

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

Anthropologue, retraité, Université Laval

(1970)

“Les services de santé et l'engagement de la communauté dans la société technologique”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jmt_sociologue@videotron.ca

Site web: <http://pages.infinit.net/sociojmt>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Marc-Adélarde Tremblay (1922 -)

“*Les services de santé et l’engagement de la communauté dans la société technologique*”. Un article publié dans la revue *Service social*, vol. 19, n° 1-2, 1970, pp. 69-79.

M Marc-Adélarde Tremblay, anthropologue, retraité de l’enseignement de l’Université Laval, nous a accordé le 4 janvier 2004 son autorisation de diffuser électroniquement toutes ses oeuvres.

Courriel : matrem@microtec.net ou matremgt@globetrotter.net

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times, 12 points.

Pour les citations : Times 10 points.

Pour les notes de bas de page : Times, 10 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2001 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter, 8.5” x 11”)

Édition complétée le 30 août 2004 à Chicoutimi, Québec.



Table des matières

I. [Introduction](#)

II. [L'univers des services de santé](#)

1. [Introduction](#)
2. [Critères de progrès des services de santé](#)
 - a) [L'accessibilité et la consommation optimale des soins](#)
 - b) [L'universalité](#)
 - c) [La régionalisation des services](#)
 - d) [La multidisciplinarité des équipes thérapeutiques](#)
 - e) [L'humanisation des soins](#)
3. [L'insertion des professionnels de la santé dans les cadres institutionnels](#) : les diverses dialectiques
 - a) [Le malade et ses univers sociaux](#)
 - b) [L'action des généralistes et des spécialistes](#)
 - c) [La profession médicale et les professionnels de la santé](#)
 - d) [Sciences de la santé, sciences administratives, sciences humaines](#)
 - e) [Conclusion](#)

III. [La socialisation des services de santé](#)

1. [Introduction](#)
2. [La participation de l'État](#)
 - a) [La planification des services](#)
 - b) [L'information du public](#)
 - c) [L'animation sociale](#)
 - d) [La promotion de la recherche](#)
3. [Le rôle des professionnels de la santé](#)
4. [La participation de la communauté](#)

IV. [Conclusion](#)

Marc-Adélarde Tremblay,

“Les services de santé et l'engagement de la communauté dans la société technologique”.
Un article publié dans la revue *Service social*, vol. 19, n° 1-2, 1970, pp. 69-79.

Département de Sociologie et d'Anthropologie, Université Laval

I- Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le sujet qu'on nous a proposé pour ce colloque a fait l'objet de nombreuses monographies spécialisées tant européennes que nord-américaines. Nous avons le choix entre présenter un inventaire et une évaluation critique des travaux effectués ou esquisser à grands traits les multiples problèmes que pose l'adaptation des professions de la santé aux exigences du monde technologique et de la société moderne. Devant l'ampleur de l'effort que nécessitait la prospection des travaux spécialisés de recherche dans le domaine de la santé et la pénurie d'analyses systématiques s'appliquant à la société québécoise, la seconde voie de réflexion nous apparaissait plus réaliste. Elle comporte cependant de nombreuses embûches par les questions théoriques et méthodologiques qu'elle soulève et laisse sans réponse. Mais justement, n'est-ce point là un des buts de ce colloque, de provoquer la discussion, de susciter la contestation !

Pour autant notre problématique est fort simple, elle est conçue en fonction de trois notions fondamentales dont nous chercherons les interrelations, à savoir : société technologique, service de santé et engagement de la

communauté. Les caractéristiques de la société technique, par opposition à la société traditionnelle, sont si bien connues qu'il est superflu de les spécifier et sont opérantes tant dans la distribution des services et soins de santé que dans la nature et la portée de la participation de la communauté. Il nous restait essentiellement deux plans d'analyse juxtaposés à relier dans leurs interrelations, soit par le biais de l'individu, des cadres institutionnels intermédiaires, ou de la société globale. L'idée directrice qui oriente notre démarche peut s'exprimer ainsi : les impératifs de la société technique se traduisent à la fois dans l'action quotidienne des professionnels de la santé, dans les exigences nouvelles des cadres institutionnels de la pratique et dans la participation et l'engagement de la société globale. Ainsi réunis, et sachant qu'ils sont séparés pour des fins strictement heuristiques, nous examinerons d'abord l'univers des services de santé pour analyser par après la socialisation des services de santé.

