UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA MISE EN PLACE DU VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ COMME SOLUTION À LA CRISE DE PRODUCTIVITÉ DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE AU QUÉBEC (1975-2000)

THÈSE PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE (Ph.D.)

PAR

LUC BONNEVILLE ©

SEPTEMBRE 2003

REMERCIEMENTS

La réalisation d'une thèse doctorale est une expérience à la fois individuelle et collective. Individuelle dans la mesure où pendant plusieurs années le doctorant a tendance à vivre l'expérience en marge de la vie académique, un peu à l'écart de la société, à la manière d'un repli sur soi dans une espèce de prise de distance qui permet de mieux objectiver le monde ainsi observé. Une découverte qui, en plus d'être le résultat d'une observation de la réalité objective (en soi), est également *introspective* dans la mesure où il se découvre lui-même. L'interprétation qu'il fait de la réalité, le sens qu'il accorde à celle-ci, la construction de constats à partir de l'observation sont autant de composantes qui interpellent le sujet dans son rapport avec le monde, la connaissance, le savoir et la science. Ce qui en soi constitue une étape fondamentale de la réalisation d'une thèse doctorale, au-delà du travail concret de recherche qu'implique celle-ci. C'est donc une expérience qui invite à la connaissance de soi, conforme à l'idée de Socrate pour qui l'Homme devait d'abord et avant tout se connaître, lui-même. Mais la thèse est également une expérience collective dans la mesure où le doctorant n'invente rien, ne faisant que suivre le chemin tracé par d'autres chercheurs qui lui ont ouvert la porte du savoir. Un savoir codé, souvent difficilement atteignable puisque écrit en langage abstrait comme le faisait remarquer Galilée à propos de la nature, détenu par les disciplines qui le portent et qui parlent plus souvent qu'autrement à travers la bouche du doctorant, orienté par la littérature et les chercheurs qu'il côtoie régulièrement.

Je voudrais tout d'abord remercier, du plus profond de mon être, mon directeur de thèse, Monsieur Jean-Guy Lacroix (professeur de sociologie à l'Université du Québec à Montréal et co-directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la communication, l'information et la société), qui a été tout simplement remarquable et admirable dans son rôle. Il s'est distingué par sa rigueur, son honnêteté, son ardeur et sa compréhension, autant de qualités qui font de lui non pas seulement un universitaire et un chercheur chevronné, mais un intellectuel sans pareil.

Je témoigne également toute ma reconnaissance aux personnes suivantes qui ont joué pour beaucoup dans la progression de mes études et recherches : Jean Gadrey

(professeur de sciences économiques à l'Université Lille I) pour avoir pris le temps de lire ma problématique de thèse avant d'entreprendre notre riche discussion ; Dominique Carré (professeur à l'UFR de communication, Université Paris-XIII), Pierre Mœglin (professeur à l'UFR de communication à l'Université Paris-XIII et directeur de la Maison des Sciences de l'Homme de Paris-Nord), Roger Delbarre (maître de conférence à l'UFR de communication, Université Paris-XIII) et Yolande Combès (maître de conférence à l'UFR de communication, Université Paris-XIII) qui m'ont chaleureusement accueillis au Laboratoire des sciences de l'information et de la communication (LABSIC) à Paris ; le Dr Vincent Hazebroucq (radiologue et chargé de projet au Ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche en France) avec qui j'ai pu discuter pendant un bel après-midi ensoleillé à Paris ; Josiane Boulad-Ayoub (professeur de philosophie et titulaire de la Chaire UNESCO de philosophie à l'UQAM) qui m'a énormément aidé depuis la fin de mon baccalauréat avec ses judicieux conseils ; Gaëtan Tremblay (professeur de communication à l'UQAM et co-directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la communication, l'information et la société) avec qui j'ai eu le privilège d'échanger à plusieurs reprises et qui m'a toujours soutenu dans mes recherches ; Jacques Mascotto (professeur de sociologie à l'UQAM) pour son point de vue critique sur la réalité sociale, Gilles Dostaler (professeur en sciences économiques à l'UQAM), pour ses nombreuses remarques théoriques sur l'histoire de la pensée économique, Marc Ménard (économiste à la Société de développement des entreprises culturelles du Québec [SODEC]) pour ses pistes de réflexion en économie de l'information et Benoît Lévesque (professeur de sociologie à l'UQAM) pour ses excellentes suggestions de lecture.

Mes remerciements, également, à certaines gens sans qui la réalisation concrète de ma thèse aurait été beaucoup plus difficile. Je remercie Agnès Grandin (Centre de recherche étude et documentation en économie de la santé à Paris), Nathalie Arcand (agente de diffusion, Statistique Canada), Renaud Dugas (Centre d'information et de documentation, Institut de la statistique du Québec), Marc-André St-Pierre (Ministère de la Santé et des services sociaux), Karen McCarthy (gestionnaire des communications, Institut canadien d'information sur la santé), Gilles Fortin (chercheur principal, Gestion des produits, Institut canadien d'information sur la santé), Jacques Delorme (préposé aux renseignements, Ministère des Finances, de l'Économie et de la Recherche) et Jean St-Amant (bibliothécaire, Université du Québec à Montréal). Je remercie par ailleurs toutes les personnes qui ont accepté de répondre à nos questions et de nous consacrer intérêt et

temps pour notre recherche.

Je dois également remercier ma famille et mes amis, notamment mes parents Lucien Bonneville et Thérèse Balthazar, mon frère Éric Bonneville, ma conjointe Valérie Chon, qui m'ont toujours encouragé à poursuivre mes études, même dans les moments les plus difficiles ; mes bons amis France Aubin, René Marchand, Diane Raymond, Claire Roberge, Marc Lemire, Stéphane Thellen, Loum Ndiaga, André Dufort, Éric George, Maryse Rivard, Florence Millerand, Simon Dubois, Guillaume Latzko-Toth, François Boulanger, Michaël Totschnig, Sophie Dupiech, Stéphane Fauteux, Christian Agbobli, Raluca Fratiloiu, Danielle Bélanger, Richard Rousseau, Mustapha Belabdi, Maria Dominguez, Edgar Rebouças, Hélène Bourdeloie, Isabelle Pronovost, Dimitri della Faille, Éliana Herrera, Alberto Alvarez, Christian Leduc, Christian Giguère et Axelle Martin.

Enfin, je remercie le Fonds pour la Formation des chercheurs et d'aide à la Recherche (FCAR) pour son support financier durant toutes mes études de troisième cycle, grâce auquel j'ai pu me consacrer à temps complet à ma thèse doctorale.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....xiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....xv

RÉSUMÉ.....xvi

INTRODUCTION.....1

I.1 Identification de l'objet.....1

I.2 Circonscription de l'objet.....2

I.3 Dimension sociale de l'objet d'étude.....6

I.4 Portée scientifique de l'objet de recherche.....9

I.5 Présentation des chapitres.....12

CHAPITRE I
LA PROBLÉMATIQUE DE LA THÈSE.....13

1.1 La productivité comme problème fondamental de l'économie : un point de départ……13

1.1.1 Une analyse générale du concept et de la mesure de la productivité dans l'économie : 13

1.1.2 L'évolution de la pensée économique sur le concept et la mesure de la productivité.....15

1.1.2.1 L'analyse de la production chez les classiques.....16
1.1.2.2 La productivité chez les économistes néoclassiques : le raisonnement à la marge.....23
1.1.2.3 Macroéconomie, croissance économique et productivité.....28
1.1.2.4 Les conceptions contemporaines de la productivité et de la croissance économique.....38

1.2 L'évolution des conditions de mise en productivité au XXe : analyse du fordisme-keynésisme.....42

1.2.1 L'évolution socioéconomique et les indicateurs néoclassiques de productivité.....42

1.2.2 Taylorisme, fordisme et fordisme-keynésisme.....46

1.2.3 Quelques interprétations de l'épuisement des conditions de mise en productivité du «fordisme-keynésisme».....52

1.3 L'avènement d'une «nouvelle société» ?.....…61

1.3.1 Une transition sociale qui invite à de nouvelles analyses de la productivité.....61

1.3.2 La montée des services dans l'économie.....62

1.3.2.1 La dynamique socioéconomique des services.....63
1.3.2.2 Le développement des services de soins au Québec.....67
1.3.2.3 Le problème de l'application de la productivité néoclassique dans les services.....70

1.3.3 Vers une société dite de l'information.....….....74

1.3.3.1 Quelques conceptions de la société de l'information.....77
1.3.3.2 Les fondements de la société et de l'économie dites de l'information……84
1.3.3.3 Les grandes composantes de l'économie de l'information : enjeux et débats.....87

1.4 Les discours sur la productivité dans le processus d'informatisation sociale.....91

1.4.1 L'informatisation sociale : un nouvel élan pour les discours néoclassiques de la productivité.....91

1.4.2 Les problèmes conceptuels que pose l'informatisation dans l'économie…....98

1.4.3 Une nouvelle dynamique organisationnelle comme source d'accroissement de la productivité ?.....103

1.4.4 Le paradoxe de productivité dans les activités tertiaires et informationnelles……108

1.5 De l'analyse néoclassique de la santé au problème de la productivité des services conventionnels et informatisés de soins.....….....113

1.5.1 La santé saisie par les économistes : un point de départ……113

1.5.1.1 Les principaux questionnements de l'économie de la santé.....113
1.5.1.2 L'analyse des comportements, des «rationalités».....117
1.5.1.3 La demande induite par l'offre.....120
1.5.1.4 La fonction de production de santé.....123

1.5.2 Du diagnostic de la crise du système sociosanitaire à la «nécessité» d'en augmenter globalement la productivité.....125

1.5.2.1 Les grandes causes de la crise du système sociosanitaire.....126
1.5.2.2 Du virage ambulatoire aux autoroutes de l'information : le virage ambulatoire informatisé.....….....129

1.5.3 Pourquoi la conception néoclassique de la productivité ne peut-elle être appliquée aux services de soins ?.....….....140

1.5.3.1 L'incompatibilité des catégories analytiques de la productivité néoclassique face à la finalité d'usage des services de soins....140
1.5.3.2 Logique productiviste et services informatisés de soins.....144
1.5.3.3 L'efficience clinique et thérapeutique des services de soins....152

1.6 Hypothèse de travail.....154

CHAPITRE II
MÉTHODOLOGIE.....….....156

2.1 Une double approche : quantitative et qualitative.....156

2.1.1 Une analyse de l'évolution des principaux indicateurs de performance dans le système sociosanitaire.....….....157

2.1.2 Une analyse de contenus écrits.....….....158

2.1.3 Des entrevues semi-directives.....160

2.2 Corpus de données et population d'enquête.....161

CHAPITRE III
L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE, 1975 À 2000.....….....165

3.1 Une croissance gigantesque des dépenses totales de santé.....165

3.1.1 Croissance des dépenses totales de santé.....….....165

3.1.2 Croissance comparée des dépenses totales de santé et du PIB.....166

3.2 L'évolution des dépenses publiques et privées de santé : une double tendance.168

3.2.1 La croissance de la proportion des dépenses publiques et privées de santé dans les dépenses totales de santé…….....….....168

3.2.2 La croissance comparée des dépenses publiques et privées.....172

3.2.3 La croissance comparée des dépenses publiques et privées par rapport à l'évolution du PIB.....….....173

3.2.4 Les dépenses publiques et privées par affectation de fonds.....175

3.2.4.1 La croissance comparée des dépenses publiques et privées par affectation de fonds.....175
3.2.4.2 La croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par affectation de fonds et du PIB.....182
3.2.4.3 La croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par affectation de fonds et de l'IPC.....186

