

# CAHIERS DU CRISES

**Collection Études théoriques**

**No ET0113**

**Système de santé, logiques de régulation,  
crises et réformes**

par Maude Bélanger  
sous la direction de Paul R. Bélanger

octobre 2001

**Note d'auteur :**

Maude Bélanger est diplômée en sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle a travaillé au Centre de recherche sur les innovations sociales dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats (CRISES) durant plus d'un an. Elle y occupait un poste d'assistante de recherche auprès de Paul R. Bélanger. Ses principales recherches ont porté sur la réforme du système de santé des années 1990, sur la transformation du réseau des CLSC dans le contexte du virage ambulatoire ainsi que sur les enjeux posés par l'émergence et la prolifération rapide des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) dans le champ des services à domicile. Elle est actuellement inscrite à la maîtrise en sociologie de l'Université du Québec à Montréal.

## Résumé

Ce rapport de recherche vise à faire connaître les travaux d'André-Pierre Contandriopoulos, qui portent sur le système de santé québécois et sur la réforme des années 1990, qui succéda le dépôt du rapport de la *Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux* (la Commission Rochon). Nous croyons que ces travaux se distinguent par la finesse des analyses qui s'y dégagent, tant sur le plan théorique qu'opérationnel. Ce rapport consiste en une brève synthèse du contenu des principaux textes de l'auteur, qui portent sur le système de santé québécois et sur la réforme des années 1990.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
<b>1. SYSTÈME DE SANTÉ ET SYSTÈME DOMINANT DE CROYANCES.....</b>	<b>2</b>
1.1. LES QUATRE PÔLES DU SYSTÈME DOMINANT DE CROYANCE.....	2
1.1.1. <i>Les valeurs</i> .....	2
1.1.2. <i>La compréhension des phénomènes</i> .....	3
1.1.3. <i>La définition et la répartition des champs de compétence entre les acteurs</i> .....	3
1.1.4. <i>Les formes de régulation</i> .....	3
1.2. LES QUATRE LOGIQUES DE RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	4
1.2.1. <i>La logique professionnelle</i> .....	5
1.2.2. <i>La logique technocratique</i> .....	5
1.2.3. <i>La logique économique</i> .....	6
1.2.4. <i>La logique démocratique (ou politique)</i> .....	6
<b>2. CRISES ET RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ.....</b>	<b>6</b>
2.1. CRISE DU FINANCEMENT.....	7
2.2. LA CRISE DE LA RÉGULATION.....	7
2.2.1. <i>Première phase: l'instauration et le développement des régimes publics d'assurance-maladie : le triomphe de la médecine</i> .....	8
2.2.2. <i>Seconde phase: la régulation des régimes publics d'assurance maladie : la médecine contestée</i> .....	9
2.2.3. <i>Troisième phase : transition vers une médecine renouvelée</i> .....	10
2.3. CRISE DES CONNAISSANCES .....	10
2.4. CRISE DES VALEURS.....	12
<b>3. PARADOXES, MYTHES ET UTOPIE .....</b>	<b>12</b>
3.1. LES PARADOXES DU MODÈLE DE SYSTÈME DE SANTÉ.....	13
3.2. LES MYTHES LES PLUS RÉPANDUS CONCERNANT LE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	15
3.3. BÂTIR UNE UTOPIE .....	17
3.3.1. <i>La décentralisation du système</i> .....	18
3.3.2. <i>Un professionnalisme renouvelé</i> .....	19
CONCLUSION .....	21
BIBLIOGRAPHIE.....	22

## **Introduction**

André-Pierre Contandriopoulos est actuellement professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Il possède un doctorat en économie et il est chercheur au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal. Il est par ailleurs collaborateur à l'Unité de santé internationale (USI). Ses principaux champs d'intérêts sont l'analyse des systèmes de santé, celle des coûts-avantages du système (économie de la santé), la pharmaco-économie, l'organisation des soins médicaux et celle du système de santé, la gestion et la régulation de la pratique professionnelle (notamment de la pratique médicale) et finalement, l'évaluation des interventions en santé.

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances, par sa participation à de nombreux colloques et par l'abondance de ses publications, il est souvent appelé à participer de façon critique aux débats sur la santé et sur le système de soins.

Ce rapport de recherche est une brève synthèse du contenu des principales analyses de Contandriopoulos sur le système de santé québécois et sur la réforme des années 1990.

Dans un premier temps, nous allons résumer son cadre d'analyse, constitué d'une définition des quatre pôles du système dominant de croyances qui régulent le système de santé et des quatre logiques de régulation qui se partagent le contrôle du système. En second lieu, nous allons présenter sa synthèse des quatre grandes crises qui ont légitimé la réforme. Enfin, nous allons aborder le point de vue critique du chercheur face à la situation du système de santé québécois *post-réforme*, de même que ses principales propositions quant au potentiel d'amélioration du système.

## 1. Système de santé et système dominant de croyances

Selon Contandriopoulos, un système social est stable lorsqu'il y a correspondance entre le système dominant de croyances et la structure sociale et matérielle de ce système.<sup>1</sup> Dans le système de santé par exemple, les modalités organisationnelles du système - «l'ensemble des processus, des lois, des règlements qui structurent la façon dont sont réparties les ressources ainsi que l'autorité ou le pouvoir» entre les acteurs du système qui interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétition - sont le reflet du système dominant de croyances qui caractérise cette société.<sup>2</sup> Le chercheur précise par ailleurs que la notion de système dominant de croyances ne signifie pas qu'il existe un système unique de croyances et de valeurs entièrement partagées par tous, mais simplement que les tensions et les négociations qui existent entre les différentes valeurs et les différentes croyances ont une certaine stabilité.<sup>3</sup> Ces tensions sont illustrées par le chercheur à partir des quatre pôles du système dominant de croyances qu'il a identifié : les valeurs, la compréhension des phénomènes, la répartition des champs de compétence entre les acteurs et les différentes formes de régulation.

### 1.1. Les quatre pôles du système dominant de croyance

#### 1.1.1. Les valeurs

Afin de faire la démonstration des tensions qui existent entre les valeurs du système dominant de croyances qui caractérisent un système de santé, Contandriopoulos prend pour exemple les trois valeurs qui sont présentement au cœur des systèmes de santé des sociétés démocratiques. Ces valeurs sont l'*équité*, «which refers to a collective concern for justice between individuals; an appreciation of what collectively is just to distribute equally between individuals or groups», l'*autonomie des choix individuels*, qui renferme pour sa part deux notions : «the first is autonomy of action, the possibility to act in a voluntary and intentional manner; the second is the capacity to act independently relying on one's own judgement and to have the necessary resources to reach a

---

<sup>1</sup> Contandriopoulos, «Transformer le système de santé», *Ruptures*, vol. 3, no. 1, 1996, p. 10. (L'auteur s'est inspiré de Pierre Bourdieu pour élaborer cette définition : *Raisons pratiques*, Paris, Seuil, 1994).