II - L'univers des services de santé

1. Introduction

[Retour à la table des matières](#)

La notion qui nous apparaît fondamentale dans l'analyse de l'univers des services de santé dans la société technique est celle de la rationalité des services. Cela veut dire à la fois productivité, qualité et efficacité. Il s'agit de produire le plus grand nombre de services possible, de la plus haute qualité sachant qu'il devront guérir le malade et prévenir la maladie et qu'ils devront représenter des coûts raisonnables. Cette productivité quantitative et qualitative est liée à tout un ensemble de facteurs tels que la qualification et la compétence des professionnels de la santé, la possibilité du recyclage et perfectionnement continu, la gestion rationnelle des institutions de santé de même que les réajustements constants des structures institutionnelles. Si ces divers éléments calquent le tracé que nous venons d'esquisser, ils constituent les principaux moteurs d'un développement dont l'aboutissement est l'existence d'un vaste réseau de services complets de haute qualité complémentaires et intégrés. C'est là, bien sûr, une finalité globale qui représente le plus haut niveau de perfectibilité dans la distribution des services et des soins de santé. Pour autant nous pouvons évaluer les étapes du progrès réalisé à l'aide de critères techniques de plus en plus reconnus. Ces critiques précisent les contenus des variables "qualité" et "quantité" des soins. Mais il faut en même

temps comprendre qu'ils sont des objectifs réalisables par les professionnels de la santé en autant qu'ils possèdent les instruments et les cadres nécessaires à leur mise en oeuvre. Aussi énumérerons-nous, dans un premier temps, l'ensemble des barèmes objectifs du progrès des services pour analyser plus en profondeur, dans un deuxième moment, l'insertion des professionnels de la santé dans les cadres institutionnels.

2. Critères de progrès des services de santé

[Retour à la table des matières](#)

Nous nous bornerons à définir brièvement les barèmes que nous pouvons utiliser dans l'évaluation de la qualité des services de santé.

Ce sont : a) l'accessibilité, b) l'universalité, c) la régionalisation, d) la multidisciplinarité des équipes thérapeutiques, et e) l'humanisation des soins.

a) L'accessibilité et la consommation optimale des soins

[Retour à la table des matières](#)

Comme l'affirme le Rapport de la Commission d'Enquête sur la santé et le bien-être social:

“L'effort social en vue de satisfaire les besoins de soins de l'ensemble de la population se situe dans le cadre d'une politique globale de la santé. La quantité de soins consommés par les membres d'une collectivité n'est pas un objectif en soi, c'est plutôt un moyen de prévenir la maladie, de diminuer le nombre des malades et d'augmenter la longévité... L'élimination ou la diminution du risque de la maladie et l'amélioration de l'état de santé exigent, à leur tour, la mise en oeuvre d'un vaste programme touchant divers secteurs de la santé... Sur le plan social l'accessibilité comporte une combinaison optimale de soins préventifs et curatifs et de soins de réadaptation... Au plan individuel, l'accessibilité signifie la possibilité de recevoir les meilleurs soins quels que soient l'âge et la condition physique de l'individu et ses chances réelles de recouvrer la santé”¹

¹ *L'assurance-maladie*, Gouvernement du Québec, Québec 1967, pages 35-36.

b) L'universalité

Il nous apparaît essentiel de réitérer la nécessité d'une politique globale de santé au Québec qui prévoirait l'éventail complet des services de santé à offrir à toute la population sans favoriser les uns aux dépens des autres. Cette action collective unique se traduit dans l'établissement de cadres institutionnels et administratifs adéquats, l'utilisation rationnelle des divers professionnels de la santé et des ressources disponibles, la détermination des priorités dans la réalisation des divers programmes de santé publique.

c) La régionalisation des services

[Retour à la table des matières](#)

Comment ne pas tenir compte également de la localisation géographique des ressources thérapeutiques disponibles. En effet, comment répartir ces ressources pour qu'elles soient utilisées le plus possible et qu'elles produisent les meilleurs résultats ? La régionalisation des services et la spécialisation des institutions élimineraient plusieurs des conséquences indésirables de la démocratisation des services de santé (tels la surcharge, les traitements accélérés, les listes d'attente, etc.) par une meilleure définition de la fonction propre à chaque institution.

d) La multidisciplinarité des équipes thérapeutiques

[Retour à la table des matières](#)

Depuis qu'on a accepté l'idée d'une étiologie multidimensionnelle on accepte, par voie de conséquence, la constitution d'équipes multidisciplinaires dans le traitement de la maladie et dans l'élaboration des programmes de prévention. En principe du moins, les contributions spécifiques de chacune des disciplines visent à améliorer la qualité des soins, à accroître les chances de réinsertion sociale et de production du patient.

e) L'humanisation des soins

[Retour à la table des matières](#)

Par l'humanisation des soins, il s'agit d'orienter les services de santé en fonction de l'individu et de ses besoins, de restaurer les relations primaires dans la relation thérapeutique, et d'établir des institutions de santé où on se préoccupe à la fois du système global en tant que système social et de l'intégration possible de l'individu dans ce cadre social nouveau.