3.3 L'évolution des besoins de soins et du système sociosanitaire au Québec (1975 à 2000)……189

3.3.1 L'accroissement de la population au Québec.....189

3.3.2 L'évolution des établissements sanitaires.....….....193

3.3.3 L'évolution du nombre de lits et places au permis.....198

3.3.4 L'évolution des effectifs médicaux.....202

3.4 Pour conclure sur l'évolution des grandes tendances du système sociosanitaire…….208

CHAPITRE IV
LE DISCOURS OFFICIEL DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS SUR LE VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ AU QUÉBEC.....….....211

4.1 Contexte général de la mise en place des autoroutes de l'information dans le système sociosanitaire québécois.....211

4.1.1 Le rôle de l'État : un point de départ.....….....211

4.1.2 La recherche d'une solution à la crise du système sociosanitaire.....215

4.2 Légitimer l'implantation des autoroutes de l'information.....220

4.2.1 Quand l'État veut convaincre les citoyens et les professionnels du secteur de la santé de la pertinence du «nouveau» système sociosanitaire.....220

4.2.2 Revoir les modalités de financement des autoroutes de l'information pour élargir l'espace marchand en santé.....225

4.3 Faire accepter les moyens par lesquels l'État pensait réaliser son objectif de réduction des coûts publics des services de soins.....228

4.3.1 La nécessité de l'accroissement de la productivité globale du système sociosanitaire.....228

4.3.2 Transformer structurellement le travail médical pour le rendre plus productif.....….....231

4.3.3 Le rôle clé de l'information dans cette quête d'augmentation de la productivité.....236

4.4 Le sens des termes utilisés par l'État québécois pour justifier la réorganisation par les autoroutes de l'information.....239

4.4.1 La quête d'un optimum.....239

4.4.2 Des services de soins plus efficients, efficaces, performants, bref plus productifs.....242

4.4.3 L'augmentation de la productivité des services de soins par l'implantation des autoroutes de l'information.....247

4.5 Pour conclure : un projet de réorganisation du travail médical où «l'économique» organise le discours.....250

CHAPITRE V
VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ ET AUGMENTATION STRUCTURELLE DE LA PRODUCTIVITÉ DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE.....253

5.1 Le virage ambulatoire informatisé pour résoudre les problèmes d'engorgement des établissements sanitaires.....253

5.1.1 Contexte général.....253

5.1.2 Le virage ambulatoire informatisé pour répondre à une demande croissante de soins malgré des ressources réduites.....257

5.2 Une transformation radicale du mode d'accès aux soins et de la prise en charge clinique des patients.....265

5.2.1 La réduction de la durée des hospitalisations et de la fréquentation des établissements sanitaires lourds (centres hospitaliers).....265

5.2.2 La transformation de la prise en charge des pathologies nécessitant des consultations récurrentes.....269

5.2.3 Un changement structurel des habitus d'accès aux soins.....272

5.2.4 «Maximiser» le rendement de la prescription des médicaments.....274

5.3 Les autoroutes de l'information comme outil de contrôle du travail médical....281

5.3.1 La production de données quantitatives pour surveiller et contrôler la productivité de la pratique médicale.....281

5.3.2 Contrôler la productivité des établissements sanitaires afin d'assurer que les coûts publics des services de soins soient le plus bas possible.....285

5.4 Conclusion : imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique.....291

CHAPITRE VI
VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ ET EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SERVICES DE SOINS.....294

6.1 L'intensification du travail médical par l'ambulatoire informatisé.....294

6.1.1 Réorganisation, intensification et surcharge de travail pour les professionnels de la santé.....294

6.1.2 Standardiser le travail médical pour le rendre plus productif.....298

6.1.3 Faire «plus» avec moins de ressources.....302

6.2 Une opposition inconciliable entre la productivité et l'efficience clinique et thérapeutique.....306

6.2.1 Pour les décideurs, avant tout l'accroissement de la productivité et de la rentabilité.....306

6.2.2 La centralité de l'efficience clinique et thérapeutique pour les professionnels de la santé.....314

6.3 Une logique *top down* d'implantation des TIC contradictoire à l'efficience clinique et thérapeutique.....321

6.3.1 L'«absence» de soutien à la pratique clinique.....321

6.3.2 De nouvelles contraintes qui bloquent la possibilité d'améliorer les conditions du travail médical.....324

6.3.3 Une logique de substitution du travail médical par les TIC qui conduit à l'effritement de la qualité de soins.....329

6.4 Conclusion : un virage ambulatoire informatisé incompatible avec l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins.....334

CONCLUSION
DE LA «PRODUCTIVITÉ» À L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, COMME FONDEMENT DE LA PENSÉE ANALYTIQUE SUR LES SERVICES DE SOINS ET LA SANTÉ.....337

C.1 Une synthèse des principaux constats.....337

C.2 Une incompatibilité entre la productivité néoclassique et l'efficience clinique et thérapeutique.....343

C.2.1 Un projet d'augmentation structurelle de la productivité qui s'inscrit par

essence en inadéquation avec l'efficience clinique et thérapeutique.....344

C.2.2 Quand la «productivité» repose sur des catégories analytiques étrangères l'essence des services de soins.....348

C.3 Vers de nouvelles pistes de réflexion.....350

APPENDICE A
GRILLE ANALYTIQUE DE LECTURE.....352

APPENDICE B
CANEVAS D'ENTREVUE.....354

APPENDICE C.....356

Tableau C.1 Dépenses totales de santé au Québec par habitant, 1975 à 2000 (dollars constants de 1997) et PIB par habitant (dollars constants de 1992)…..356

Tableau C.2 Dépenses de santé publiques, privées (en '000 000 $ de 1997) par habitant et PIB par habitant au Québec, 1975-2000.....357

Tableau C.3 Taux de croissance comparé des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds (dollars courants '000 000$) par habitant, du PIB ($ dollars courants) par habitant et de l'IPC (1992 = 100) au Québec, 1975 à 2000.....358

Tableau C.4 Proportion des transferts fédéraux en matière de santé dans les dépenses publiques de santé du Québec, 1975 à 1995.....361

Tableau C.5 Nombre d'établissements (par mission), au Québec, de 1980 à 1996...362

Tableau C.6 Nombre de lits et places au permis (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996.....363

BIBLIOGRAPHIE.....364

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure Page

1.1 Triangle des activités de service.....65

Tableau

1.1 Évolution des taux de rentabilité dans les principaux pays capitalistes.....53

3.1 Dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000 - dollars constants (en ’000 000 $ de 1997).....166

3.2 Dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000 (dollars constants de 1997) et PIB (dollars constants de 1992).....167

3.3 Proportion des dépenses publiques et privées de santé dans les dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000.....169

3.4 Répartition (en %) des personnes gagnant un revenu, Québec, (1980-2000).....170

3.5 Évolution des tables d’imposition applicables de 1975 à 2000, au Québec (en pourcentage).....171

3.6 Dépenses publiques et privées de santé au Québec, 1975-2000, (en ‘000 000 $ de 1997).....172

3.7 Dépenses de santé publiques, privées (en ‘000 000 $ de 1997) et PIB au Québec, 1975-2000 174

3.8 Dépenses publiques et privées de santé par catégories d’affectation de fonds, Québec, 1975 à 2000 (dollars courants ‘000 000$).....177

3.9 Croissance comparées des dépenses publiques et privées de santé par catégories d’affectation de fonds et du PIB ($ courants), Québec, 1975 à 2000 (dollars courants ‘000 000$).....184

3.10 Taux de croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par catégories d’affectation de fonds et de l’IPC (1992=100), Québec, 1975 à 2000 (dollars courants ‘000 000$).....188

3.11 Évolution de la population du Québec et du Canada, 1975-2000 (‘000).....191

3.12 Répartition de la population au 1er juillet, selon l’âge, Québec, 1976 à 2021 (en pourcentage).....192

3.13 Nombre d'établissements (par mission), au Québec, de 1980 à 1996.....195

3.14 Ratio «population par établissement» (par mission), au Québec, de 1980 à 1996.....196

3.15 Nombre de lits et places au permis (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996.....199

3.16 Ratio «population par nombre de lit ou place au permis» (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996.....200

3.17 Personnel de la santé, selon la profession, Québec de 1976 à 1996.....203

3.18 Ratio «population par professionnel» (selon la catégorie professionnelle), au Québec, de 1976 à 1996.....207

A-C.1 Dépenses totales de santé au Québec par habitant, 1975 à 2000 (dollars constants de 1997) et PIB par habitant (dollars constants de 1992).....356

A-C.2 Dépenses de santé publiques, privées (en '000 000 $ de 1997) par habitant et PIB par habitant au Québec, 1975-2000.....357

A-C.3 Taux de croissance comparé des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds (dollars courants '000 000$) par habitant, du PIB ($ dollars courants) par habitant et de l'IPC (1992 = 100) au Québec, 1975 à 2000.....358

A-C.4 Proportion des transferts fédéraux en matière de santé dans les dépenses publiques de santé du Québec, 1975 à 1995.....361

A-C.5 Nombre d'établissements (par mission), au Québec, de 1980 à 1996.....362

A-C.6 Nombre de lits et places au permis (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996.....363

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centes hospitaliers
CR	Centre de réadaptation
ICIS	Institut Canadien d'information sur la santé
IPC	Indice des prix à la consommation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIB	Produit intérieur brut
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
TIC	Technologies d'information et de communication
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉSUMÉ

Nous nous sommes penchés, dans le cadre de cette thèse doctorale, sur la crise de productivité du système sociosanitaire et sur la solution - le virage ambulatoire informatisé - mise de l'avant pour la résoudre. De façon plus spécifique, nous avons analysé les conceptions de la productivité qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé au Québec, de 1975 à 2000.

Cette réorganisation du système sociosanitaire trouve son origine dans la décision politique de changer le système, de le modifier structurellement, pour résoudre la crise de productivité à laquelle il était confronté depuis le tournant des années soixante-dix à la suite de l'épuisement des conditions de mise en productivité fordiste-keynésiste (1945-1975). Une crise qui, comme nous l'analysons dans le cadre de cette thèse, a été diagnostiquée essentiellement sur la base de l'évolution d'indicateurs macro-économiques de dépenses. Ceux-ci mettent en lumière des tendances qui ont été conçues par l'État et le milieu des affaires comme un «obstacle» à la croissance économique et à l'équilibre budgétaire du Québec, plus largement du Canada. D'où l'idée, lancée sur la place publique dans les années quatre-vingts et quatre-vingt-dix, de réorganiser le système sociosanitaire pour le rendre plus productif, moins coûteux. C'est dans ce contexte que l'ambulatoire est mis en place au début des années quatre-vingt-dix et que les autoroutes de l'information reçoivent le mandat de soutenir les pratiques de soins ambulatoires. Or, cette réorganisation structurelle repose sur une logique productiviste des services de soins originant des discours économicistes - qui se construisent déjà dans les années soixante - sur l'accroissement de la productivité dans le cadre de l'économie des services et / ou de l'information. L'État reprend ainsi les catégories analytiques de ce type d'analyse économique - elle-même héritière de la science économique néoclassique et marginaliste forgée à partir du tournant du XIXe siècle - pour mener à bien son projet de réorganisation par l'ambulatoire informatisé. Ce qui a pour conséquence de réduire l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins à des impératifs administratifs de temps, de quantum, de coûts et d'optimum, qu'on veut contrôler pour réduire les coûts des services de soins par l'imposition de la prééminence de la raison économique sur la raison clinique. Il y aurait donc passage d'un système sociosanitaire fordiste-keynésiste à un système sociosanitaire néolibéral productiviste où l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins est subordonnée à la «nécessité» d'effectuer des économies.