<sup>2</sup> Ibid. (Cette fois-ci l'auteur s'est inspiré de K.J. Benson, «The interorganizational Network as a political economy», *Administrative Science Quarterly*, 20, 1975).

<sup>3</sup> A-P. Contandriopoulos, A. Lauristin et E. Leibovich, *Values, norms and the reform of health care systems*, GRIS, Université de Montréal, 1996, p. 4.

desired result», et l'*efficience*, «the will to maximise a social entity (health, accessibility to care...) in the most economical way possible».<sup>4</sup>

### **1.1.2. La compréhension des phénomènes**

Selon le chercheur, la compréhension des phénomènes tels que la vie, la santé, la maladie, la mort, la douleur et surtout, leurs déterminants, influence la façon d'interpréter l'efficacité des soins de santé et le degré de santé de la population.<sup>5</sup> Cette compréhension évolue selon le temps et les enjeux sociaux. Nous verrons des exemples de transformation de la compréhension des phénomènes liés à la santé au point 2.2.

### **1.1.3. La définition et la répartition des champs de compétence entre les acteurs**

Ce troisième pôle concerne la perception des rôles et des fonctions des différents acteurs qui oeuvrent dans le domaine de la santé, ainsi que la répartition des ressources entre les secteurs :

On the one hand, this reflects the opinions prevalent in society regarding the responsibilities and positions that each professional must hold, on the resources that he must acquire and on the education that he must attain. On the other hand, it reflects the best allocation of public resources between health and health care and within health care between prevention and care, between hospital and ambulatory care, between public and private...<sup>6</sup>

### **1.1.4. Les formes de régulation**

Ce dernier pôle du système dominant de croyances correspond à la perception des acteurs quant aux modèles de régulation les plus aptes à gérer les systèmes publics de santé des sociétés. Chaque modèle, ou forme de régulation, est représenté par des valeurs et des intérêts qui diffèrent, et le modèle qui parvient à dominer les trois autres modèles reflète les priorités sociales et les valeurs qu'une société privilégie à une époque donnée. Ces différentes formes de régulation (technocratique, professionnelle, économique et démocratique) sont suffisamment importantes lorsqu'il s'agit de faire la synthèse des travaux de Contandriopoulos pour faire l'objet d'une section spécifique. Elles feront donc l'objet de la prochaine section.

Dans l'ensemble, les quatre pôles du système dominant de croyances permettent de constater qu'un consensus quant aux modalités organisationnelles du système de santé d'une société est le fruit d'un

---

<sup>4</sup> Ibid, p. 4-5.

<sup>5</sup> Ibid, p. 5.

<sup>6</sup> Ibid, p. 7.

processus de négociation et de discussion entre les diverses tensions qui caractérisent ce système (notamment entre les intérêts des différents groupes d'acteurs que le système favorise, comme nous le verrons ultérieurement). Ces modalités organisationnelles reflètent par conséquent le compromis auquel une société est arrivée au terme d'un rapport de forces; elles ne peuvent en aucun cas être perçues comme le résultat d'un consensus autour duquel chacun se rallie.

## 1.2. Les quatre logiques de régulation du système de santé

Les travaux de Contandriopoulos permettent d'identifier quatre grands groupes d'acteurs qui interagissent dans le système de santé : Les *professionnels*, qu'il est possible de diviser en deux groupes, soit les professionnels de la 1<sup>ère</sup> ligne de services - ceux que les patients viennent voir directement et qui ont une large autonomie professionnelle (la plupart des médecins, dentistes,...) - et les professionnels de la 2<sup>e</sup> ligne de services et les organisations professionnelles dont les services sont offerts à la suite d'une décision d'un professionnel de la 1<sup>ère</sup> ligne (pharmaciens, infirmières à l'hôpital, cliniques spécialisées...); les *gestionnaires*, qui planifient et contrôlent le système de santé (payeurs, gestionnaires, fonctionnaires de l'appareil gouvernemental...); le *monde marchand*, composé de ceux qui participent à la production et à la consommation des biens échangés sur les marchés de concurrence dans ce système de santé (les consommateurs, les clients, les assureurs, les compagnies pharmaceutiques...) et enfin, le *monde politique*, qui est formé par tous ceux qui participent aux activités politiques de l'État (les citoyens, les électeurs...).<sup>7</sup> De plus, pour donner suite aux aspects théoriques précédemment élaborés,

chaque groupe d'acteurs peut se caractériser par la vision qu'il a du système de soins, par la façon dont il conçoit la santé, la maladie et leurs déterminants, par les types et l'importance des ressources qu'il contrôle, par sa volonté d'améliorer sa position dans la société en augmentant son contrôle sur les ressources (financières, humaines, matérielles, symboliques) du système de soins et par le type de logique qui devrait servir à réguler les échanges et les interactions dans ce système. Nous entendons par-là, la perception des acteurs sur le rôle et la pertinence des quatre modèles types de régulation qui coexistent dans le système de santé. Cela revient à se demander autour de quelle logique devrait s'organiser la gouvernance du système de santé.<sup>8</sup>

Chacune de ces grandes familles d'acteurs correspond bien entendu à une des quatre logiques de régulation du système de soins.

---

<sup>7</sup> A-P. Contandriopoulos, *La régulation d'un système de soins sans murs*, GRIS, Université de Montréal, 1998, p. 8.



### 1.2.1. La logique professionnelle

La logique professionnelle, comme nous le verrons au point 2.2., est celle qui était prédominante dans les pays développés durant la toute première partie du 20<sup>e</sup> siècle. Bien que l'auteur intègre à cette logique plusieurs catégories de professionnels, l'ensemble de ses écrits démontre que les médecins forment à ses yeux la catégorie professionnelle qui incarne le mieux cette logique. Les autres catégories de professionnels sont en effet quasi absentes de son analyse.<sup>9</sup> Du point de vue de cette logique, donc, le système de soins est conçu comme «l'énorme dispositif qui permet chaque fois qu'un patient et un professionnel se rencontrent que ce dernier puisse exercer son expertise, au nom du patient, de la façon la plus libre et la plus complète possible».<sup>10</sup> Le rôle de l'État consiste donc, selon cette logique, à trouver des moyens de contourner les obstacles à l'utilisation des services de santé et à garantir l'autonomie professionnelle des médecins. La responsabilité de la profession médicale, quant à elle, se limite à garantir à la population que la formation des médecins est adéquate et que ceux-ci respectent leur code de déontologie.

### 1.2.2. La logique technocratique

Selon cette logique, les décisions concernant le système de santé devraient être subordonnées «à un processus rationnel de planification fondé sur une analyse des besoins et leur priorisation, une programmation détaillée des activités, une définition optimale des ressources requises pour optimiser l'atteinte des priorités et une évaluation des résultats obtenus».<sup>11</sup> C'est donc à l'État, dans un système public de santé, de veiller à cette planification rationnelle des ressources, de façon à ce qu'aucun groupe d'acteurs ne puisse en monopoliser l'exercice.

