The critical attitude in medicine: The need for a new ethics. *British Medical Journal*, 287, 1919-1923.
- Rey, A. (1998). *Le Robert dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Sollers, P. (1994). *La Guerre du goût*. Paris: Gallimard.