Quatre principaux constats ont été effectués dans le cadre de cette thèse. Nous avons constaté : **1)** que les dépenses publiques de santé, après avoir augmenté de 1975 à 1990, ont diminué relativement, ce qui a débouché sur une densification de l'usage des établissements sanitaires et de leurs lits et places et sur une intensification importante du travail médical ; **2)** que l'État québécois, dans son discours officiel, après avoir affirmé que les dépenses publiques de santé étaient trop élevées, a préconisé la mise en place du virage ambulatoire informatisé pour diminuer substantiellement le coût des services de soins assumés par le secteur public ; **3)** que les décideurs locaux ont justifié la nécessité de mettre en place l'ambulatoire informatisé pour résoudre les problèmes d'engorgement des établissements sanitaires dans un contexte où ils ne pouvaient obtenir des ressources humaines et financières supplémentaires ; **4)** et que les objectifs assignés à l'ambulatoire informatisé sont incompatibles avec la finalité d'usage des services de soins, comme en

témoignent les nombreux problèmes qu'ils posent dans la pratique clinique quotidienne des professionnels de la santé.

MOTS-CLÉS : productivité, efficience clinique et thérapeutique, fordisme, keynésisme, services de soins, autoroutes de l'information, virage ambulatoire informatisé, système de santé, système sociosanitaire, performance, efficacité, rentabilité, rendement, optimum, néolibéralisme, économie de l'information, économie des services, informatisation, informatique, télémédecine, télésanté, technologies de l'information et de la communication (TIC), taylorisme, économie du savoir, économie néoclassique, marginalisme, conditions du travail médical, qualité des soins.

INTRODUCTION

I.1 IDENTIFICATION DE L'OBJET

Depuis quelques décennies, on assiste dans la plupart des pays industrialisés à la construction d'une série de discours sur la «nouvelle économie», dans laquelle les technologies de l'information et de la communication (TIC[1]) contribuent à l'articulation stratégique d'un ensemble de composantes déjà en place depuis les années soixante et soixante-dix où l'on commençait à entrevoir une société fondée sur le savoir et l'information. Une société dans laquelle ceux-ci contribuent à la construction d'un nouveau procès de croissance de la productivité. Or, si l'on suit l'histoire du capitalisme, du moins au XXe siècle, ce nouveau procès de croissance de la productivité arrivait à point, de façon stratégique, compte tenu de la crise économique d'envergure mondiale qui a frappée l'Occident dans les années soixante-dix et qui révélait l'épuisement des conditions de mise en productivité propres aux Trente-glorieuses. Les États des pays industrialisés avancés fondèrent alors leurs espoirs sur les promesses de la «nouvelle économie», du nouveau procès de croissance de la productivité. Plusieurs secteurs de la société nécessitèrent alors, aux yeux des États, une réorganisation en profondeur afin de se soumettre aux exigences du nouveau procès de croissance de la productivité qui constituait LA solution à la crise. Il s'agissait alors de réorganiser pour surmonter ce qui était conçu comme une «crise» du providentialisme, laquelle crise s'est construite sur la base de l'héritage que laissait l'interventionnisme étatique au niveau des dépenses publiques qui se faisaient de plus en plus contraignantes, selon l'État et le milieu des affaires, sur les mécanismes globaux de la croissance économique.

Parmi ces secteurs en réorganisation, l'un s'avère tout à fait significatif du point de vue des transformations en cours. Il s'agit de celui de la santé, qui est la cible depuis le tournant des années quatre-vingts d'une réorganisation en profondeur dans le but de le sortir de la «crise» à laquelle il est confronté.

C'est précisément cette transformation du système sociosanitaire[2] que nous

---

[1] Nous utiliserons tout au long de la thèse l'acronyme «TIC» pour désigner les technologies d'information et de communication.

[2] Tout au long de notre thèse, nous ferons une distinction entre le système de santé et le système

analysons dans le cadre de notre thèse de doctorat, en nous penchant sur les conceptions de la productivité qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé au Québec, de 1975 à 2000.

I.2 CIRCONSCRIPTION DE L'OBJET

Nous cherchons à expliquer et comprendre la crise du système sociosanitaire et la solution préconisée - le virage ambulatoire informatisé - pour la résoudre. C'est pourquoi nous nous intéressons aux conceptions - à la fois présentes dans les discours, projets et initiatives en santé - qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé en santé par rapport à l'objectif de résolution de la crise.

Plus spécifiquement, nous nous donnons comme mandat d'analyser en quoi et comment les conceptions de la productivité, telles que construites par les économistes néoclassiques et marginalistes pour mesurer la rentabilité des processus de production dans les manufactures, ont été reprises, réutilisées, par les principaux acteurs - principalement l'État et les décideurs - de la réorganisation du système sociosanitaire pour élaborer leur discours sur la «nécessité» de mettre en place le virage ambulatoire informatisé en santé au Québec. Nous voulons ainsi cerner les fondements des discours des acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire pour comprendre la façon dont ils veulent le transformer par l'accroissement global de sa productivité.

Aussi, nous nous proposons d'analyser plus largement ce processus stratégique pour le système capitaliste qui cherche à ré-articuler ses différentes composantes dans un nouveau «paradigme», compte tenu de la baisse généralisée de la productivité enregistrée dans tous les pays industrialisés depuis les années soixante-dix[3]. Cette baisse de productivité s'est accompagnée au cours des années quatre-vingts d'une série de discours,

---

sociosanitaire, lequel réfère au système de soins qui est englobé par le système de santé. Le système sociosanitaire, ou système de soins, exclut les déterminants de la santé pour ne faire référence qu'aux problèmes de santé et à la manière dont ils sont collectivement pris en charge. Voir, sur cette distinction, André-Pierre Contandriopoulos, «Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale*. *L'Institution de la santé et de la maladie*, Sainte-Foy, Presses universitaire du Québec ; Québec, Institut québécois de recherche sur la culture ; Lyon, Presses universitaire de Lyon, 1985, p. 448.

[3] Baisse de la productivité qui est aussi qualifiée par plusieurs économistes de «maladie des coûts des services publics». Voir à ce propos William J. Baumol, Alan S. Blinder et William M. Scarth, *L'économique. Principes et politiques*, Saint-Laurent, Québec, Éditions Études Vivantes, 1986, p. 289-291.

à saveur néolibérale, selon lesquels l'obtention de gains de productivité, au bénéfice de l'ensemble de la société, doit s'élargir aux domaines qui échappaient anciennement à la logique industrielle capitaliste. Les services publics, entre autres ceux du secteur de l'éducation et de la santé, sont réorganisés en ce sens. En outre, comme le souligne Jean Gadrey, les services hospitaliers, du fait qu'ils constituent une part importante des dépenses publiques de santé, représentaient une cible pertinente pour les décideurs :

> Compte tenu de leur poids dans l'activité et dans les dépenses, les services hospitaliers semblent d'excellents candidats pour la recherche de «gains de productivité», et la plupart des discours sur la maîtrise des dépenses de santé font état de l'existence de «gisements de productivité» qui, dans l'état actuel des choses, resteraient inexploités[4].

Déjà, à partir des années soixante, apparaissaient des discours optimistes sur la montée des TIC dans la société mettant l'accent sur les vertus immenses que celles-ci avaient pour l'accroissement de la productivité et des économies. Les TIC étaient supposées résoudre tous les problèmes du secteur de la santé et notamment ses problèmes de productivité qui motivent l'État, peut-on le penser, à mener la réorganisation actuelle du système sociosanitaire. Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix parlent à ce propos du syndrome du «tout informatique» pour évoquer l'idée selon laquelle les TIC comme fondement de la «nouvelle» société en voie d'émergence sont conçues, dans les discours dominants, comme LA solution à tous les problèmes socioéconomiques :

> Ainsi, le spectre «tout informatique» se profilait sur l'horizon du quotidien et des existences. Le doute n'était plus permis au sujet de l'à propos et de l'efficacité de la greffe informatique sur le système sociosanitaire. Le «train de l'histoire» était en marche. Tous devaient y monter ou accepter d'être relégués au statut de passéistes, même si le remède administré au système de soins risquait de mettre à mal le patient ![5]»

Cette greffe informatique se fait dans l'idée fondamentale de résoudre la «crise» du système sociosanitaire. Une crise qui repose, tel que nous l'avons souligné plus haut, sur la croissance des dépenses publiques de santé au Québec comme dans tous les pays

---

[4] Jean Gadrey, *L'économie des services*, Paris, Éditions La Découverte, 1992, p. 77.

[5] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix (sous la direction), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 9.

industrialisés. Pour illustrer quelque peu ce phénomène, mentionnons que selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ensemble des dépenses mondiales de santé dans le monde totalisaient en 1997 2 985 milliards, ce qui correspondait alors à environ 8% du PIB mondial[6]. Soulignons également l'analyse d'Étienne Douat qui montre que les dépenses de santé, dans les pays industrialisés, ont constamment augmenté par rapport au PIB de 1960 à 1993[7]. Une grande part de ces dépenses serait directement attribuable aux médecins qui, selon Charles Phelps, contrôleraient 7 dollars sur 8 consacrés à la santé aux États-Unis[8].

C'est à ce titre qu'on assiste fondamentalement, de 1940 à 1990, à une crise du système sociosanitaire qui, selon Carré et Lacroix, est généralement définie dans la littérature économique néoclassique et marginaliste par une «hausse vertigineuse des coûts totaux des dépenses de santé», des «coûts de plus en plus pris en charge par le secteur public», des «"prix médicaux" en croissance beaucoup plus rapide que ceux de la consommation totale courante», à un «poids croissant des segments lourds (l'hôpital et le médecin) dans le système sociosanitaire» et, finalement, à une «consommation médicale marquée par l'inégalité de la demande de soins, mais conditionnée par l'offre de services médicaux[9]». Ce qui a conduit plusieurs acteurs à interpréter cet état de fait comme une entrave au fonctionnement *efficace* de l'économie, compte tenu que le système sociosanitaire accaparait de plus en plus de richesse et de valeur par rapport à l'ensemble des autres secteurs. D'autant plus que la productivité a progressé plus lentement dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, comme le soulignent Carré et Lacroix :

> [...] la productivité dans le processus de travail dans le domaine de la santé, malgré une forte technologisation et une certaine forme d'industrialisation, est demeurée largement inférieure à ce qu'elle est devenue dans les autres secteurs d'activité des économies contemporaines, ce qui a graduellement et structurellement de plus en

---

[6] Organisation mondiale de la santé, *La performance des systèmes de santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000, p. 7.

[7] Étienne Douat, *La maîtrise des dépenses de santé en Europe et en Amérique du Nord*, Rennes, Université de Rennes 1 et École Nationale de la Santé Publique de Rennes, Laboratoire d'Études du Droit Public, 1996, p. 427.

[8] Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union, 1995, p. 54.

[9] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 25-45.

plus pesé dans l'évaluation des performances du secteur[10].

Pour les autorités gouvernementales et les détenteurs de capitaux, il fallait impérativement trouver une solution à ce problème. C'est sur cette base qu'a été élaboré l'idée du virage ambulatoire informatisé dans le but de redéfinir, reconfigurer structurellement, le secteur de la santé pour le sortir de la crise à laquelle il était confronté. L'État s'est donc fait le promoteur de la *télémédecine*, que nous pourrions définir comme suit :

> La télémédecine peut être définie comme la dispensation de soins de santé et l'échange d'information médicale à distance grâce à l'utilisation des technologies de télécommunications (Ferguson et coll., 1995)[11].