---

<sup>8</sup> Ibid, p. 10.

<sup>9</sup> Contandriopoulos a longuement étudié les rapports entre les professionnels de la santé. Dans une publication du Gris de 1984 (Contandriopoulos, Laurier et Trotter, *Vers une meilleure organisation du travail dans le domaine des services médicaux : de la rationalisation administrative à la rationalité professionnelle*) on comprend bien les raisons pour lesquelles les médecins occupent le centre de ses analyses portant sur la régulation professionnelle. Il ne suffit pas d'expliquer l'autorité de la profession médicale par le simple fait que les médecins détiennent historiquement le monopole du savoir médical. L'objectif de cette publication était d'évaluer les possibilités de réaménager l'organisation du travail dans le système de santé, en analysant les dynamiques qui furent à l'œuvre entre les professionnels suite à la réforme du code des professions de 1973. Les auteurs concluaient à l'échec du mécanisme de délégation formelle des actes (des médecins vers les professions auxiliaires), qu'ils attribuaient à l'incompatibilité entre la délégation d'actes professionnels et la raison d'être et la légitimation même du professionnalisme, qui repose sur la fermeture d'un champ de pratique. Leur analyse des stratégies déployées par les médecins pour résister à la délégation formelle des actes, afin que la subordination des professions auxiliaires soit maintenue, les amenaient à conclure que toute intervention étatique visant à rationaliser l'organisation du travail professionnel doit absolument composer avec les intérêts et les réactions des professions dominantes, telles que la profession médicale (p. 57).

<sup>10</sup> A-P. Contandriopoulos, *La régulation d'un système de soins sans murs*, op. cit. p.12.

<sup>11</sup> Ibid, p. 13.

### **1.2.3. La logique économique**

La logique économique s'appuie sur la théorie économique néo-libérale classique qui veut que l'on laisse fonctionner le libre jeu de l'offre et de la demande sur des marchés de concurrence.<sup>12</sup> L'État n'a donc plus de raison d'intervenir et il devrait se contenter de limiter la marge de manœuvre de certains concurrents du libre marché, par exemple les monopoles corporatistes des professionnels.

### **1.2.4. La logique démocratique (ou politique)**

Cette dernière logique est celle des citoyens, qui par leur pouvoir d'influencer les décisions et les actions socio-politiques de la société, directement ou indirectement (c'est-à-dire par le biais des représentants qu'ils ont élus), peuvent selon le chercheur s'opposer aux trois autres logiques de régulation et ainsi, comme nous le verrons plus loin, ouvrir la voie au changement et à l'innovation.

Ces modèles sont des idéaltypes, au sens wébérien. L'auteur insiste sur le fait qu'il n'est pas envisageable qu'une société arrive à un consensus sur la place, le rôle et l'importance que chacune de ces logiques devrait avoir dans le système de soins. Les tensions entre ces logiques sont selon lui irréductibles, et l'orientation du système de soins ne peut être que le résultat d'un compromis fragile entre les divers acteurs du système.

## **2. Crises et réformes du système de santé**

Nous avons vu que la stabilité d'un système social tel que le système de santé est possible. Elle résulte d'un certain équilibre entre les tensions qui existent entre les différents pôles du système dominant de croyances. Lorsque ces tensions sont cependant trop fortes pour qu'un compromis puisse être institué, ou encore, lorsque les modalités organisationnelles et les structures symboliques du système évoluent à des rythmes différents, il y a alors situation de crise. C'est ce qui s'est passé au Québec vers le milieu des années 1980, ce qui a justifié la mise en branle d'un long processus de commission d'enquête, la *Commission Rochon*, suivie d'une profonde réforme du système de santé et des services sociaux, au début des années 1990. Or, selon Contandriopoulos, cette crise était si profonde qu'elle était tout à la fois une crise financière, une crise de la régulation, une crise des connaissances et une crise des valeurs.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Idid.

<sup>13</sup> A-P. Contandriopoulos, A. Lauristin et E. Leibovich, *Values, Norms and the Reform of Health Care Systems*, 1996, op. cit. p. 10.

## 2.1. Crise du financement

En ce qui concerne la crise du financement, Contandriopoulos rappelle les deux grandes séries d'arguments utilisées par l'appareil gouvernemental pour justifier la nécessité d'un ralentissement des dépenses publiques de santé. La première série d'arguments est d'ordre financier. Elle concerne le taux de progression de la dette publique qui, depuis 1975, était beaucoup plus rapide que celui de la richesse collective.<sup>14</sup> Ainsi, il devenait impératif d'en ralentir la croissance. Or, dans le double contexte de la crise économique et de la mondialisation de marchés, la solution privilégiée fut celle d'une réduction des dépenses publiques, plutôt qu'un accroissement des revenus de l'État par une hausse des impôts. En outre, les dépenses de santé n'ont pu être épargnées, étant donné qu'elles représentaient le tiers du budget de l'État.<sup>15</sup>

La seconde série d'arguments est d'ordre économique. Il semble que les dépenses de santé, qu'elles soient privées ou publiques, ne sont pas directement créatrices de richesse, et que d'ailleurs, à partir d'un certain niveau, «l'efficacité des services de santé à améliorer la santé des populations devient très faible, voir négative».<sup>16</sup> Ainsi, l'accroissement des ressources vers ce système est susceptible d'affecter, au fil du temps, la compétitivité économique d'une société (dans la mesure où des dépenses plus rentables sont alors négligées).<sup>17</sup>

## 2.2. La crise de la régulation

Pour expliquer les perturbations du système de santé liées à la crise de la régulation, Contandriopoulos a retracé l'évolution des relations entre les quatre grands groupes d'acteurs depuis les cent dernières années ; une histoire qu'il a découpée en trois phases.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> A-P. Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», *Ruptures*, vol. 1, no. 1, 1994, p. 8.

<sup>15</sup> Ibid, p. 9.

<sup>16</sup> L'auteur s'est basé sur les travaux de L.A. Sagan pour affirmer cette idée . L.A. Sagan, *The Health of Nations*, 1987, New York, Basic Book.

<sup>17</sup> A-P. Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», 1994, op. cit. p. 9.

<sup>18</sup> Ce découpage se retrouve dans plusieurs documents écrits par l'auteur, dont les principaux sont : Contandriopoulos (1990), *Recherche sur les fondements d'un modèle théorique du système de santé*, Contandriopoulos et Poupourville (1991), *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie* et Contandriopoulos (1994), «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», *Ruptures*.

### **2.2.1. Première phase: l'instauration et le développement des régimes publics d'assurance-maladie : le triomphe de la médecine**

Au début du XXe siècle, les progrès de la science médicale ont renforcé l'idée que la médecine a une solution pour tous les problèmes et que l'État doit s'assurer que les services médicalement requis sont accessibles à ceux qui en ont besoin. La santé est alors conçue comme l'absence de la maladie et le but de la science médicale est, «en étudiant par des méthodes scientifiques les phénomènes pathologiques, de comprendre le fonctionnement normal d'un organisme et d'en déduire une thérapeutique rationnelle».<sup>19</sup> Trouver la cause de la maladie et l'éliminer par une intervention médicale appropriée, telle est alors la conception du rôle du système de soins. Les médecins, qui détiennent un savoir inaccessible aux patients, ont ainsi un rôle dominant. L'État n'intervient à peu près pas dans l'organisation des soins.