3. L'insertion des professionnels de la santé dans les cadres institutionnels : les diverses dialectiques

[Retour à la table des matières](#)

Dans un premier moment, nous avons élaboré un ensemble de normes qui pouvaient à la fois être évaluées comme des barèmes de progrès et des objectifs à atteindre. Il s'agit maintenant de savoir, par le biais d'une perspective dynamique, comment les professionnels de la santé s'insèrent dans les divers cadres institutionnels pour le dépistage, le traitement et la prévention de la maladie, nous permettant ainsi de mieux saisir non seulement l'organisation des services de santé et la distribution des soins mais aussi les contributions spécifiques de chacune des professions de la santé et la nature des liens qui les unissent.

Par insertion des professionnels de la santé dans les cadres institutionnels, nous référons ici à des questions telles que l'accessibilité des contextes thérapeutiques aux praticiens, la spécialisation institutionnelle, la compétence du personnel par rapport aux fonctions exercées, l'utilisation des nouveaux professionnels de la santé dans les cadres institutionnels anciens et nouveaux (nous pensons ici aux psychologues, aux sociologues médicaux, aux thérapeutes d'occupation, aux travailleurs sociaux, etc.). Nous pénétrons au cœur même de la pratique professionnelle. Par ce biais, nous aurions une meilleure compréhension des types de soins disponibles, de l'éventail des soins accordés dans divers cadres, de la qualité de la formation et de la compétence de ceux qui assument des responsabilités dans la dispensation des soins, des rapports

d'interdépendance et de complémentarité qui existent entre les divers professionnels oeuvrant à l'intérieur d'une institution donnée, en bref, nous pourrions ainsi examiner, sous certains angles, la qualité des soins et services dispensés ainsi que les résultats concrets qu'ils permettent sur le plan de la réadaptation des patients et de leur réinsertion dans les multiples cadres sociaux (la famille, milieu de travail, groupe d'amis, etc.) de la société globale. Une des voies d'analyse qui m'apparaît fructueuse dans l'examen de cette situation - car elle rassemble les diverses orientations professionnelles - serait de centrer nos réflexions sur des vecteurs de confrontation sinon d'opposition. C'est l'approche que nous privilégions par l'étude des tendances suivantes:

- a) un service et un soin de santé centré sur la maladie ou sur le malade et ses univers sociaux ;
- b) l'intervention des généralistes et des spécialistes ;
- c) la profession médicale et les professionnels de la santé ;
- d) les sciences de la santé, les sciences administratives et les sciences humaines.

a) Le malade et ses univers sociaux

[Retour à la table des matières](#)

Il est certain que l'opposition que nous introduisons entre la maladie et le malade nous renverrait à une discussion purement théorique si elle était dénuée de tout fondement empirique. Il semble, en effet, que la technicisation et la bureaucratisation des soins suscitent des changements si profonds dans les relations interpersonnelles des thérapeutes et des patients que ces derniers les perçoivent comme étant devenues impersonnelles et anonymes. C'est là, bien sûr, une image subjective de la situation qui peut être contestée à plusieurs titres par les professionnels de la santé eux-mêmes, car elle contredit, en un certain sens, des traditions fortement enracinées et une idéologie humanitaire professée par la majorité. Mais entre cet idéal de perfection qui anime les praticiens et les faits courants de la dispensation quotidienne des soins, il existe des marges plus ou moins importantes de variation. Il faudrait être bien naïf, cependant, pour ne pas constater que les exigences de l'action technique et rationnelle vont trop souvent à l'encontre des attentes du patient et de sa vision de l'intervention professionnelle. Dans un certain nombre de cas, la maladie dans ses divers symptômes physiologiques, est à l'avant-plan des préoccupations premières du praticien. Dans un cas comme dans l'autre, le succès du traitement est réduit, voire même compromis, parce qu'il découle soit d'une définition insuffisante de la situation thérapeutique de la part du praticien ou encore d'une perception défavorable du contexte thérapeutique de

la part du patient. De nombreuses études ont bien documenté l'importance des perceptions et des prédispositions psychologiques du patient tant vis-à-vis l'équipe thérapeutique que le cadre institutionnel où elle agit dans le processus de guérison. Si nous poussons encore plus avant notre réflexion pour nous préoccuper cette fois non seulement de l'importance des facteurs psychosociaux dans l'étiologie et les techniques curatives mais aussi dans les chances de réadaptation psychologique et de réinsertion sociale du patient, nous accroissons d'autant l'importance d'une problématique du traitement et de la prévention centrée sur le malade et ses multiples univers sociaux et non sur la maladie. C'est donc, en nous situant d'emblée au cœur de l'idéologie technique de la réussite et au nom de l'efficacité thérapeutique que nous voulons renouer avec une tradition en perte de vitesse, celle du malade en tant que personnalité différenciée et en tant que participant d'une culture spécifique.

b) L'action des généralistes et des spécialistes

[Retour à la table des matières](#)