Plus particulièrement, la télémédecine regroupe entre autres des activités de télé-assistance médicale, de télésurveillance médicale, de télé-expertise (téléconsultation et téléstaffs), de gestes médicaux assistés à distance, de réseaux informatisés de soins, des banques de données et de télé-enseignement (téléformation)[12]. Toutes ces applications occupent une place importante dans l'actuelle réorganisation du système sociosanitaire dans le cadre du virage ambulatoire informatisé. Réorganisation qui s'effectue autour de quatre principaux processus tel qu'analysés par Carré et Lacroix : «l'accentuation qualitative de la mise en réseaux techniques du système de santé», «l'informatisation du dossier du patient», «l'accentuation qualitative de la prise en charge collective du patient» et «l'autonomisation du patient[13]».

---

[10] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, «Virage ambulatoire et autoroutes de l'information dans le secteur de la santé», *Sciences de la Société*, no. 47, mai 1999, p. 24.

[11] Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Secteur Santé publique, Université de Montréal, 1999, p. 1.

[12] Il s'agit ici de la définition longue que donne Vincent Hazebroucq de la télémédecine («La télémédecine, source de modifications structurelles et organisationnelles du monde de la santé», chapitre dans Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix (sous la direction), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 128-130).

[13] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, «Virage ambulatoire et autoroutes de l'information dans le secteur de la santé», article cité, p. 36.

L'implantation des autoroutes de l'information dans le système sociosanitaire revêt donc un caractère stratégique, dans la mesure où elles sont conçues par les autorités gouvernementales comme le principal vecteur autour duquel doivent se réorganiser les services de soins ambulatoires. Or, dans ce contexte, un certain nombre d'interrogations méritent d'être posées.

Fondamentalement, il y a lieu de se questionner sur la logique qui préside à cette «nécessité» de réorganiser le système sociosanitaire autour du virage ambulatoire informatisé. Au-delà d'une rhétorique «technico-optimiste» sur la modernisation du système sociosanitaire, nous pensons qu'il est nécessaire de poser un regard critique sur la «validité» des conceptions qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé dans le secteur de la santé. On peut en effet penser que ces conceptions s'encastrent dans des paradigmes théoriques inadéquats face à l'usage, voire à l'essence, des services de soins qu'on prétend transformer par la mise en place du virage ambulatoire.

I.3 DIMENSION SOCIALE DE L'OBJET D'ÉTUDE

Les enjeux sociaux de l'analyse de la réorganisation du système sociosanitaire dans le cadre du virage ambulatoire informatisé sont nombreux et d'importance. On peut d'ailleurs penser à première vue que les transformations en cours, motivées par une volonté d'augmenter la productivité globale du système sociosanitaire pour le sortir de sa crise, ce qui supposerait également que les dépenses publiques puissent être réduites, ne peuvent que déboucher sur un projet d'élargissement de la mise en valeur du capital à ce secteur, rendant ainsi ce dernier soumis à la logique marchande[14]. Plusieurs discours prétendent qu'il s'agirait là de la voie à suivre pour résoudre la crise des finances publiques, comme l'explique Sylvie Rheault :

> [...] les pressions, tant politiques qu'économiques, ont été de plus en plus fortes pour réduire la taille des secteurs publics, ou du moins pour diminuer de façon appréciable les déficits gouvernementaux. Avec généralement une part élevée affectée aux dépenses publiques du système de santé (entre le cinquième et le tiers), il n'est donc pas surprenant de constater que le financement des dépenses de santé soit

[14] Voir entre autres Jean-Guy Lacroix, «Santé, tout est sur la table! Non, c'est faux!», *Espace de la parole*, volume VI, no. 3, automne 2000, p. 31-34.

devenu un enjeu d'importance au cours des récentes années[15].

L'idée de rendre le système sociosanitaire qualitativement plus productif, plus performant[16], est à l'origine, chez bon nombre d'acteurs impliqués dans la réorganisation, d'une volonté d'orienter le système dans un rapport de concurrence, où les établissements sanitaires entreraient en compétition les uns avec les autres dans la quête d'un rendement optimum. L'efficacité deviendrait dans ce contexte le principe moteur du système sociosanitaire, au détriment de l'équité[17], à plus forte raison lorsqu'il se réorganise autour du secteur privé[18].

On peut en penser autant en ce qui concerne la qualité des soins. D'ailleurs, pour plusieurs économistes, la marchandisation des services de soins est souhaitable puisqu'elle a pour effet de mettre en concurrence les professionnels de la santé entre eux. Cela aurait pour effet de conditionner la recherche constante d'une qualité des soins, motivée par la maximisation du profit. La productivité serait donc, pour ces économistes, plus grande. On ne s'étonnera donc pas de l'enjeu crucial qui s'y joue actuellement, surtout au terme des conclusions du rapport de la Commission Clair d'étude sur les services de santé et les services sociaux mandatée par le Gouvernement du Québec en 2000. Soulignons qu'on y affirmait l'importance fondamentale pour le Québec de rendre le secteur de la santé plus performant, en procédant par des interrogations de ce type :

> Les services assurés sont-ils bons ? En avons-nous pour notre argent ? Notre système est-il économique, efficace et efficient ?[19]

---

[15] Sylvie Rheault, «L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé», dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (sous la direction), *Le système de santé au Québec. Organisateurs, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, p. 301-302.

[16] Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos, «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, no. 1, 1999, p. 34-35 notamment.

[17] Sylvie Rheault et Louise Barnard, *Financement des services de santé : défis pour les années 90*, Boucherville ; Québec, G. Morin, 1990, p. 18.

[18] Comme le souligne André-Pierre Contandriopoulous au cours d'une entrevue publiée par le périodique *Revue Notre-dame*, l'idée selon laquelle un système sociosanitaire privé est plus efficace est fausse. De même, il souligne qu'un tel système sociosanitaire repose d'abord et avant tout sur l'inéquité («La santé. Un enjeu démocratique». *Revue Notre-Dame*. p. 20).

[19] Commission Clair d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport et recommandations. Les solutions émergeantes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 135.

La Commission n'a pas manqué à ce sujet de faire référence aux «experts internationaux» sur la question, tel que souligné en ces termes :

> La Commission a acquis la conviction, lors de ses rencontres avec une trentaine d'experts de calibre international, qu'aucun pays développé, doté d'un système de santé à financement public, ne peut échapper à ces deux obligations : faire des choix et performer[20].

Même si la notion de performance est utilisée fréquemment, elle n'est pas pour autant précise. On l'utilise tantôt pour spécifier la réduction des coûts des services de soins et tantôt pour évoquer l'amélioration de la qualité des soins. Nous pensons qu'il est important de saisir la portée de son utilisation, le sens qu'elle revêt et les enjeux qui en découlent. Il est donc fondamental de s'interroger sur son sens réel, à savoir par exemple si l'on souhaite améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ou tout simplement réduire les coûts publics des services de soins. Si l'on tient compte de l'ensemble des propos qui ont été avancés dans le cadre de la Commission Clair entre autres, il est permis de penser que la saine gestion des finances publiques constitue un objectif plus important que l'amélioration de la qualité des soins. Dit autrement, on peut penser que la réorganisation du système sociosanitaire autour du virage ambulatoire informatisé répond d'abord et avant tout à des impératifs de résolution de crise, par conséquent à des considérations économiques.

C'est pourquoi l'analyse de la solution à la crise du système sociosanitaire est fondamentale pour la compréhension, d'une part, du levier de redéfinition des services de soins et, d'autre part, des nouvelles pratiques sociosanitaires qui donnent le coup d'envoi à une médecine dite nouvelle, que certains entrevoient comme une «médecine en réseaux» plus productive et, par conséquent, plus économique. Le motif de telles transformations doit donc occuper une place centrale dans notre analyse, puisque c'est en fonction de ce rationnel qu'une série d'impacts sont à prévoir à la fois dans le secteur de la santé et dans l'économie globale, compte tenu du poids considérable qu'occupent, comme nous l'avons souligné plus haut, les dépenses totales de santé depuis la fin de la Seconde Guerre[21] et du rôle que joue le système sociosanitaire sur le plan de la

---

[20] *Ibid*., p. 135.

[21] En 2000, selon les prévisions de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses totales

(re)production du citoyen contemporain.

En analysant la nature des transformations en cours dans le secteur de la santé, nous pensons apporter, même modestement, une contribution à la société en donnant un éclairage compréhensif du sens des discours faisant état de la crise du système sociosanitaire pour, enfin, mettre en lumière la façon dont est mené le virage ambulatoire informatisé dans le secteur de la santé par rapport aux objectifs que les grands acteurs impliqués dans la réorganisation leur donnent. Cela nous permettra de comprendre les enjeux associés à la crise du système sociosanitaire, compte tenu de la nature des transformations socioéconomiques actuelles auxquelles sont confrontés tous les secteurs de la société. Ne serait-ce que pour rappeler que l'informatisation des services de soins n'est pas un phénomène inéluctable, comme le répète pourtant le discours politique dominant, et n'est surtout pas sans poser un certain nombre de problèmes[22]. Il y a donc lieu d'analyser les conséquences de ce projet d'augmentation de la productivité du système sociosanitaire. Ce qui nous conduit à étudier les impacts de ce projet sur le mode d'accès aux soins et sur la prise en charge des patients.

I.4 PORTÉE SCIENTIFIQUE DE L'OBJET DE RECHERCHE

L'analyse que nous proposons d'effectuer dans le cadre de cette thèse est fondamentale sur le plan scientifique, car les gains de productivité qu'on pense pouvoir obtenir par le virage ambulatoire informatisé sont considérés comme «spontanément» acquis du fait qu'on pense que l'informatique peut tout solutionner.

En effet, nous pouvons penser que les initiatives d'implantation des TIC, dans le système sociosanitaire, versent dans un certain «déterminisme technologique», d'après lequel seule l'informatique peut venir appuyer la réforme ambulatoire en cours dans le but de sortir le système sociosanitaire de sa crise. L'accroissement de la productivité des services de soins, de la performance générale du système sociosanitaire, serait donc l'enjeu majeur du virage ambulatoire informatisé pour les acteurs impliqués dans

---

de santé au Québec occupent 31,2 % de l'ensemble des dépenses des programmes sociaux au Québec (ICIS, 2000).

[22] Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, ouvrage cité.

l'actuelle réorganisation. Or, il y a lieu de s'interroger sur la portée et la validité des conceptions qui président à la mise en place de cet ambulatoire informatisé dans le secteur de la santé. Comprenons que le concept de productivité, dans l'histoire de la pensée économique, a toujours été conçu comme un indicateur permettant des comparaisons chiffrées sur le rendement du travail ou du capital. Un rendement qui se pose essentiellement en termes monétaires par rapport au degré de rentabilité du facteur analysé (le travail ou le capital). Ce qui pose problème au niveau des services de soins compte tenu de leur spécificité, dite immatérielle, qui rend problématique leur assimilation à un produit matériel, une marchandise, d'où il est possible d'obtenir des gains de productivité à même le processus de travail qui les rend possible. On peut en effet penser que les services publics, ici les services de soins, n'obéissent pas à la même logique productiviste appliquée par les économistes néoclassiques et marginalistes à l'économie de biens matériels rares pour optimiser et rentabiliser les processus de production. Il y a notamment lieu de s'interroger sur le rôle fondamental qu'occupent le concept et la mesure néoclassique et marginaliste de la productivité dans les conceptions qui président au virage ambulatoire informatisé en santé. De fait, il nous fait montrer que la démarche visant à les appliquer au secteur de la santé pour rendre compte de leur rendement ne tient pas compte d'une réalité autrement plus complexe, plus sociale, que l'on peut aborder dans une perspective plus sociologique, faisant davantage référence à la *qualité* des soins - par conséquent à l'efficience clinique et thérapeutique des soins - prodigués à la population. Ce qu'on fait par exemple Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos en soulignant toute la complexité de la notion de performance[23].