Or, plus l'idée suivant laquelle la médecine possède une solution pour tous les maux se répand, plus l'idée qu'il incombe à l'État de s'assurer de la disponibilité des services pour ceux qui en ont besoin se répand également. Selon Contandriopoulos, c'est la conjugaison de cette conception du rôle de l'État et du développement des connaissances médicales qui a justifié dans tous les pays développés, durant la première moitié du XXe siècle et plus encore au lendemain de la deuxième Guerre mondiale, l'introduction des grands programmes sociaux.<sup>20</sup> Au Québec, le Régime d'assurance-maladie (RAMQ) est mis en place à partir de novembre 1970 suite à la Réforme Castonguay-Nepveu. D'autres programmes existaient déjà, comme l'assurance hospitalisation (depuis 1961) et le Régime d'assistance publique du Canada (depuis 1966), mais aucun n'était alors universel.

Cependant, l'État demeure dès le départ tributaire de la logique professionnelle, dans la mesure où ce sont les médecins, lors du processus clinique, qui jugent du traitement nécessaire pour leurs patients, et donc, des ressources du système de soins qui sont alors requises. La logique technocratique est de ce point de vue absente du processus. La préoccupation essentielle est d'offrir la plus grande quantité de services possibles accessibles à tous. La logique politique (ou démocratique) s'applique donc à «garantir que les quantités de soins sont suffisantes pour répondre aux demandes des médecins».<sup>21</sup> Les patients n'exercent pour leur part qu'un rôle limité, d'abord

---

<sup>19</sup>Contandriopoulos et Poupourville, *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie*, 1991, GRIS, Université de Montréal, p. 5.

<sup>20</sup> Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», *Ruptures*, vol. 1, no. 1, 1994, p. 11.

<sup>21</sup> Ibid.

parce qu'ils n'assument qu'une faible proportion des coûts et qu'ils sont par conséquent dégagés du processus de décision, mais plus encore parce que leurs relations avec les professionnels sont caractérisées par un déséquilibre important d'informations et de pouvoir.

### **2.2.2. Seconde phase: la régulation des régimes publics d'assurance maladie : la médecine contestée**

Paradoxalement, nous indique le chercheur, «l'apogée du contrôle du système de santé par la logique professionnelle est atteinte au moment où sont mis en place les systèmes d'assurance-maladie».<sup>22</sup> Dès le moment où ils sont implantés, c'est la logique technocratique qui prend les devants. Vers le milieu des années 1970 donc, un important changement de perspective a lieu. Le nouvel équilibre recherché est celui d'une mise en relation entre la quantité, les coûts et la qualité des services. «Le contrôle des dépenses, la rationalisation et l'efficacité deviennent des mots clés dans le discours sur le système de santé.»<sup>23</sup> Or, ce changement survient alors que la façon de concevoir le système de santé, la santé elle-même et ses déterminants, se transforment. Plus précisément, la définition qui en est donnée s'élargit de façon à reconnaître l'existence des facteurs environnementaux, socio-économiques, ainsi que ceux liés aux habitudes de vie, comme indicateurs des conditions de santé des populations. Ainsi, de nouveaux arbitrages entre le curatif et le préventif interviennent. On conçoit dorénavant que diverses politiques préventives peuvent s'allier au système de soins pour intervenir sur les nombreux déterminants de la santé. Selon Contandriopoulos, cette transformation considérable s'exprime dans le passage d'une logique de maximisation de l'offre de services à une logique de régulation visant à accroître la santé de la population au moindre coût.<sup>24</sup> Or, puisque dans cette perspective les enjeux concernant la santé tendent à s'élargir, les différents arbitrages qu'ils suscitent font davantage appel à la logique politique, même si celle-ci doit constamment négocier son contrôle avec les autres logiques de régulation :

La régulation du système de santé devient un jeu permanent de négociation entre la logique technocratique et normalisante des organismes payeurs, la logique professionnelle qui reste très puissante, l'attrait idéologique de la logique du marché et la logique politique qui, d'une part, tente de renégocier un partage des ressources entre le curatif et le préventif, et d'autre part, est très sensible à l'exigence de la population

---

<sup>22</sup> Ibid., p. 13.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid.

d'avoir accès de façon universelle à la gamme la plus large possible de services.<sup>25</sup>

Dans les années 1980, ces tensions entre les différentes logiques de régulation se font plus vives et les effets des trois autres crises également. Contandriopoulos a dressé le bilan des éléments qui témoignaient selon lui du malaise éprouvé par les systèmes de soins des différents pays développés. Ce sont les suivants :

- Aux États-Unis et en Italie, à peine plus d'une personne sur dix trouve que le système de santé fonctionne bien.
- Au Québec, à l'issue de son bilan du système de santé, le rapport Rochon constate : «le système de santé est prisonnier des divers groupes de pressions qui le traversent. (...) cette situation s'explique par l'absence d'objectifs, de résultats, d'une part, et par l'absence d'intersectorialité, d'autre part». (CESSS, 1988, p. 428).
- Les urgences débordent.
- Les administrateurs hospitaliers n'arrivent plus à maintenir en état leurs hôpitaux.
- La répartition géographique des médecins est très inégale.
- Le climat de travail dans de nombreux hôpitaux est mauvais.
- La tendance à la «désassurance» de certains services s'amplifie.
- Les patients ont l'impression de n'avoir aucun rôle dans les décisions.
- La profession médicale est vue comme un monopole corporatiste défendant plus les intérêts de ses membres que ceux de la population.
- Le manque d'articulation entre l'ambulatoire et l'hospitalier nuit à la continuité des soins.<sup>26</sup>

Contandriopoulos considère qu'en vertu de ces données, le statu quo ne pouvait plus durer et qu'une réforme telle que la réforme du début des années 1990 s'imposait véritablement.

### **2.2.3. Troisième phase : transition vers une médecine renouvelée**

Cette troisième phase se déroule actuellement. Elle sera analysée selon la perspective de Contandriopoulos dans la troisième partie de ce texte. Notons seulement, pour le moment, qu'une négociation entre les différentes logiques de régulation sera à nouveau indispensable, chacune aspirant naturellement à monopoliser le plus d'espace possible à l'intérieur du système de santé. Notons par ailleurs que l'espoir d'une médecine renouvelée repose sur un questionnement fondamental des connaissances.

## **2.3. Crise des connaissances**

La crise des connaissances est liée à la compréhension des phénomènes tels que la vie, la santé, la maladie, la mort et leurs déterminants, qui s'est considérablement transformée ces dernières

---

<sup>25</sup> Ibid., p. 13-14.