Cette autre dialectique entre généralistes et spécialistes se situe dans le prolongement de nos réflexions sur le malade et la maladie. Il est donc hors de notre propos de souligner les mérites respectifs des généralistes et des spécialistes dans la dispensation des soins. Car dans les débats auxquels nous assistons, une convergence se dégage sans équivoque : les uns sont tout aussi nécessaires que les autres dans la dispensation des soins tout comme ils doivent nouer entre eux des relations d'interdépendance et de complémentarité. Là où les divergences et les conflits implicites ou explicites apparaissent, c'est dans la conception et les aménagements des rapports intradisciplinaires et interdisciplinaires tant dans l'action thérapeutique que préventive. Il nous apparaît évident que tout un ensemble de facteurs exogènes aux professions de la santé - tels que l'avancement technique, l'évolution rapide des connaissances scientifiques et expérimentales, l'envahissement de l'organisation bureaucratique tant au niveau de la société globale qu'à celui des institutions dispensant des soins de santé, l'apparition d'une mentalité rationaliste, etc., sont autant de dynamismes qui ont provoqué l'apparition d'un nombre considérable de spécialités dans le domaine de la santé - et cela à l'intérieur même d'une seule discipline qu'est la médecine. La liste des spécialités s'allonge d'autant lorsque nous englobons dans le débat celle provenant des autres disciplines oeuvrant dans le domaine de la santé. L'aménagement des rapports intradisciplinaires dans le cas de quelques disciplines et celui de toutes les diverses disciplines entre elles, se complique parce qu'il doit obéir aux impératifs des pouvoirs publics, s'adapter à la variété des cadres institutionnels, concilier les inégalités dans les statuts professionnels et se heurter aux puissantes traditions d'autonomie des professions médicales. Au

surplus l'idéologie d'efficacité de la société technicienne place les généralistes dans un statut d'infériorité et de dépendance sinon d'inutilité. Si nous prenons seulement le cas de la profession médicale, il est clair que les omnipraticiens sont en passe de redéfinir et de revaloriser leur action professionnelle non seulement aux yeux de leurs propres confrères mais même auprès de leurs anciennes clientèles. Pour notre part, nous avons défini ailleurs ² les fonctions extrêmement importantes et critiques que peuvent exercer les omnipraticiens dans le vaste secteur de la santé mentale, de la médecine psychosomatique et de la médecine préventive. Si la maladie et le malade sont des concepts opératoires valables et utiles parce qu'ils nous permettent de bien différencier deux aspects distincts d'une même réalité, ne peut-on pas prétendre que ceux de généraliste et spécialiste -tout en procédant des mêmes intentions opérationnelles -risquent de nous enfermer dans des débats futiles si on ne reconnaît pas à prime abord qu'ils ne sont pas mutuellement exclusifs l'un de l'autre et que, pour autant, ils ne se situent pas aux pôles opposés d'un même continuum. Ne parle-t-on pas aujourd'hui couramment du spécialiste en médecine familiale ? Pour autant l'opposition n'existe-t-elle pas davantage dans les relations interdisciplinaires dans la dispensation des services et soins de santé ?

c) La profession médicale et les professionnels de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Si nous en sommes venus à la conclusion que la dichotomie généraliste-spécialiste renferme un faux problème, celui des relations entre la profession médicale et les autres professionnels de la santé nous apparaît sous un tout autre éclairage. Ce n'est pas tant le principe de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire qui est remise en question car à tous les congrès médicaux et dans tous les salons où on retrouve des médecins, sa nécessité est habituellement professée hautement dans tous les vocabulaires. Là où les évaluations négatives apparaissent, là où les jugements restrictifs s'expriment, c'est par rapport aux difficultés que suscite sa mise en place et le fonctionnement harmonieux des équipiers. Mettons de côté -pour ne pas compliquer indûment notre analyse - les facteurs de personnalité des membres de l'équipe ou de leur incompétence notoire et identifions les facteurs situationnels critiques que l'on peut concevoir en tant que freins à l'action commune, partagée et efficace. Les

² *Le rôle du médecin de famille dans la santé mentale*, l'Union médicale du Canada, Tome 94, juillet 1965, pp. 888-897.