Il en va donc de la validité épistémologique des conceptions qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé dans le secteur de la santé, conceptions qui sont façonnées, peut-on le penser, par un type de théorie économique, néoclassique et marginaliste, qui pose *a priori* le service de soins comme une marchandise analysable sur un marché d'où il est possible de lui déterminer un rendement optimum.

Ce sont ces raisons qui nous conduisent à penser qu'il est pertinent, sur le plan scientifique, de poser un regard analytique sur l'implantation de la solution «technico-organisationnelle» à la crise du système sociosanitaire. Surtout lorsqu'on constate que les

---

[23] Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos, «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, article cité, p. 34-46.

TIC, et plus largement les autoroutes de l'information, s'implantent à un moment considéré comme stratégique pour la sortie de crise du capitalisme, où la solution à cette «crise», que nous pourrions qualifier de «crise de productivité», devient le motif principal de la réorganisation.

Avec l'implantation de l'ambulatoire informatisé dans le système sociosanitaire, on assiste à un bouleversement des pratiques cliniques et de soins par la réorganisation du travail médical autour de l'informatique, en modifiant ses conditions de prestation à la fois pour le personnel soignant et pour les patients. Les autoroutes de l'information - à l'origine de la possibilité de traiter de l'information à distance, d'échanger de l'information à distance, de traiter automatiquement de l'information, de fixer un ensemble d'informations sur support numérique, de codifier des savoirs et savoir-faires, etc. -, nécessitent un questionnement de nature sociologique sur la façon d'appréhender le phénomène et d'évaluer ses effets sur les services de soins et plus précisément sur le travail médical.

C'est pourquoi l'analyse des conceptions de la productivité qui dirigent la mise en place de l'ambulatoire informatisé en santé, d'une part, et des transformations induites par celui-ci, d'autre part, s'avère fort pertinente sur le plan scientifique. En effet, depuis l'émergence du processus d'informatisation de la société, très peu de sociologues se sont penchés sur ces questions. Les sociologues se sont surtout intéressés aux transformations organisationnelles qui résultent de la transformation globale du système sociosanitaire.

Il s'agit donc d'un objet de recherche qui est crucial pour comprendre la portée réelle du processus d'informatisation sociale, car on peut penser que les conceptions de la productivité sur l'informatisation des services de soins sont incompatibles avec une évaluation sociomédicale de l'impact réel, sur la pratique médicale, de l'informatisation des services de soins. Voilà pourquoi nous voulons porter un regard sociologique sur les transformations des conditions de mise en productivité dans le passage à la société dite de l'information, en observant les «nouvelles» réalités auxquelles la société et les citoyens sont actuellement confrontés avec le virage ambulatoire informatisé au Québec.

I.5 PRÉSENTATION DES CHAPITRES

Dans le premier chapitre, nous présentons notre problématique de recherche en mettant en lumière les composantes fondamentales qui articulent notre questionnement. Ces composantes sont celles de l'histoire du concept et de la mesure de la productivité dans la pensée économique, de l'évolution des conditions de mise en productivité au XXe siècle, des discours sur la croissance de la productivité dans le cadre de la «nouvelle économie» et de la réorganisation du système sociosanitaire dans le cadre du virage ambulatoire informatisé comme solution à la «crise de productivité» en santé. Une fois cette problématisation complétée, nous énonçons notre hypothèse de travail.

Par la suite, dans un deuxième chapitre, nous précisons quelle a été notre approche méthodologique, nos corpus de données et nos populations d'enquête.

Suivent quatre chapitres qui présentent les principaux résultats de notre analyse. Le troisième se penche sur la «crise» du système sociosanitaire en analysant l'évolution des grands indicateurs de performance, de façon à cerner les grandes tendances du système sociosanitaire de 1975 à 2000. Le quatrième chapitre, quant à lui, analyse le discours officiel de l'État québécois à travers les documents officiels faisant état des principaux motifs ayant conduit à la mise en place du virage ambulatoire informatisé. Finalement, nos deux derniers chapitres, les cinquième et sixième, se penchent sur les conceptions qui président à la mise en place de l'ambulatoire informatisé en ce qui a trait au projet d'augmenter structurellement la productivité globale du système sociosanitaire et sur les conséquences de ce virage sur la pratique médicale.

Pour conclure, nous procédons à un bref rappel des principaux constats effectués au cours de notre recherche, pour ensuite souligner les nouvelles pistes de réflexion vers lesquelles ils nous invitent.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE DE LA THÈSE

Dans ce chapitre, nous aborderons en profondeur l'objet de recherche auquel nous nous attaquons. Dans un premier temps, nous discuterons des fondements théoriques de la conception classique et néoclassique de la productivité au cours de l'histoire de la pensée économique afin de cerner, dans un deuxième temps, les problèmes qui se sont posés quant à sa validité pour tenir compte de la réalité complexe de la transformation des processus de production dans le passage à la société dite des services et / ou de l'information. Troisièmement, nous aborderons la question de l'affirmation d'une «nouvelle société» à partir des années cinquante-soixante, avant de poser un regard critique sur les discours de la croissance de la productivité qui ont été alors construits, certains en continuité avec les conceptions classiques et néoclassiques et d'autres en opposition avec celles-ci. Ce qui nous permettra, en quatrième lieu, de discuter de la portée et des enjeux de ces conceptions dans le cadre du processus d'informatisation sociale. Dans un cinquième point, nous verrons comment la réorganisation du système sociosanitaire, dans le cadre du virage ambulatoire informatisé, s'articule autour d'un projet d'augmentation néoclassique de la productivité des services de soins fondé sur le paradigme de la croissance économique auquel seront référés les économistes tout au long du XXe siècle. Ce qui nous conduira, finalement, à énoncer notre hypothèse de travail, qui orientera notre analyse.

1.1 LA PRODUCTIVITÉ COMME PROBLÈME FONDAMENTAL DE L'ÉCONOMIE : UN POINT DE DÉPART

1.1.1 Une analyse générale du concept et de la mesure de la productivité dans l'économie

Analyser la productivité implique nécessairement que nous discutions de la production en tant que telle, car elle constitue le point de départ des analyses économiques qui ont conduit à la formulation du concept de productivité.

La production constitue, de façon générale, le processus par lequel le capitaliste

obtient, par le biais de travailleurs et d'outils, un bien qui sera mis en vente sur le marché de façon à ce que du profit soit réalisé. Celui-ci résulte de l'excédent de valeur dans le rapport entre la valeur obtenue au terme de l'échange marchand et de la valeur de l'ensemble des moyens de production. C'est ainsi que la production est analysée par les classiques en fonction de son degré d'*efficience*, que les néoclassiques[24] nommeront «productivité» pour spécifier le rendement de ce qu'ils considèrent comme les facteurs de production. Un tel rendement sera mesuré, à partir des marginalistes, suivant le raisonnement à la marge qui, tel que nous le verrons plus loin, rend compte de la productivité unitaire de chaque facteur de production dans le but d'obtenir, formellement, un optimum qui correspond au point d'équilibre entre les facteurs de production et la production finale qui détermine la plus grande production possible au coût le plus bas possible. Ce qui indiquera le profit maximal que le capitaliste peut obtenir dans le cadre du processus de production-circulation. C'est pourquoi la productivité constitue l'élément clé de la dynamique économique. Elle constitue un indicateur devant permettre les comparaisons dans le temps et dans l'espace du degré d'efficience de la production, laquelle est conçue depuis les classiques comme bénéfique autant aux travailleurs qu'aux capitalistes[25].

Cinq principaux concepts peuvent être associés à celui de productivité : le *rendement*, l'*efficacité*, la *rentabilité*, la *compétitivité* et la *performance*. Ceux-ci traduisent des exigences du système capitaliste et découlent de la finalité du processus de production.

Le «rendement» constitue la base même de ce qu'il est convenu d'entendre, à la suite des néoclassiques, par le terme «productivité». Comme l'affirme Benjamin Coriat, «le rendement du travail résulte de l'addition des progrès de l'intensité et de la productivité du travail[26]». On distingue générale deux types de rendement : le rendement factoriel et le rendement d'échelle. Le premier tient compte de la variation unitaire d'un

---

[24] Pour un tour d'horizon synthétique, voir Marie-Martine Salort et Yvette Katan, *Les économistes classiques : d'Adam Smith à Ricardo, de Suart Mill à Karl Marx*, Paris, Hatier, 1988.

[25] On pense de ce fait que le bonheur général peut être atteint par la rencontre des intérêts privés avec l'intérêt collectif, et cela en laissant fonctionner de lui-même le marché qui est conçu comme un véritable régulateur des rapports sociaux. Pour une synthèse de cette idée dans l'histoire de la pensée économique, voir Pierre Rosanvallon, *Le libéralisme économique. Histoire de l'idée de marché*, Paris, Éditions du Seuil, 1989.

[26] Benjamin Coriat, *L'atelier et le chronomètre*, Paris, C. Bourgois, 1979, p. 63.

seul facteur lorsque les autres demeurent fixes et le deuxième, à l'inverse, tient compte de la variation d'un facteur lorsque les autres varient dans la même proportion. Le rendement exprime de ce fait l'efficience de chacun des moyens mis en œuvre dans le processus de production, de façon globale. On dira dès lors d'un processus de production rentable qu'il est efficace. L'efficacité représente le degré d'efficience que le producteur peut espérer obtenir suite à la mise en place des conditions visant à favoriser la productivité. Une fois obtenue, le producteur peut concevoir une «rentabilité» au terme de son investissement dans les moyens qu'il a mis en œuvre dans le cadre de la production. Ces moyens assurent au producteur un certain degré de réussite qui positionne son entreprise sur le marché de façon à obtenir toujours plus de profits. On dira à ce moment que l'entreprise est «compétitive». Cette idée de compétitivité se prolongera, tel que nous le verrons plus loin, aux établissements sanitaires à partir des années soixante-dix et quatre-vingts dans la foulée d'un consensus politico-économique sur la nécessité d'augmenter leur performance financière.

Enfin, le concept de performance constitue, quant à lui, l'appréciation qualitative d'un processus de production quant à son rendement, son efficacité, sa rentabilité et son degré de compétitivité. Il s'agit donc d'un concept global qui permet de porter un jugement sur la productivité d'un processus de production de façon générale.

1.1.2 L'évolution de la pensée économique sur le concept et la mesure de la productivité

À l'origine, les économistes ont développé le concept de productivité pour représenter le niveau de fonctionnement du capitalisme dans sa capacité à créer une richesse croissante. C'est dans cet esprit que la mesure de la productivité devient nécessaire, dans un dessein de prévision et d'anticipation du fonctionnement économique. Un tel pas sera franchi avec les néoclassiques qui mettent au point des méthodes formelles de calcul. C'est à partir de ce moment que l'on commence à parler d'une «science» de l'économie, pour évoquer l'objectivité de la discipline, à partir de laquelle découle, selon les néoclassiques, la clé des mécanismes de la productivité à la base de la prospérité et du bonheur du plus grand nombre. Ces différentes prétentions des néoclassiques seront à ce point prédominantes qu'elles auront pour effet d'«universaliser» le concept et la mesure de la productivité, en l'appliquant à toute activité de production. Les théorisations de la productivité durant tout le XXe siècle resteront imprégnées des héritages classiques et néoclassiques, ce qui conduira à une difficulté certaine de pouvoir

cerner les changements qui auront cours dans l'économie avec, entre autres, le passage à une «nouvelle société», comme nous le verrons plus loin.