<sup>26</sup> Ibid., p. 14.

décennies, comme nous avons pu le constater. De façon générale, l'idée classique proposée par la science médicale, qui explique la maladie par le résultat du dérèglement quantitatif d'une fonction de l'organisme vivant, tend à céder le pas à l'idée que la santé est un «mode de relation — équilibre et déséquilibre — de l'homme avec son milieu où interviennent donc des facteurs humains, conditions écologiques et structures sociales».<sup>27</sup> C'est toutefois encore sur la conception classique de la maladie que repose la légitimité actuelle du *système de soins*, en tant que celui-ci se différencie du *système des états de santé*. Le *système de soins* se définit en effet par «l'ensemble des ressources humaines et physiques (main-d'œuvre, équipement, immobilisation, savoirs, etc.) structuré et financé de façon à fournir des services à la population dans le but d'améliorer son état de santé».<sup>28</sup> Il est donc davantage préoccupé par la mise en disponibilité des services aptes à résoudre les problèmes de santé (le curatif). Le *système des états de santé*, pour sa part, porte principalement sur l'influence des grandes catégories de risques auxquelles une population, caractérisée par son état de santé, est soumise. Ces risques sont classés en trois groupes : ceux qui affectent la biologie humaine, ceux qui sont liés à l'environnement dans lequel vit et travaille la population, et enfin, ceux qui sont associés aux habitudes de vie de chaque individu.<sup>29</sup> Malgré leurs différentes natures, ces deux sous-systèmes du système de santé tendent à se rejoindre, tant bien que mal :

Il est de plus en plus clair que les principaux déterminants de la santé d'une population se trouvent à l'extérieur du système de soins. Mais il est tout aussi clair qu'il ne peut suffire, pour améliorer la santé, de réduire les dépenses du système de soins pour investir des sommes ainsi libérées dans les secteurs qui sont à long terme porteurs de santé : les politiques sociales, culturelles et économiques touchant la petite enfance ; les politiques d'adaptation des adultes et de la main-d'œuvre, l'environnement. Non seulement parce que les effets sanitaires de telles politiques ne peuvent immédiatement justifier une réduction des soins, mais aussi, plus fondamentalement, parce que la santé n'est pas l'inverse de la maladie, l'amélioration des indicateurs de l'état de santé d'une population n'a pas pour corollaire la réduction proportionnelle des problèmes de santé pour lesquels les personnes qui la composent font appel au système de soins. Le concept de santé recouvre des réalités diverses qui ne se recoupent que partiellement.<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Cette conception n'est pas nouvelle ; elle reprend seulement le monopole qu'elle avait perdu avec le triomphe de la médecine scientifique. D'ailleurs, cette définition plus globale de la santé a été empruntée par l'auteur à C. Herzlich (1969), *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des hautes études en Sciences Sociales.

<sup>28</sup> Contandriopoulos, Champagne et Pineault, «Système de soins et modalités de rémunération», *Sociologie du travail*, vol. 32, no. 1, p. 97.

<sup>29</sup> Ibid., p. 96.

<sup>30</sup> Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», 1994, op. cit., p. 15.

Certes il devient de plus en plus évident que la séparation entre la médecine dite curative et les actions préventives sur l'environnement et les conditions de vie des individus est de moins en moins fondée. Mais il est impossible de déterminer dans quelles proportions l'amélioration de la santé d'une population est redevable de la qualité de l'environnement, de la prospérité générale d'un pays et des services de santé dispensés par le système de soins. La crise des connaissances, selon Contandriopoulos, consiste en la mise en relation des différentes conceptions de la santé, qui oblige la société à faire des choix.

## **2.4. Crise des valeurs**

La transformation du système de soins, lorsqu'elle est impulsée tout à la fois par une crise financière, une crise de la régulation et une crise des connaissances, oblige la société à faire des choix qui reflètent nécessairement les valeurs que la société privilégie dans un tel contexte. C'est à ce moment que celle-ci se voit obligée d'émettre un jugement de valeur sur ce qui est souhaitable pour ses citoyens. Selon Contandriopoulos, ces quatre crises du système de santé obligent à repenser en profondeur le système de santé, à le réformer. Nous allons maintenant aborder le chapitre de ses principales critiques quant aux mythes les plus largement répandus depuis le début des années 1990, ainsi que les solutions qu'il privilégie face aux principaux problèmes du système.

## **3. Paradoxes, mythes et utopie**

Dans un système de croyances au sein duquel le *système de soins* occupe une place dominante, par rapport au *système des états de santé*, une réforme repose sur un changement fondamental des mentalités en ce qui concerne la santé et ses déterminants. Or, un tel changement ne peut se faire sans remettre en cause les intérêts de l'un ou de l'autre des groupes dominants.

Pour déboucher sur une réforme en profondeur du système de soins, il faut imaginer un long processus itératif durant lequel les changements dans les structures du système de soins permis par des changements dans les mentalités, renforceront des transformations sociales qui elles-mêmes permettent de nouvelles transformations des structures.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Ibid., p. 17.



Seul un changement en profondeur des pratiques peut se révéler porteur d'innovation. Il s'agit selon Contandriopoulos de bâtir une nouvelle utopie<sup>32</sup> qui puisse servir à nourrir l'imagination des acteurs concernés. Or, cette utopie a comme premier principe l'intégration du système de soins au modèle plus large de la santé.

### **3.1. Les paradoxes du modèle de système de santé**

Selon Contandriopoulos, cinq paradoxes sont inhérents au modèle plus large de la santé.<sup>33</sup> L'utopie à mettre de l'avant ne peut espérer éliminer ces paradoxes. Au contraire, elle doit les reconnaître et les mettre en tension de façon explicite.

Le premier paradoxe consiste en l'existence simultanée de plusieurs conceptions de la santé, comme il fut démontré préalablement.

Le second paradoxe est lié aux variations dans les délais de réaction des différentes interventions. Lorsque l'on tente d'intervenir sur les facteurs environnementaux et ceux liés aux conditions de vie des individus, les résultats peuvent prendre plusieurs années avant de se manifester. Ils sont donc «virtuels». Dans le cas où, au contraire, on tente de réduire immédiatement la douleur ou l'anxiété liées à la maladie, les résultats sont «concrets».

Le troisième paradoxe est le complément du second. Il est associé à l'existence simultanée de plusieurs niveaux d'analyse. Ainsi, les effets des facteurs environnementaux et ceux liés aux conditions de vie des individus sur la santé s'analysent du point de vue de la population et leur impact est probabiliste, tandis que les effets de l'intervention clinique par les professionnels s'analysent du point de vue du malade. Une mise en relation de ces deux modèles types d'analyse rend compte du défi qui consiste à utiliser une information probabiliste pour gérer la qualité d'une décision individuelle alors que la marge d'incertitude est très élevée.