plus importants de ces facteurs sont les suivants : la structure d'autorité de l'équipe et les qualités professionnelles du leader ; la division des tâches dans la dispensation des soins et la préparation professionnelles des membres pour remplir ces fonctions ; et la dynamique des relations interpersonnelles dans le groupe. Nous ne pouvons certes pas discuter ici chacun de ces points à leur mérite. Mentionnons tout de même qu'une structure autoritaire de l'équipe plutôt qu'une structure de type démocratique constitue un élément de friction important entre les membres de l'équipe. De la même manière, les fonctions de direction du leader exigent de lui une formation pluraliste et une ouverture par rapport aux perspectives disciplinaires des autres. Une source évidente de conflit et d'inefficacité prend son origine soit dans l'imprécision des tâches, dans une mauvaise compréhension des fonctions respectives, soit encore dans un manque évident de coordination dans les efforts professionnels de chacun et dans l'incapacité des membres à remplir les fonctions qui leur sont dévolues. Quant à la dynamique des relations interpersonnelles à l'intérieur de l'équipe, soulignons qu'elle se traduit sur l'équipe en tant que totalité. Plus encore, elle se reflète dans les relations de chaque professionnel de la santé avec son patient. D'ailleurs, dans le contexte d'évolution rapide dans lequel nous sommes (nouvelle conception de la maladie, techniques thérapeutiques renouvelées, contextes institutionnels réaménagés, les nouvelles professions de la santé, les coûts grandissants des soins de santé, naissance d'une idéologie de la planification) il nous faudrait suivre avec plus de fidélité les nouvelles définitions qui s'élaborent dans les activités et fonctions des diverses catégories professionnelles. Un exemple restreint servira à illustrer ma pensée. On constate que les fonctions de l'infirmière changent dans le cadre hospitalier, que certaines des fonctions autrefois assumées par le médecin lui sont maintenant réservées et que certaines de ses tâches traditionnelles sont dévolues à d'autres. Cette évolution nous amené à soulever quelques questions. Comment définir les fonctions de chacun pour éviter l'imprécision et l'ambiguïté dans les tâches, comment assurer la qualité du traitement et éviter les conflits interprofessionnels ? Comment motiver le patient pour qu'il se sente à l'aise et en pleine confiance vis-à-vis chacun des membres de l'équipe qui agit pour et avec lui ? Comment assurer la continuité dans le traitement ? Comment améliorer les communications avec le patient pour qu'il soit mieux informé et devienne un participant ? Comment améliorer les chances de réadaptation physique et psychologique du patient ?

**d) Sciences de la santé,
sciences administratives, sciences humaines**

[Retour à la table des matières](#)

Nous venons d'examiner quelques-unes des difficultés inhérentes au fonctionnement d'une équipe clinique. Élargissons l'angle de vision aux diverses équipes professionnelles oeuvrant dans le domaine de la santé. S'il existe un décloisonnement évident à l'intérieur des sciences médicales, peut-on parler d'une tendance aussi prononcée entre les sciences médicales, les sciences administratives et les sciences humaines ? C'est par rapport à ce paramètre plus qu'à tout autre encore que se joue l'adaptation des professions à la société technologique. Si les sciences de la santé oeuvrent dans des organisations complexes ou les services doivent être plus efficaces, c'est-à-dire en plus grand nombre et de meilleure qualité, plus rapides et à un coût moindre, comment pourrait-on réaliser une organisation rationnelle de l'activité professionnelle sans faire appel aux méthodes et techniques modernes de gestion et d'organisation, aux connaissances expérimentées des sciences humaines. C'est encore une fois au nom d'une perspective holistique et des complémentarités disciplinaires que nous invoquons un décloisonnement plus généralisé. Il est connu que l'utilisation actuelle des ressources médicales et hospitalières est inégale. Nous songeons ici, en particulier, aux clientèles des cliniques externes qui doivent attendre de longues heures dans les corridors avant de recevoir les consultations et soins nécessaires, aux effectifs inadéquats des salles d'urgence des hôpitaux, aux hospitalisations contestables pour les fins de vérification (*check-up*) et à l'utilisation minimale des lits d'hôpitaux durant les périodes estivales. L'éminent cardiologue Paul David le rappelait dans une conférence qu'il prononçait récemment³. Si nous dressions l'inventaire des utilisations inadéquates des ressources existantes ou de l'absence de ressources médicales et hospitalières appropriées dans la dispensation des soins, nous serions constamment renvoyés dans les éléments de solutions à des facteurs administratifs et humains. Dans cette conjoncture, il nous apparaît essentiel d'entreprendre de nombreuses études sur les systèmes de dispensation des soins en tant que systèmes sociaux. Prenons un exemple de portée moyenne pour illustrer notre assertion, soit, le statut social et économique des professionnels de la santé. Nous nous référons tout aussi bien au statut social des professions de la santé qui perdent certains de leurs privilèges qu'à celui des nouvelles professions qui acquièrent du prestige

³ “Le Québec au seuil de l'assurance-maladie”, Conférence Brochu, publiée dans *Le Devoir* des 8 et 10 novembre 1969.

(psychologue, travailleur social, sociologue médical). Dans quelle mesure cette mobilité sociale ascendante ou descendante entraîne-t-elle des répercussions sur les techniques de dispensation et la qualité des soins ? Le fait, par ailleurs, que certains professionnels de la santé soient en passe de devenir (ou devenus) des salariés, exerce-t-il des influences sur la sécurité économique des professionnels eux-mêmes, sur leur liberté professionnelle ? Comment le salaire et les autres conditions de travail influent sur les relations entre les dispensateurs de soins et leurs employeurs (l’État, les institutions, etc.) et sur la conception de l’action professionnelle ? Comment définir les conditions de la pratique individuelle et de la pratique de groupe ? Quelles formules permettraient de motiver les professions à établir des rapports réciproques articulés ?