1.1.2.1 L'analyse de la production chez les classiques

Les premiers économistes se sont penchés sur les conditions de la production dans le sillage de la révolution industrielle qui se généralise progressivement en Occident. La production est alors conçue comme étant le point de départ des rapports économiques inhérents au capitalisme, où la quête du profit est recherchée et où l'accumulation du Capital est valorisée. Ainsi, les premiers économistes classiques partent d'une théorisation sur l'offre, par laquelle ils en viennent à imaginer les conditions de possibilité de la richesse des nations. Selon les classiques, il appert que la richesse n'est possible que par une production *efficace*. L'efficacité, qui correspond en fait à la productivité, est selon les classiques à la fois bénéfique pour les capitalistes (qui y trouvent une source de profits) et pour les travailleurs (qui peuvent assurer la survie de leurs familles) dans un projet d'augmentation du bien-être général fondé sur un bien-être matériel. C'est pourquoi la richesse constitue, chez les classiques, la finalité du capitalisme et le principal objet d'étude du type d'économie qu'ils mettent en branle.

L'un des premiers économistes classiques à s'être penché sur la productivité est François Quesnay. Pour lui, l'agriculture forme le seul secteur productif de l'économie, car c'est par elle que le capitaliste réussit à créer un surplus qu'il nomme le *produit net*[27]. En exploitant une terre, le capitaliste peut compter sur les grains qui peuvent se multiplier indéfiniment au terme d'un processus de production. Thomas Malthus[28] montrera toutefois que l'augmentation des récoltes a des effets pervers sur la dynamique économique, en ce sens qu'elle engendre des rendements décroissants, d'où la fameuse «loi des rendements décroissants» employée par David Ricardo et plus tard par les marginalistes. Quesnay ne se soucie guère de cette possibilité, puisqu'il s'en remet à l'ordre divino-naturel qui permet à l'agriculture d'être productive en assurant la

---

[27] Notamment l'article «Grains» de *L'encyclopédie*, dans lequel Quesnay montre comment l'analyse de la production se pose au niveau économique en France. Voir François Quesnay, «Grains», *Oeuvres économiques et philosophiques de F. Quesnay*, Burt Franklin, New York, 1969 (édition originale en 1757), p. 193-249.

[28] Thomas Robert Malthus, *Essai sur le principe de population*, Osnabruck, O. Zeller, 1966 (édition originale en 1798).

croissance économique par le fonctionnement d'un circuit économique. Ce circuit implique, pour Quesnay, une circulation permanente des richesses entre la classe stérile, la classe des propriétaires fonciers et la classe productive[29]. Le but de la production consiste donc à créer un surplus approprié par la classe productive à la suite de la mise en circulation. On peut dire que Quesnay inaugure en ce sens ce qui allait devenir l'idée du profit, à la base des conceptions néoclassiques de la productivité. Le mérite d'un de ses successeurs, Adam Smith, sera cependant de montrer que le profit issu du surplus dont parle Quesnay est également possible en transformant des ressources autres qu'agricoles. C'est pourquoi Smith va plus loin que Quesnay dans son élaboration de la productivité. Contrairement à Quesnay, Smith montre que la productivité est possible tout autant dans les industries de biens matériels que dans les manufactures[30], essentiellement parce que la qualité d'un travail bien accompli conduit le capitaliste à une réduction de ses coûts de production par un rendement maximal horaire et un salaire stable reposant uniquement sur le niveau de subsistance des ouvriers[31]. La clé du processus réside pour Smith dans la division du travail[32] qui permet, premièrement, d'augmenter l'efficacité de chaque travailleur et, deuxièmement, d'entraîner une économie de temps. Ce qui, troisièmement, permettra au capitaliste d'acheter des machines pour augmenter encore plus la vitesse de production en facilitant le travail de chaque ouvrier. Outre le travail sur lequel il arrête une longue partie de son analyse - entre autres en distinguant le travail productif du travail improductif[33] -, Smith parle du rôle du Capital dans la productivité. Le Capital est pour Smith ce qui contribue à accentuer l'efficacité du travail dans un mouvement de croissance de la productivité à la base de la richesse des nations. C'est pourquoi on retrouve dans l'analyse smithienne de la production une conception riche de la

---

[29] François Quesnay, «Analyse du Tableau économique», *Œuvres économiques et philosophiques de F. Quesnay*, ouvrage cité, (édition originale 1758), p. 305-317, où il est question de la circulation générale des richesses entre les classes.

[30] Adam Smith, *An Inquiry to the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, New York, The Modern Library, 1937 (édition originale en 1776).

[31] Plusieurs décennies plus tard, Charles Babbage démontra que le coût de production a tendance à baisser lorsque la productivité augmente. Voir, à ce propos, Charles Babbage, *The Economy of Machinery and Manufactures*, New York, New York University Press, 1989 (édition originale en 1832).

[32] Les premiers chapitres du Livre I de *An Inquiry to the Nature and Causes of the Wealth of Nations* sont en grande partie consacrés à la problématique de la division du travail. ouvrage cité, p. 3-54.

[33] *Ibid*., p. 314-332.

productivité, dans laquelle celle-ci n'est toutefois pas encore opérationalisée comme elle le sera chez les néoclassiques. Néanmoins, on peut dire que c'est avec Smith qu'on commence à réfléchir en termes de rapport entre les facteurs de production et le produit final, lequel est de fait une marchandise mise en vente sur le marché. C'est avec Smith qu'on commence à réfléchir en termes d'efficacité de la production, de rendement de la production, etc., autant de termes qui caractériseront le concept et la mesure de la productivité chez les néoclassiques. Ainsi naîtront les premières élaborations de la productivité en termes de variables intégrées de plus en plus dans des modèles opérationnels.

Un pas de plus est franchi en ce sens avec l'analyse de la production de Ricardo. Celui-ci distingue, également, ce que nous pouvons considérer comme des facteurs de production que constituent le travail et le capital, en plus d'en considérer un troisième qui est le sol, à la manière de Quesnay sur l'agriculture[34]. Ricardo analyse ces trois facteurs de production en voyant quel pourrait être leur apport respectif à la croissance économique.

Ce type d'analyse est également privilégié par Jean-Baptiste Say. En effet, pour ce dernier, il existe trois principaux facteurs de production qui contribuent à la formation d'un produit mis en vente sur le marché : le travail, le capital et ce qu'il nomme les «agents naturels[35]». Le premier concerne tout ce qui a la propriété de transformer un état de fait en un autre, donc qui implique une transformation de la matière par un effort. Le deuxième, le capital, est représenté par le résultat qu'un propriétaire a acquis d'un ensemble de transactions passées, au terme d'un échange marchand. Quant au troisième facteur de production, les agents naturels, il est constitué non seulement de la terre (comme chez Quesnay) ou du sol (comme chez Ricardo) mais également de toutes les ressources naturelles impliquées dans le processus de production.

Cependant, l'analyse de Ricardo en termes de facteurs de production s'avère à notre avis un peu plus critique que celle de Say. En effet, Ricardo met au point indépendamment de Malthus une conception toute particulière de la productivité selon

---

[34] David Ricardo, *Principes de l'économie politique et de l'impôt*, Paris, Calmann-Lévy, 1970 (édition originale en 1817).

[35] Jean-Baptiste Say, *Traité d'économie politique*, Paris, GF-Flammarion, 1996 (édition originale en 1803).

laquelle il existe une loi des «rendements décroissants». D'après cette loi - que nous expliquerons plus en détails lorsque nous discuterons du concept de productivité chez les marginalistes - l'augmentation de la quantité d'un facteur de production a des effets bénéfiques sur la production, mais jusqu'à un certain point à partir duquel la production tend à diminuer, contribuant à faire chuter le profit[36].

Derrière cette loi se cache la notion fondamentale de «rareté», laquelle est analysée en fonction de la valeur. Celle-ci, selon Ricardo, dépend essentiellement, tout comme l'affirmait Smith, de la quantité de travail nécessaire à la production de biens. Or, la loi des rendements décroissants conduira Ricardo à aller plus loin dans son analyse. En effet, selon Ricardo, la valeur d'un bien est également déterminée par sa rareté relative, laquelle fait en sorte que son prix tend à s'ajuster au niveau de sa rareté. Partant de cette dernière, Ricardo énonce un principe fort important dont Marx s'inspirera et qui est nommé «la baisse tendancielle des taux de profit[37]». Compte tenu de l'augmentation à long terme de la population, ainsi que le remarqua Malthus, le prix des denrées agricoles, par exemple, tend à augmenter de façon à s'ajuster à la demande. Or, la demande va devoir s'ajuster, en termes de salaires reçus, à la hausse généralisée des prix occasionnée par la hausse de la population et donc de la demande. Un cercle vicieux s'ensuit, où l'augmentation des prix nécessite une augmentation des salaires et inversement. Selon Ricardo, les profits, source de croissance, sont totalement tributaires des salaires versés aux travailleurs. On peut donc comprendre le reste : les salaires augmentent et les profits baissent et tendent, au niveau macroéconomique, à devenir stables. C'est à ce moment que survient, selon Ricardo, l'état stationnaire[38], où les taux de profit se stabilisent pour entraîner une croissance économique nulle. Pour contrer ce phénomène, Ricardo pense que les propriétaires vont avoir tendance à investir spontanément leur capital dans les

---

[36] L'élaboration de cette loi se fait chez Ricardo à partir d'un raisonnement à la marge, où l'on constate que la variation de la quantité de l'un ou l'autre des facteurs de production peut avoir tel ou tel effet sur le produit final. La productivité marginale, dans son acceptation moderne, voit donc le jour. Il ne restera qu'à la mesurer.

[37] David Ricardo, *Principes de l'économie politique et de l'impôt*, ouvrage cité., p. 81-96, où Ricardo fait une analyse du profit.

[38] L'état stationnaire pourra toutefois être retardé par le progrès technique, comme il le souligne en ces termes : «Le prix naturel de toute denrée, - les matières premières et le travail exceptés, - tend à baisser, par suite de l'accroissement des richesses et de la population ; car quoique, d'un côté, leur valeur réelle augmente par la hausse du prix naturel des matières premières, ce renchérissement est plus que compensé par le perfectionnement des machines, par une meilleure division et distribution du travail, et par l'habileté toujours croissante des producteurs dans les sciences et dans les arts». *Ibid*., p. 67-68.

secteurs où les profits vont sembler les plus faciles à obtenir et où l'on anticipera des profits élevés[39]. C'est sur ce point précis des débouchés que Ricardo rejoindra Say, en affirmant que le capital, les investissements, à la base du profit, s'orientent spontanément[40] dans les domaines où la productivité, qui correspond à l'état le moins cher du travail, est la plus forte. En effet, Say met en jeu un principe assez simple, voire très élémentaire, selon lequel toute production est nécessairement productive, dans le sens où elle trouve toujours, spontanément, correspondance avec une demande[41]. Par le fait même, Say rejette la distinction smithienne entre ce qui est productif et ce qui improductif. Pour lui, nécessairement, tout est productif dans la mesure où une production bien organisée finit toujours par trouver une demande par laquelle le propriétaire obtiendra une valeur (qui est en fait un autre produit provenant d'une transaction antérieure). La productivité pour Say est donc un concept qui se présente sous le rapport producteur-consommateur, lequel constitue chez lui un couple en continuelle interaction dans l'ensemble du processus de production. Ce faisant, toute production est nécessairement productive car elle résulte d'un échange de valeur qui assure au capitaliste

---

[39] Notons également que pour Ricardo l'état stationnaire pourra être retardée par la mise au point de technologies qui assureront, par le haut niveau de productivité qu'elles offrent, un rendement à la hausse. Celui-ci sera réalisé par une réduction relative des coûts de production rendue possible par la mise à contribution d'une technologie. En quelque sorte, Ricardo énonce ici ce dont Schumpeter traitera plus tard, en proposant une conception de la productivité qui débouche sur l'idée de «gains» attribuables à l'investissement. Des gains de productivité ne sont plus dès lors envisageables que dans l'immédiat, comme chez Quesnay et chez Smith, mais par un investissement qui procurera des gains de productivité dans un futur rapproché. Le rôle de l'investissement par rapport à la productivité commence ainsi à se dessiner, précisant encore plus ce qu'on peut entendre par le facteur de production que représente le capital. Alors que les marginalistes défendront la prépondérance de l'investissement des entreprises au niveau microéconomique, d'autres penseurs vont en discuter en termes plus macro au tournant de la guerre, entre autres Schumpeter, Clark, Keynes, etc. Le concept de productivité s'adaptera ainsi au contexte économique de l'entre-deux guerres où l'on conçoit la productivité en rapport avec la croissance économique générale dans l'optique des crises et évolutions économiques.