---

<sup>32</sup> Le mot utopie est employé par Contandriopoulos dans le sens que lui a donné R. Musil dans *L'homme sans qualité* (Tome I, Paris, Le Seuil, 1956, p. 296) : «Une utopie, c'est à peu près l'équivalent d'une possibilité, qu'une possibilité ne soit pas réalité signifie simplement que les circonstances dans lesquelles elle se trouve provisoirement impliquée l'en empêchent, car autrement elle ne serait qu'une impossibilité ; qu'on la détache maintenant de son contexte et qu'on la développe, elle devient une utopie. [...] L'utopie est une expérience dans laquelle on observe la modification possible d'un élément et les conséquences que cette modification entraînerait dans ce phénomène complexe que nous appelons la vie.»

<sup>33</sup> Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo imp ossible», 1994, op. cit., p. 18-19.

Le quatrième paradoxe découle de la coexistence des quatre logiques de régulation, comme il fut déjà démontré.

Enfin, le dernier paradoxe porte sur la vision du monde. Il rend compte des deux visions du monde qui caractérisent la perspective médicale, soit la vision linéaire, c'est-à-dire celle de la méthode scientifique (maladie = traitement = guérison) et la vision systémique, caractérisée par un système complexe de causalités qui tient compte des facteurs environnementaux et de ceux liés aux conditions de vie des individus.

Pour Contandriopoulos, une réforme doit pouvoir composer avec l'ensemble de ces paradoxes, de la façon la plus «transparente» possible.<sup>34</sup> La transparence réfère ici à l'utilisation systématique des mécanismes démocratiques dans la prise de décision quant aux orientations du système, parce que ce sont ces mécanismes qui, seuls, peuvent palier aux abus de pouvoir des acteurs concernés par les logiques économique, technocratique et professionnelle.

Selon Contandriopoulos, une réforme doit favoriser l'innovation. Elle ne peut se limiter à la mise en œuvre d'un plan de rationalisation des ressources. Les projets qu'elle met de l'avant doivent refléter la nature fondamentalement paradoxale de l'organisation du système de santé, et chercher à «ouvrir» le système. Le chercheur utilise l'image de la maison japonaise pour illustrer cette ouverture, et parle alors d'un *système de soins sans murs*. Il s'agit d'un système où les cloisons, comme celles de la maison japonaise, sont toutes mobiles et où les relations du système avec l'extérieur sont fluides.<sup>35</sup> En ouvrant le système, c'est l'ensemble des pratiques organisationnelles qui peuvent se transformer et favoriser l'innovation. Le chercheur et ses collègues définissent l'innovation, d'un point de vue organisationnel, de la façon suivante :

... l'innovation est une dynamique conduisant à une interrogation continue des pratiques et des modes d'interaction entre les acteurs. Elle prend forme dans une mobilisation des savoirs visant la formulation de problèmes pertinents pour l'évolution des individus et des organisations et ne peut se résumer à la recherche de nouvelles techniques ou de nouveaux dispositifs. La valeur d'innovation de ces projets repose sur les problèmes qu'ils permettent de rendre manifestes et sur leur capacité à transformer les interrelations entre les acteurs.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup>. Ibid., p. 19.

<sup>35</sup> A-P. Contandriopoulos, La régulation d'un système de soins sans murs, op. cit. p. 3.

Avant d'avancer les principales solutions envisagées par le chercheur pour favoriser l'innovation et transformer les pratiques dans le système de santé, il faut faire un détour du côté des principales critiques qu'il émet face aux contraintes auxquelles le système de santé est — soit disant — soumis actuellement.

### **3.2. Les mythes les plus répandus concernant le dysfonctionnement du système de santé**

Dernièrement, Contandriopoulos a été régulièrement consulté par les médias à titre d'expert du système de santé québécois. Plusieurs articles de journaux ont rapporté ses propos et il a lui-même publié quelques articles. Ses arguments se résument à la critique de trois des mythes les plus répandus en ce qui concerne le dysfonctionnement du système de santé. Le chercheur tente de remettre les pendules à l'heure.

Le premier mythe, selon le chercheur, consiste à affirmer que le système a besoin de plus d'argent. Il attribue cette perception d'une rationalisation excessive des ressources monétaires à la tension qui existe entre les différentes logiques de régulation. Selon lui, ce sont les acteurs de chacune des logiques de régulation qui propagent cette idée, car chacun a sa propre perception des contraintes «inacceptables» quant à l'exercice de ses fonctions et ces perceptions entrent évidemment en contradiction les unes les autres, d'où l'impression d'un malaise généralisé du système. Selon Contandriopoulos, une comparaison entre les différents niveaux de financement des grands pays industrialisés permet de constater qu'il n'y a aucune norme qui permette de dire qu'on dépense trop ou encore trop peu en santé. L'écart entre l'espérance de vie des Japonais et celle des Américains confirme selon lui cette idée. Là où l'on investit le plus, aux États-Unis, la longévité espérée ne dépasse pas 76 ans, alors que le Japon, avec des dépenses plus faibles est l'endroit où l'on vit le plus longtemps au monde.

---

<sup>36</sup> Denis et al., «Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé», *Ruptures*, 1997, vol. 4, no. 1, p. 100.

Tableau 1

<b>Pays</b>	<b>Dépenses totales per capita</b>	<b>Espérance de vie moyenne</b>	<b>Dépenses publiques (%)</b>
Canada	2 102	78,45	69,8
Allemagne	2 339	76,75	77,4
France	2 103	78,05	78,4
Italie	1 589	78,10	69,9
Japon	1 741	80,30	77,4
Royaume-Uni	1 347	78,85	84,5
États-Unis	4 090	76,05	46,7
<b>Moyenne G-7</b>	<b>2 459</b>		<b>72,0</b>
Moyenne G-7 sans les États-Unis	1 870		76,2

Source : ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 1997.

Le bas blesse d'avantage, selon le chercheur, lorsque le montant des dépenses de santé augmente plus rapidement que la richesse collective, ce qui est susceptible d'affecter la compétitivité économique d'un pays. Les États-Unis peuvent se permettre de dépenser autant (per capita) car ils sont les premiers exportateurs de technologies médicales, ce qui n'est pas le cas au Canada. Le Québec, tout comme l'ensemble du Canada, est un importateur de technologies médicales. Il peut donc difficilement voir ses dépenses de santé croître plus rapidement que sa richesse. En outre, selon l'avis du chercheur, il est étonnant que l'on parle de sous-financement du système de santé, alors que les dépenses totales de santé per capita au Canada (2 103\$) sont toujours plus élevées que dans la moyenne des pays du G-7 (1 870\$), sans les États-Unis.

Le problème du financement, tel qu'il est généralement véhiculé, permet à l'idée de la privatisation du système de faire son chemin.