Cette liste de questions met en lumière l’importance de la recherche dans les cadres institutionnels et accentue la nécessité d’un rapprochement fonctionnel des sciences de la santé, des sciences administratives et des sciences humaines.

e) Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

En mettant en parallèle les facteurs techniques de progrès et la dynamique de la dispensation des soins dans la société technologique, on est sur le champ frappé par l’inadéquation des réalités par rapport à des fins jugées essentielles et par les difficultés d’élaboration, de mise en place et de fonctionnalité des diverses équipes de santé. Ces définitions des tâches et des services professionnels par les professionnels de la santé ne peuvent plus être élaborées en vase clos. Elles doivent être discutées sur la place publique et confrontées à celles qu’élaborent les membres de la communauté globale. Si les professionnels de la santé réfléchissent sur la qualité de leur participation dans la dispensation des soins, les membres de la communauté poursuivent essentiellement les mêmes démarches mais n’aboutissent point nécessairement aux mêmes prises de conscience. Nous sommes ainsi amenés à étudier l’influence de la socialisation sur la pratique professionnelle.

III - La socialisation des services de santé

1. Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Par socialisation des services de santé, nous entendons la participation de la communauté dans la conception, la mise en place et l'utilisation des services de santé. C'est en vertu du principe que la maladie, comme la mort prématurée, représentent des pertes économiques et sociales considérables, c'est en fonction des inégalités des chances économiques et sociales que la communauté définit ses responsabilités et participe à la définition des finalités de la pratique professionnelle et à l'organisation de la dispensation des soins. Cette nouvelle prise de conscience ne vise pas à remplacer la participation des professionnels de la santé - qui jusque là en avait l'exclusivité - mais à en élargir les cadres et à porter la discussion de tous les problèmes de santé sur la place publique. Comme l'affirmait le professeur Guy Rocher a un colloque sur la sociologie et la médecine, la conscience collective est plus sensible qu'autrefois aux inégalités économiques et sociales, à ceux qui sont défavorisés parce qu'ils sont pauvres, qu'ils ont reçu une faible scolarité et qu'ils ont une mauvaise santé. Cette prise de conscience est visible dans les mouvements de revendication, dans l'action sociale de plusieurs mouvements sociaux et dans le contenu des communications de masse⁴. N'y aurait-il pas lieu de rappeler ici que des enquêtes sur l'administration des hôpitaux ont été instituées par le Gouvernement à la suite de pressions venant du public en général. Bien plus, le public n'entend pas seulement participer à la définition des objectifs et à l'établissement des priorités, il entend même évaluer selon ses critères propres les positions des associations professionnelles de la santé sur des questions d'intérêt commun. Le sociologue Rocher est très explicite sur ce point :

“... le public s'attend et s'attendra de plus en plus à ce que le Collège des médecins et les autres associations médicales prennent position sur les questions d'intérêt commun, éclairent l'opinion publique, viennent s'expliquer sur la place publique. Plus exactement, à travers le collège des médecins ou autrement, c'est toute la profession médicale qui devra accepter, sans se scandaliser d'être beaucoup plus qu'auparavant sur la place publique, de se faire poser des questions, d'avoir à

⁴ *La médecine socialisée*, l'Union médicale du Canada, Tome 94, no 7, 1965, pages 909-910.

expliquer ou à s'expliquer. La médecine ne pourra plus se situer en dehors du forum: elle devra dialoguer, sur des questions de santé et d'hygiène, avec la société toute entière, l'État, des associations ou groupes intermédiaires, des journaux, des revues, l'opinion publique, etc.”⁵

L'engagement de la communauté s'exprime, comme nous venons de le constater, dans une participation multiple -soit celle des pouvoirs publics, des professions de la santé et du public en tant que clientèles. Voilà autant de corps sociaux clairement identifiables qui à un titre ou à un autre préconisent des politiques de santé, conçoivent d'une certaine manière l'essence de leur participation propre. La question ici n'est pas de savoir si ces définitions sont parfaitement conciliables entre elles ou si elles obtiennent l'unanimité de leurs membres et leur engagement complet - mais plutôt d'en exprimer les facettes les plus essentielles. Nous traiterons, donc, successivement de la participation de l'État, de la participation des professionnels de la santé et de la participation du public.