[40] Ce caractère spontané de la circulation du capital constitue l'une des raisons pour laquelle Ricardo se fera libéral, puisque selon lui le marché fait en sorte que le Capital circule toujours là où il est le plus rentable. Toute intervention de l'État est par conséquent nuisible, puisqu'elle entrave le bon fonctionnement du marché. Le courant néolibéral s'inspirera de ce point précis de l'analyse ricardienne de la production, en affirmant que toute intervention de l'État ne peut qu'être nuisible à la «rentabilité» du capital qui fonctionne de lui-même, mû par les seuls mécanismes du marché.

[41] Notons que l'analyse de Say se différencie complètement de celle de Malthus et de Sismondi, concernant l'idée de surabondance et de surproduction, lesquelles constitueront une des plus grandes menaces pour le capitalisme. Pourtant, plusieurs économistes, dont presque tous les néoclassiques, évacueront complètement de leurs modèles cette potentialité. Une telle attitude en révèle beaucoup sur la nature de la science économique qui se construit. Celle-ci ne peut que nous montrer qu'elle s'encastre dans un discours obstiné sur la productivité qui rime avec la quête du profit, seule motivation du capitalisme. Néanmoins, tel que nous le verrons, à partir de Keynes, le problème commencera à être pris en considération lorsque plusieurs penseurs orienteront leurs analyses de la productivité vers la prise en compte de la demande.

un rendement optimum[42].

Karl Marx s'opposera avec virulence à cette conception de Ricardo et de Say, tout autant qu'aux conceptions de Quesnay et Smith. Son projet est énorme : mettre à nu les fondements de la productivité pour expliquer les contradictions fondamentales du système capitaliste, afin d'en dégager des lois qui transcendent l'histoire de ce système érigé sur l'exploitation de l'homme par l'homme. En élaborant une théorie générale de l'évolution du capitalisme et de ses composantes[43], Marx discute de ce qu'il entend par la notion de «valeur» pour ensuite mettre au point un schéma explicatif de la production pour comprendre la provenance du profit et de l'accumulation du Capital. Il en vient ensuite à élaborer une théorie générale de la productivité pour illustrer les contradictions du système capitaliste.

Fondamentalement, pour Marx, le capitalisme est traversé par des rapports de force antagoniques entre deux classes : celle des travailleurs et celle des propriétaires. En ce qui concerne la production, Marx soutient qu'elle possède une logique qui lui est propre selon laquelle le rendement et l'efficacité constituent les fins du processus, dans la mesure où le propriétaire des moyens de production a pour projet d'accroître toujours plus son profit[44].

Pour Marx, à l'instar de ses prédécesseurs, la première donnée fondamentale est le capital, qui cherche objectivement à se reproduire par la production de la plus-value et par l'accumulation du profit. Ce phénomène inhérent au capitalisme, Marx l'analyse en

---

[42] Il n'y a donc pas de crises selon Say, celles-ci étant complètement évacuées de son élaboration de la productivité.

[43] Karl Marx, *Le Capital*, Livre I sections V à VIII, Paris, Flammarion, 1985 (édition originale en 1867), p. 5-215.

[44] Ce système fondé sur l'obtention de gains de productivité montre, selon Marx, qu'il existe des contradictions dans le capitalisme, dont les plus fondamentales sont les rapports antagoniques entre les travailleurs et les propriétaires des moyens de production. Sans passer en détail la théorie des crises qu'il construit, mentionnons que l'une des contradictions fondamentales du capitalisme, en tant que système favorisant la propriété privée et l'accumulation privée du capital, viendrait du fait que la productivité est d'autant plus forte que les coûts de production sont bas, comme l'avaient aperçu Smith et Ricardo dans leur élaboration de la productivité. En ce sens, lorsque les salaires sont très bas et que la production se situe à un haut niveau, il peut arriver sur le plan macroéconomique que la demande n'arrive plus à suivre l'offre, d'où l'idée de crise économique construite par Marx - et également élaborée par Malthus et Sismondi dans le débat sur les débouchés - qui n'est rien d'autre qu'une crise générale de productivité.

rapport avec le processus de création de la valeur[45] qui est à la base du profit. Pour qu'il y ait création de valeur, il faut que soit mis en place un moyen d'extraction de celle-ci. Ce moyen est pour Marx celui du travail. Dans son élaboration de la productivité, Marx considérera ainsi le prix du travail, c'est-à-dire le salaire que reçoit un ouvrier pour l'utilisation par le capitaliste de sa force de travail. Conformément à la théorie de la valeur-travail, propre à Smith entre autres, le prix d'un objet sur le marché est fixé essentiellement par la quantité de travail qui lui est incorporé. Or, pour Marx, du profit peut être obtenu au terme de la vente d'une marchandise car le capitaliste vend un produit à un prix supérieur à son coût de production. Pour ce faire, le capitaliste selon Marx réalise son profit par une méthode qui consiste à augmenter la quantité de travail - et donc la valeur de l'objet - tout en diminuant le salaire ouvrier. Pour Marx, en effet, le travail possède un double potentiel. Premièrement, il transpose la valeur des moyens de production dans l'objet créé. Deuxièmement, le travail contribue à créer un bien dont le prix sur le marché sera supérieur à la valeur du travail lui-même représentée par le salaire ouvrier. Tout réside ici dans le processus de production capitaliste[46]. Marx définit en fait la production comme le «processus d'extraction de la *plus-value*»[47] nécessaire à l'obtention de gains de productivité et du profit. La plus-value est pour Marx fondée sur l'exploitation de la force de travail.

Ainsi, on voit apparaître chez Marx une théorisation de la productivité construite sur le base de liens logiques entre des concepts caractérisant le processus de production en tant que tel. Dès lors en ressort une certaine façon de «mesurer» la productivité. On la mesurera donc en fonction d'un rapport réel entre deux séries de variables, d'où

---

[45] Il distingue à l'instar de Smith deux types de valeurs : la valeur d'usage et la valeur d'échange. La valeur d'usage est fondamentalement liée au bénéfice que seul un individu peut tirer d'un objet quelconque. Celui-ci est indépendant de la valeur qu'il peut avoir dans le cadre de la valeur accordée par d'autres individus. Quant à la valeur d'échange, la plus fondamentale pour le capitaliste, elle explique qu'un objet peut s'échanger sur le marché contre un autre objet ou de la monnaie, de l'argent. L'objet ainsi échangé possède une valeur dictée par le marché qui lui donne son caractère entièrement social. D'objet simple possédant une valeur d'usage, il devient objet possédant une valeur d'échange, ce qui fait que Marx le qualifie de «marchandise».

[46] Notons que la productivité constitue l'un des fondements de ce processus de production capitaliste. En effet, on peut dire que la productivité constitue même une finalité pour le capitaliste. À telle enseigne que l'analyse économique de l'industrialisation des services au XXe et de l'apparition de l'économie de l'information se posera dans le cadre de la capacité d'obtenir des gains de productivité nécessaires à la reproduction du système capitaliste.

[47] Karl Marx, *Le Capital*, p. 6-12 de la cinquième section s'intitulant «Recherches ultérieures sur la production de plus-value».

résulteront des taux exprimant un taux de profit, un taux de plus-value, un taux d'exploitation, etc., bref un *taux de productivité*.

1.1.2.2 La productivité chez les économistes néoclassiques : le raisonnement à la marge

Les néoclassiques ont mis au point une démarche d'appréhension des phénomènes économiques et de la productivité à partir de certains postulats. Parmi ces postulats, deux doivent retenir notre attention, car ils constituent la base du raisonnement à la marge que les néoclassiques appliqueront à la productivité. Ces deux postulats sont ceux de l'*homo-œconomicus* et de l'*utilité*[48].

Le postulat d'homo-œconomicus découle directement de celui d'utilité, en exprimant le sens du comportement des unités microéconomiques, que sont les individus et les firmes (les entreprises), toujours orientés, voire guidés, par une rationalité étroite. Celle-ci fait en sorte que les individus et les firmes cherchent toujours à maximiser leur utilité devant une situation donnée. C'est ainsi que les néoclassiques affirmeront que les acteurs économiques effectuent des choix qui leurs sont personnels et qui visent à satisfaire leurs intérêts. Par exemple, la consommation d'un bien de la part d'un consommateur s'effectuera toujours en fonction de l'utilité qu'il y trouve, laquelle tend à diminuer lorsque la consommation de ce même bien augmente, ce que les néoclassiques nomment le principe de l'utilité marginale décroissante. En ce qui concerne les capitalistes, les néoclassiques pensent que la maximisation de leur intérêt, correspondant à la quête du profit, se fait dans les mêmes conditions que la consommation d'un bien par un individu. Ils vont donc avoir tendance à chercher les combinaisons de biens de production assurant la plus haute productivité possible. Pour les néoclassiques, chaque facteur impliqué dans le processus a également une utilité, en terme de productivité, qui tend à décroître lorsque sa quantité augmente. C'est en partant de cette observation que les néoclassiques vont mesurer la productivité, à la marge. Ainsi, les néoclassiques définissent pour la première fois le concept de productivité[49] en mettant en jeu de

---

[48] Le concept d'utilité trouve largement son origine chez Jeremy Bentham qui fonde véritablement l'utilitarisme dans les sciences sociales. Jeremy Bentham, *An introduction to the principles of morals and legislation*, Oxford, Clarendon Press, 1996 (édition originale en 1789).

[49] Notons au passage que la notion de productivité est construite dans le cadre du modèle de l'équilibre général élaboré par les économistes néoclassiques, lesquels pensent qu'en situation de concurrence pure et parfaite l'économie tend à se stabiliser à un point de rencontre entre l'offre et la demande qui concrétise la maximisation des intérêts des capitalistes et des travailleurs (voir notamment Léon Walras, *Éléments*

nouvelles manières d'aborder les phénomènes économiques à l'aide de la formalisation mathématique[50] qui permet d'établir des liens entre les différents facteurs de production de façon à ce que soit maximisé le profit du capitaliste. La mesure de la productivité marginale de chacun des facteurs de production suppose que soit déterminé le prix, ou la valeur, de tous les facteurs de production dans un contexte où ceux-ci sont soumis à une rareté relative[51]. C'est dans de telles circonstances que la mesure marginale trouve sa pertinence pour le capitaliste, car celui-ci doit pouvoir anticiper le profit qu'il peut obtenir en fonction de toutes les combinaisons possibles des facteurs de production compte tenu de l'optimum visé.

C'est ainsi que la définition de la productivité qu'adopteront la majorité des néoclassiques met l'accent sur le *rapport* entre les facteurs de production mis en œuvre dans le processus de production et le produit obtenu.