Le second mythe est celui qui prétend que les coûts de plus en plus élevés du système de santé sont dûs au vieillissement de la population. S'il est vrai que durant la dernière décennie, le nombre de personnes âgées a augmenté plus vite que celui de l'ensemble de la population du Québec et que les dépenses occasionnées par les seuls soins médicaux prodigués à ces personnes ont augmenté de 304% en valeurs de 1982, les réels changements sont pourtant dûs au développement

technologique.<sup>37</sup> En effet, les nouvelles méthodes de diagnostic et les nouveaux médicaments permettent d'améliorer la prise en charge des maladies et d'étendre le domaine légitime d'intervention de la médecine. «L'augmentation des soins aux personnes âgées résulte du fait que le vieillissement rend légitime l'expansion d'un marché florissant pour l'industrie du médicament et des technologies médicales. »<sup>38</sup>

La technologie, dans le domaine de la santé, est donc tout à la fois à l'origine des gains d'efficience et de croissance des coûts. Elle est le principal moteur de l'accélération des dépenses de santé, puisqu'elle représente 30 à 40% de la croissance des coûts.<sup>39</sup> Et les personnes âgées ne sont pas les seules à bénéficier des percées de la technologie médicale.

Le troisième mythe largement répandu veut que les problèmes du système de santé soient liés à son caractère public et à sa gestion bureaucratique. La privatisation du système de santé, totale ou partielle, est alors prônée. La privatisation est définie par le chercheur comme étant «le processus qui consiste à confier à la logique économique une responsabilité jusque là assumée en fonction d'une autre logique, soit professionnelle, soit technocratique ou démocratique. »<sup>40</sup> Or, selon le chercheur, toute forme de privatisation du financement qui réduit la capacité de l'État d'exercer son rôle dans la redistribution des ressources ne peut que réduire l'équité d'accès aux services de santé, puisque le financement public constitue le moyen le plus efficace que possède l'État pour faire respecter les règles établies démocratiquement par ses citoyens. Un État qui ne finance pas ne peut garantir que ses lois sur l'accès aux services soient réellement respectées.

### **3.3. Bâtir une utopie**

Contandriopoulos propose de concevoir une nouvelle utopie qui puisse permettre aux contradictions du système de s'exprimer explicitement et d'être arbitrées de façon transparente. En outre, la régulation du système de soins ne peut être confiée à une logique exclusive, qu'il s'agisse de la logique technocratique, démocratique, professionnelle ou économique.

---

<sup>37</sup> Contandriopoulos et Rodriguez, «Mythes et réalité dans le système de soins», *Cité libre*, vol. 28, no. 2, printemps 2000, p. 35.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 36.

<sup>39</sup> Propos de Contandriopoulos recueillis par Isabelle Paré, «Le privé : un prétexte à l'absence de changement», *Le devoir*, 1er mai 2000, p. A5.

<sup>40</sup> Contandriopoulos et Rodriguez, «Mythes et réalité dans le système de soins», *op. cit.*, p. 37.

L'utopie peut être vue comme une méthode permettant de concevoir des équilibres dynamiques entre l'intérêt collectif et les intérêts individuels, le local et le central, les différents acteurs du système de soins, l'équité et l'efficacité, les libertés professionnelles et le contrôle des organismes payeurs, la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, le sanitaire et le social, etc.<sup>41</sup>

L'utopie mise de l'avant par le chercheur repose sur deux éléments essentiels, présents dans bon nombre de ses écrits sur la réforme depuis le début des années 1990, soit la décentralisation du système et le renouvellement de la pratique professionnelle.

### **3.3.1. La décentralisation du système**

La décentralisation du système de soins est le processus qui permet d'arbitrer entre l'unité nationale et les diversités locales ainsi que de délimiter le niveau où les décisions sur le système de santé sont prises. Elle constitue de ce point de vue une forme d'arbitrage entre la logique démocratique et la logique technocratique.<sup>42</sup> Selon le chercheur, la décentralisation implique un financement global centralisé, un pouvoir réglementaire partagé et une gestion des systèmes locaux de santé décentralisée.

- Un financement global centralisé

Contandriopoulos milite en faveur d'un financement public des systèmes locaux de santé, qui ne soit pas dépendant des conditions économiques locales :

Le montant de l'enveloppe budgétaire globale (dépenses de fonctionnement et investissements de tous les producteurs de services) que l'État décide, à un moment donné, d'affecter à la santé devrait faire l'objet d'une discussion démocratique au niveau central. Une fois fixée, cette enveloppe globale serait redistribuée à chaque unité sanitaire, principalement, en fonction de la taille de la population (système de financement par capitation tenant compte de la structure démographique et des caractéristiques épidémiologiques et socio-économiques de la population) et secondairement, en fonction des résultats obtenus durant la période précédente par chaque unité locale ainsi qu'en fonction de ses

---

<sup>41</sup> Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», op. cit. p. 20.

<sup>42</sup> Contandriopoulos et Trottier, «L'hôpital dans le système de soins de demain», *Ruptures*, vol. 5, no. 1, 1998, p. 115.

projets de développement, d'investissements, de création de nouveaux programmes, etc.<sup>43</sup>

- Un pouvoir réglementaire partagé

Contandriopoulos est également en faveur d'une réorganisation du système décisionnel, de façon à donner aux citoyens un véritable pouvoir et de permettre à chaque système local de santé de gérer sa propre organisation en fonction de ses propres besoins. À cet égard, il souhaite que de véritables assemblées locales de santé soient créées par voix démocratiques.<sup>44</sup> Cependant, la réglementation locale devrait être cohérente avec la législation cadre sur la santé, qui est tributaire du pouvoir central. Seul le respect des grands principes du système de santé tels que l'équité, l'universalité de l'accessibilité, etc., pourrait selon lui se porter garant de justice sociale dans une organisation sanitaire responsable localement.

- Une gestion des systèmes locaux de santé décentralisée

Selon Contandriopoulos, chaque unité sanitaire locale devrait être responsable de l'organisation et de la gestion de son système local de santé (à tous les niveaux, c'est à dire qu'elle devrait être responsable des questions qui ont trait au paiement des ressources jusqu'aux relations entre le secteur de la santé et les autres secteurs).<sup>45</sup> En outre, les résultats obtenus devraient faire l'objet d'une évaluation au niveau régional, et les crédits alloués par la suite à l'unité sanitaire en question devraient être déterminés en fonction de ces résultats (qui pourraient être évalués par le biais d'une véritable mise en réseau des informations médicales).

### **3.3.2. Un professionnalisme renouvelé**

Dans la relation qui existe entre le médecin et la personne malade, il existe un déséquilibre important d'information et de pouvoir. La confiance du malade envers le médecin est donc primordiale. Si cette confiance est remise en question, c'est le fonctionnement du système de santé lui-même qui est à revoir. Or, afin de renouveler le professionnalisme des médecins, Contandriopoulos croit essentiel que la vision classique du médecin et de la médecine en général (telle qu'elle existe depuis le début du siècle comme nous l'avons vu au point 2.2) soit remplacée

---

<sup>43</sup> Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», op. cit., p.21.