2. La participation de l'État

L'action de l'État dans le domaine de la santé est fort complexe : nous en dégagerons les lignes essentielles. Dans l'action gouvernementale, conçue comme un ensemble, le secteur de la santé occupe une place de choix qui se compare à celle de l'éducation, à celle du bien-être et à celle du développement des richesses naturelles et de l'économie. Tout comme ces différents secteurs, celui de la santé est soumis aux priorités gouvernementales et aux restrictions budgétaires dans une politique de développement et d'équilibre des ressources. Nous nous restreindrons à identifier les responsabilités et les fonctions de l'État dans le domaine de la santé et de la dispensation des soins. Ce sont des rôles de planification des services, d'information du public, d'animation sociale, de promotion de la recherche.

a) La planification des services

[Retour à la table des matières](#)

Il nous faut se situer d'emblée dans une conjoncture de développement économique et social pour bien comprendre les fonctions de planification et de direction de l'État dans la conception et l'établissement d'un réseau complet de services. La santé du citoyen n'est pas uniquement défini comme un objet

⁵ ROCHER, Guy, op. cit., page 911.

de responsabilité publique mais comme un instrument de développement économique et socio-culturel. La mise en place de services de santé de même que leur administration - dans le sens le plus général du terme - doit découler d'un plan directeur qui définit la nature des services à établir, les grandes étapes et les principales modalités de la réalisation des programmes. Essentiellement, les fonctions directrices de l'État se situent au niveau de l'élaboration des politiques d'ensemble, de l'établissement du réseau complet de dispensation des soins et de la coordination des actions professionnelles individuelles et collectives. À cela ajoutons la participation de l'État à la grande réforme scolaire et à la réforme de l'Enseignement de la médecine et des sciences de la santé ⁶.

b) L'information du public

[Retour à la table des matières](#)

En plus d'informer et d'éduquer le public sur ses fonctions générales et sur ses responsabilités particulières dans le domaine de la santé, l'État doit également informer et éduquer le public sur l'épidémiologie et l'étiologie des maladies, sur les techniques modernes de dépistage hâtif, de diagnostic, de traitement et de prévention des diverses maladies, et sur l'hygiène corporelle et mentale. Cette dernière fonction nous apparaît d'autant négligée qu'elle se situe au cœur même des problèmes de la société technologique - rythme urbain de vie, fatigue et dépression mentales fréquentes, pollution de l'air et de l'eau, alimentation souvent irrationnelle, accidents de toutes sortes créant des handicaps physiques ou psychologiques permanents, loisirs passifs, et j'en passe.

c) L'animation sociale

Les fonctions directrices de l'État. ne s'expriment pas *in vitro* sur un milieu "froid". Pour autant elles visent non seulement à susciter la participation des professionnels et du public dans l'utilisation rationnelle des services de santé existant par le biais des techniques de l'animation sociale, mais aussi à comprendre les besoins de santé de la population et leurs réactions vis-à-vis les services existants et à intégrer ces actions en retour dans l'exercice de ses mandats et dans la conception de ses projets d'avenir. Au lieu d'être coupée de

⁶ *Les médecins internes et résidents*, Rapport de la Commission d'Enquête sur la santé et le bien-être social, Vol. II, Québec, Gouvernement du Québec, 1967.

ses sources les plus vives (les clientèles qu'elle représente et dessert) ou d'être figée dans un statisme de routine, l'action gouvernementale s'enracine alors dans des infrastructures en constante évolution et s'élabore au contact des situations vécues.

d) La promotion de la recherche

Une des fonctions des pouvoirs publics qu'on semble constamment reléguer à un second plan pour toutes sortes de raisons (l'absence de fonds, etc.) est celle de la promotion de la recherche sur la maladie (étiologie, épidémiologie, divers types et formules de prévention), sur la qualité des services de santé et sur l'engagement et la participation de la communauté. Dans le secteur de la recherche, il faudra trouver le juste équilibre entre la recherche de type fondamental et celle à caractère d'application, entre la recherche interne et la recherche subventionnée dans les universités et les centres de recherche.

3. Le rôle des professionnels de la santé

[Retour à la table des matières](#)

Si on s'entend assez bien sur la définition des fonctions directrices de l'État, la conception des nouvelles fonctions des associations professionnelles de la santé dans une société moderne de plus en plus socialisée ne semble pas - à tout le moins à distance - susciter les mêmes convergences et unanimités. Si on examine cette question sous l'angle de la tradition séculaire des professions libérales comme la médecine, on s'aperçoit que les réglementations qui régissent la profession sont centrées sur l'individu et explicitent ses droits et devoirs. Ces codifications tombent en désuétude car elles ne tiennent pas suffisamment compte des conditions modernes d'exercice de la médecine. Bien plus, elles perpétuent des structures de discussion et de participation qui tendent vers une fermeture, c'est-à-dire à la conservation de privilèges et de statuts maintenant contestés. Si on examine la participation des professionnels de la santé sous l'angle des nouvelles professions, on a l'impression d'une plus grande ouverture, d'un meilleur ajustement aux conditions nouvelles de la dispensation des soins. Ces jugements globaux sont simplificateurs d'une réalité beaucoup plus complexe et mouvante. Plusieurs questions fondamentales demeurent encore sans réponse claire. Nous en mentionnerons quelques-unes à titre d'illustration. Quelle devrait être la nature des nouveaux