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> Ibid.

par celle du médecin humaniste qui adopte une vision beaucoup plus large de la santé et de la maladie. En outre, afin d'éviter que les pratiques médicales soient influencées par les préoccupations d'ordre économique et les contraintes organisationnelles, il est nécessaire que :

- Le paiement des médecins ne soit pas fondé sur le nombre de services dispensés, comme dans le paiement à l'acte, mais de façon globale sur la compétence professionnelle déployée durant le processus de soins.
- La rémunération de l'activité professionnelle des médecins soit dissociée du financement des coûts de fonctionnement du cabinet ou de la clinique, ainsi que du financement et de l'amortissement des équipements.
- Les clivages entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière soient réduits.
- Les médecins aient démocratiquement participé aux décisions sur l'organisation et le financement de leur système local de santé.
- La compétence et la qualité des services soient reconnues de façon formelle.<sup>46</sup>

Une révision des conventions collectives est également souhaitable, selon Contandriopoulos, en ce qui concerne les autres professionnels de la santé. Cette révision n'a pas pour objectif de sabrer dans les protections sociales, mais d'assouplir la réglementation en vue d'une meilleure intégration des soins. Enfin, en ce qui concerne la mise en œuvre de l'intégration des soins par les médecins, Contandriopoulos souligne la difficulté liée au fait que ceux-ci sont financés différemment selon qu'ils travaillent en cliniques privées, à l'hôpital ou en CLSC, ce qui ne les incite pas à la collaboration.

---

<sup>46</sup> Contandriopoulos et de Poupourville, *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie*, GRIS, Université de Montréal, 1991, p. 31 et Contandriopoulos, «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», op. cit., p. 22-23.



## **Conclusion**

Ce compte rendu des principales propositions théoriques et opérationnelles d'André-Pierre Contandriopoulos a permis de mettre à jour les principales tendances à l'œuvre dans le système de santé québécois depuis les dernières décennies. L'originalité de son approche en ce qui concerne le débat actuel sur la privatisation du système de santé permet de nuancer les propos largement véhiculés par les promoteurs de cette tendance, de revaloriser le rôle de l'État et de la logique démocratique sur laquelle repose sa légitimité, ainsi que de souligner l'importance d'une réorganisation de l'activité professionnelle en vue de favoriser le travail multisectoriel et l'intégration des soins de santé.

Nous espérons que cette brève synthèse des travaux d'André-Pierre Contandriopoulos sera utile à la réflexion scientifique sur les transformations actuelles du système de santé, notamment sur les enjeux que représentent les diverses pressions en faveur d'une privatisation accrue de certains services. Ces enjeux sont suffisamment importants pour que les différents pôles du système dominant de croyances soient questionnés en profondeur...

## Bibliographie

- ARWEILER, Delphine, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et François CHAMPAGNE (1995), Une répartition équitable des ressources de l'hôpital, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N95-03, 24 pages.
- BÉGIN, Jean-François (1999), «La santé entre le public et le privé», La Presse, 18 septembre 1999, p. B7.
- CHAMPAGNE, François, CONTANDRIOPOULOS, Pierre-André, DENIS, Jean-Louis, LEMAY, Anne et Raynald PINEAULT (1993), Option for Health System Regulation : The case of the Québec health care reform, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N93-04, 30 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1998), La régulation d'un système de soins sans murs, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N89-02, 24 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1996), «Transformer le système de santé», Ruptures, vol. 3, no. 1, pp. 10-17.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1994), «Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», Ruptures, vol. 1, no. 1, pp. 8-26.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1990), Recherche sur les fondements d'un modèle théorique du système de santé, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N90-13, 11 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, BRODEUR, Jean-Marc, PINEAULT, Raynald, CHAMPAGNE, François et François BÉLAND (1992), «On n'a pas les moyens d'abandonner la gratuité», Mémoire du GRIS à la Commission des affaires sociales sur le financement des services de santé et des services sociaux, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N92-01, 17 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, CHAMPAGNE, François et Raynald PINEAULT (1990), «Système de soins et modalités de rémunération», Sociologie du travail, vol. 32, no. 1, pp. 95-115.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, LAURIER, Claudine et Louise-Hélène TROTTIER (1984), Vers une meilleure organisation du travail dans le domaine des services médicaux : de la rationalisation administrative à la rationalité professionnelle, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N86-11, 66 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, LAURISTIN, Marju et Ellen LEBOVICH (1996), Values, Norms and the Reform of Health Care Systems, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N96-01, 26 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et Gérard de POUPOURVILLE (1991), Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie, Montréal, Université de Montréal : GRIS, publication N91-03, 35 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, RENAUD, Marc, CORIN, Hélène et Barry PLESS (1992), Mémoire de l'institut canadien de recherche avancé à la commission des affaires sociales sur le document de consultation : «Un financement équitable à la mesure de nos moyens» (1992), Institut Canadien de Recherche Avancé (ICRA), février, 14 pages.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et Rosario RODRIGUEZ (2000), «Mythes et réalité dans le système de soins», Cité libre, vol. 28, no. 2, printemps, pp. 32-37.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et Louise-Hélène TROTTIER (1998), «L'hôpital dans le système de soins de demain», Ruptures, vol. 5, no. 1, pp. 106-120.

- CÔTÉ, Marc-Yvan (1990), Une réforme axée sur le citoyen, ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, Publications du Québec, décembre, 91 pages.
- DENIS, Jean-Louis, BRÉMOND, Marc, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, CAZALE, Linda et Ellen LEIBOVICH (1997), «Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé», *Ruptures*, vol. 4, no. 1, pp. 96-114.
- LAFRANCE, Louis (1998), «André-Pierre Contandriopoulos : Le système se refait une santé», Le Devoir, 9 février 1998, p. B1.
- MSSS, Un financement équitable à la mesure de nos moyens : sommaire du document de réflexion (1991), Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 29 pages.
- PARÉ, Isabelle (2000), «Les vrais et faux problèmes du système de santé : Le vieillissement de la population : une menace montée en épingle», *Le Devoir*, 29 avril, p. A8.
- PARÉ, Isabelle (2000), «L'innovation technologique fait craquer les budgets», *Le Devoir*, 29 avril, p. A8.
- PARÉ, Isabelle (2000), «La tentation du privé», *Le Devoir*, 1er mai, p. A7.
- PARÉ, Isabelle (2000), «Le privé : un prétexte à l'absence de changement», *Le Devoir*, 1er mai, p. A5.
- PERREAULT, Mathieu (2000), «Les États-Unis attendent aussi», *La Presse*, 27 avril 2000, p. A7.
- PERREAULT, Mathieu (2000), «Médecins salariés et syndicats souples», *La Presse*, 27 avril 2000, p. A7.
- PERREAULT, Mathieu (2000), «Centraliser pour réduire les dépenses», *La Presse*, 27 avril 2000, p. A7.
- PERREAULT, Mathieu (1996), «La complexité de la médecine à l'honneur aux colloques Jacques Cartier», *La Presse*, 29 septembre 1996, p. C4.
- SICOTTE, Claude, CHAMPAGNE, François et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS (1999), «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», Ruptures vol. 6, no. 1, pp. 34-46.