rapports entre la profession, les administrateurs des institutions de santé et les pouvoirs publics ? Comment concilier les impératifs de l'accessibilité et de l'universalité des soins aux exigences de services et soins améliorés : nous rejoignons ici l'apparente contradiction entre la quantité et la qualité des soins ? Comment concilier les coûts élevés de la survie dans des cas-limites (à la suite de la mobilisation des spécialistes pour quelques individus) aux nécessités d'améliorer la santé des vivants ? Comment les professionnels de la santé pourraient-ils s'insérer davantage dans les organisations volontaires de la communauté dans le but de fournir le leadership de l'expérience vécue ? Comment les associations professionnelles pourraient-elles mieux informer le public sur la nature de leurs positions et orientations par rapport à des questions d'intérêt public ?

4. La participation de la communauté

[Retour à la table des matières](#)

La socialisation des services de santé, nous l'avons affirmé plus tôt, déborde les cadres des pouvoirs publics et des associations professionnelles pour atteindre, théoriquement du moins, l'ensemble des membres de la société. Dès lors, la question fondamentale à éclaircir est la suivante : comment peut-on favoriser les prises de conscience et l'engagement soutenu de la communauté dans le domaine de la santé ? Nous nous sentons incapable d'y répondre adéquatement dans le cadre de cette conférence étant donné qu'elle nous renvoie aux fondements théoriques d'une sociologie du développement social et de l'organisation communautaire et à l'élaboration d'outils en vue de l'émergence d'un véritable "mouvement de base" pour reprendre un concept de Jacques Grand'Maison dans son ouvrage *Vers un nouveau pouvoir*⁷. Énonçons tout au plus les grands pôles de cette participation communautaire soit, les Conseils d'administration des services de santé privés et para-gouvernementaux; les groupes intermédiaires, y compris les groupes de pression et les diverses clientèles. Les conseils d'administration des services privés et para-gouvernementaux, par l'élaboration de politiques à court et à long terme, par la gestion et l'administration des services proprement dits, par leurs préoccupations de toujours mieux servir leurs clientèles par le biais de leurs expériences professionnelles et disciplinaires propres, par la position sociale de leurs membres, incarnent un type de participation nécessaire et fructueuse. Les groupes intermédiaires, de leur côté, professent des idéologies

⁷ Éditions HMH, Montréal 1969.

qui justifient leurs interventions et le sens de leur engagement par rapport à des objectifs sociaux qu'ils défendent. Quant aux diverses clientèles des services de santé, si elles consentent de plus en plus à défrayer les nouveaux coûts de la planification et des services de santé, si elles comprennent de mieux en mieux comment utiliser les services de santé disponibles, elles saisissent encore mal comment elles peuvent participer à la promotion et à l'amélioration de la qualité des soins. C'est pourtant à ce niveau, tout aussi bien qu'à tous les autres, que se joue l'efficacité de la socialisation en tant qu'idéologie et en tant que réalité fonctionnelle.

IV - Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Quoi conclure des différentes constatations et interrogations que nous venons d'énoncer ?

Il nous apparaît évident que dans notre société qui s'engage dans la phase post-industrielle, la technicisation des soins curatifs de même que la bureaucratisation des cadres thérapeutiques ira en s'accroissant, suscitant ainsi des difficultés d'adaptation encore plus profondes tant chez les professionnels de la santé que chez les consommateurs de soins.

En second lieu, il me semble également, que dans les efforts de planification consentis jusqu'à maintenant, on a survalorisé la multiplication des services curatifs aux dépens des services de dépistage et de prévention et aux dépens de l'amélioration des services déjà existants. N'a-t-on pas trop négligé aussi de planifier les structures d'ensemble devant coiffer l'universalité des institutions et services de santé ?

Un troisième élément est la crise de conscience de la profession médicale tant dans la conception de l'action professionnelle que dans la conception et l'aménagement de ses rapports avec les autres professions et les structures administratives étatiques. Comment ces nouvelles définitions vont-elles influencer sur la qualité de la relation thérapeutique ?

Une autre remarque concerne la participation de la communauté. Cet intérêt du public consommateur va-t-il généraliser à toutes les couches de la

population et susciter les participations nécessaires au renouvellement de l'action professionnelle et gouvernementale ?

Finalement, où va-t-on trouver l'argent pour défrayer ces nouveaux programmes de santé publique conçus pour réduire sinon faire disparaître complètement les inégalités devant la maladie.

Voici quelques-unes des questions que nos réflexions soulèvent, et a vous d'y répondre.

Fin du texte