Ainsi, pour Pascal Combemale et Arnaud Parrenty, la productivité c'est :

> [...] le rapport entre le volume de la production et le volume des moyens mis en œuvre pour obtenir cette production [...][52].

Pour Dominique Alet et Bernard Roux, la productivité c'est

> [...] le rapport du volume de la production au volume total des facteurs dépensés dans le cycle de production[53].

Pour André L.A. Vincent, elle est

---

d'économie politique pure : théorie de la richesse sociale, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1952 -édition originale en 1874-).

[50] Pour une synthèse détaillée de l'histoire de la formalisation mathématique chez les économistes néoclassiques, voir Michel Beaud et Gilles Dostaler, *La pensée économique depuis Keynes*, Paris, Seuil, 1993, p. 101-122.

[51] Léon Walras, *Éléments d'économie politique pure : théorie de la richesse sociale*, ouvrage cité.

[52] Pascal Combemale et Arnaud Parrenty, *La productivité : analyse de la rentabilité, de l'efficacité et de la productivité*, Paris, F. Nathan, 1993, p. 5.

[53] Dominique Alet et Bernard Roux, *La productivité autrement*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 1.

> [...] avant tout une constatation. [...] La productivité est le rapport entre une production et les facteurs de production qui ont permis de l'obtenir - ou bien entre une production et certains des facteurs qui ont permis de l'obtenir[54].

Pour Brinkehoff et Dressler, la productivité doit se définir en fonction de la mesure qu'on peut en faire.

> In a nutshell, productivity reflects results as a function of effort. When productivity improves, it means that more results are being gained for a given amount of effort. In a classical sense, productivity is defined as a ratio such that the output of an effort under investigation is divided by the inputs (labor, energy, and so forth) required to produce the output[55].

Fourastié, quant à lui, la définit de façon beaucoup plus large puisqu'il tient compte de ce que permet la productivité au niveau économique. Elle est pour lui :

> [...] une mesure du progrès technique. Pour le passé, cette mesure permet de rendre compte des phénomènes économiques essentiels de l'histoire économique de notre temps. Pour l'avenir, la notion de productivité est plus importante encore à saisir : elle doit permettre d'orienter l'évolution dans un sens conforme au bien-être matériel et à l'équilibre intellectuel de l'homme[56].

On peut donc dire que la productivité est essentiellement un rapport entre des facteurs de production et un produit final. Les principaux facteurs de production, pour les marginalistes, sont au nombre de deux : le «travail» et le «capital[57]». C'est à partir de ceux-ci qu'une productivité élevée peut être obtenue, ce que les marginalistes mesureront

---

[54] André L.A. Vincent, *La mesure de la productivité*, Paris, Dunod, 1968.

[55] Robert O. Brinkerhoff et Dennis E. Dressler, *Productivity measurement : a guide for managers and evaluators*, Newbury Park (Calif.), Sage, 1990, p. 16.

[56] Jean Fourastié, *La productivité*, Paris, Presses universitaires de France, 1968, p. 11.

[57] Notons que la fonction néoclassique de production, dite fonction Cobb-Douglas, permet de tracer une courbe de la productivité des facteurs «travail» et «capital». Il s'agit en fait d'un rapport de cause à effet où la variation de la production totale est expliquée en fonction de la variation unitaire de la quantité d'un seul facteur. Cette fonction de production s'exprime mathématiquement comme suit : $Y = A K^{a} + L^{b}$, où «Y» représente l'*output* final tel qu'il se retrouve sur le marché, «K» le capital en tant que facteur de production, «L» le travail et «A», «a» et «b» des constantes.

par des calculs mathématiques qui fondent la méthodologie de la science économique qu'ils construisent.

Il existe deux principaux types de productivité que les néoclassiques mesurent : une «productivité physique» et une «productivité en valeur[58]».

La productivité physique tient compte du rendement d'un facteur de production par rapport à la variation de sa quantité dans le temps, compte tenu de son effet sur la variation quantitative du produit final dans le temps[59]. Quant à la productivité en valeur, elle tient compte davantage de la valeur déflatée d'un facteur de production par rapport à la variation de la valeur déflatée du produit final.

De telles mesures de la productivité permettent de déterminer le rendement marginal des facteurs de production dans le temps et dans l'espace, de façon à ce que les entreprises puissent anticiper leus comportements sur la base de la concurrence, comme le souligne Anne-Marie Gronier :

> La connaissance des variations de productivité permet à l'entreprise de mieux situer ses efforts par rapport à la concurrence nationale ou internationale ou encore par rapport aux performances d'ensemble de l'économie d'un pays[60].

C'est donc à partir de la mesure de la productivité que se construisent les indicateurs de performance des entreprises dans le jeu de la concurrence. De tels indicateurs permettent fondamentalement d'envisager, au niveau microéconomique ou macroéconomique, des comparaisons entre les entreprises voire entre les nations. Ils permettent également de connaître le degré de productivité occasionné par l'utilisation ou la consommation de tel ou tel facteur de production. Ce qui est nécessaire à tout exercice de prévision économique.

---

[58] Plusieurs manuels de gestion et d'analyse économique distinguent effectivement deux types de productivité, la productivité physique et la productivité en valeur. C'est le cas, entre autres, de Anne-Marie Gronier (*La productivité : progrès social ou source de chômage ?*, Paris, Hatier, 1987).

[59] Une telle productivité physique réfère nécessairement à des objets matériels homogènes se prêtant au dénombrement et à la quantification.

[60] Anne-Marie Gronier, *La productivité : progrès social ou source de chômage ?*, ouvrage cité.

Pour les néoclassiques, la productivité physique et la productivité en valeur doivent être mesurées à la marge afin de tenir compte du rendement unitaire de chaque facteur de production. Ce rendement est toutefois soumis, comme l'ont déjà montré les classiques avec entre autres Ricardo[61], à la «loi des rendements décroissants» selon laquelle la productivité marginale[62] d'un facteur de production tend, à partir d'un point d'origine, à augmenter pour éventuellement devenir stagnante puis décroissante. En d'autres termes, la loi des rendements décroissants suppose que le prix, la valeur unitaire d'un facteur de production, décroît à mesure que ce facteur de production augmente. Il existerait ainsi, selon les marginalistes, un point de saturation à partir duquel l'augmentation d'un facteur de production procure une productivité marginale qui tend à baisser.

Une telle loi permet au capitaliste, selon les marginalistes, de voir s'il est avantageux pour lui d'ajouter une unité supplémentaire d'un facteur de production, donc d'investir dans celui-ci, de façon à obtenir une productivité à la marge plus élevée. De là la nécessité de mesurer tous les éléments qui interviennent dans le cadre du processus de production, compte tenu de la variation de leur productivité dans le temps et dans l'espace.

Cette mathématisation de l'économie a contribué à faire de l'économie, selon les néoclassiques, une «science» exacte au même titre que les sciences de la nature[63]. Cette

---

[61] David Ricardo, *Principes de l'économie politique et de l'impôt*, ouvrage cité.

[62] Voir entre autres les travaux de John Bates Clark (*The distribution of wealth. A theory of wages, interests and profits*, New York, A.M. Kelly, 1965 -édition originale en 1899- ; et *Essentials of economic theory as applied to modern problems of industry and public policy*, New York, A.M. Kelly, 1968 -édition originale en 1907-).

[63] Une telle façon de procéder contribuera à faire de l'économie, au sens où l'entend William Stanley Jevons (*The Theory of Political Economy*, Harmondsworth, Penguin Books, 1970 - édition originale en 1871-), une véritable «science exacte» capable de vérifier formellement les hypothèses qu'elle met en jeu. C'est pourquoi le concept de productivité, avec le raisonnement à la marge, devient un concept conçu comme «éternellement» vrai. L'erreur des marginalistes à notre avis ne réside point dans cette prétention, mais bien plutôt dans le fait de ne pas avoir tenu épistémologiquement compte dans la construction de l'objet de l'économie de l'évolution des conditions socioéconomiques qui finissent par invalider le concept de productivité marginale, tel qu'alors conçu. Pour un regard sur ce type d'épistémologie «mathématico-économique» posé à partir d'un questionnement sur la sémantique économique, on pourra consulter Christian Schmidt, *La sémantique économique en question : recherche sur les fondements de l'économie théorique*, Paris, Calmann-Lévy, 1985.

ambition s'appliquait toutefois au contexte émergeant de la fin du XIXe et de la première moitié du XXe siècle avec le taylorisme, le fordisme et ensuite le fordisme-keynésisme caractérisé par la production-consommation de masse. Le fordisme-keynésisme exigeait justement, compte tenu de l'importance accordée à la prévision du déroulement du cycle économique, que les entreprises puissent anticiper les comportements, non seulement des entreprises concurrentes, mais également des consommateurs. Pour les néoclassiques, la mesure de la productivité est dans ce contexte l'instrument central de prévision et de comparaison propre au capitalisme qui ne peut poursuivre son développement, sa reproduction élargie, que par un contrôle accru des conditions de production, donc de mise en productivité. C'est dans cette perspective qu'émerge dans le sillage de la Première Guerre mondiale l'idée d'un contrôle global de l'économie, donnant naissance à l'analyse macroéconomique.

1.1.2.3 Macroéconomie, croissance économique et productivité

Les fondements de la théorie néoclassique de la productivité que nous venons d'examiner sont construits dans un contexte marqué par une quête effrénée de la croissance de la productivité. Cette quête s'inscrit notamment dans le cadre du taylorisme qui constitue le point d'origine de l'organisation du travail de type fordiste instaurant les chaînes de montage et la hausse générale des salaires qui ouvriront la voie à la production-consommation de masse. La crise économique de 1929, d'envergure mondiale, éclate avec des répercussions dramatiques sur le système capitaliste qui, jusque-là, semblait avoir fait les preuves de son fonctionnement par l'exercice de la «main invisible» défendue par les promoteurs du libre-marché. Les économistes constatent cependant que des problèmes urgents font surface, c'est-à-dire qu'une crise inévitable est en train de se cristalliser. La recherche effrénée des gains de productivité, dont témoignent les analyses néoclassiques clamant l'état d'équilibre économique où se rejoignent l'intérêt maximal des consommateurs et les profits optimaux des capitalistes, voit ses limites mises au jour. Les néoclassiques avaient surtout arrêté leurs analyses sur l'offre, à travers certaines formalisations mathématiques devant assurer au capitaliste la plus grande productivité possible. La demande était ainsi pratiquement ignorée du fait de son ajustement spontané à l'offre. Pourtant, elle s'est révélée essentielle à l'analyse des conditions de mise en productivité à partir du moment où l'on constatait que le système en place devait également être expliqué en termes endogènes[64].

---

[64] La plupart des économistes néoclassiques, voire même des économistes plus contemporains, pensent que

C'est dans ce contexte que surgit le problème de la prévision économique, dans sa capacité à faire en sorte que le capitaliste autant que le consommateur puissent être en mesure d'anticiper les conditions économiques qui leur sont favorables[65]. Le concept de productivité est ainsi conçu dans des perspectives plus macroéconomiques telles que celles des fluctuations économiques, des crises économiques et de la croissance générale de la production pour la nation, etc. On retrouve dans ce courant l'analyse de Colin Clark pour qui la productivité est un concept qui doit faire état du développement socioéconomique global, car elle constitue l'indicateur par excellence du progrès économique. Or, afin de mieux évaluer l'évolution économique, et du progrès économique, le concept de productivité selon Clark doit être opérationalisé au niveau macroéconomique de façon à permettre les comparaisons. Ainsi, Clark met au point la notion de «revenu national» qui, selon lui, a le mérite d'englober l'ensemble des gains de productivité obtenus par l'ensemble des secteurs économiques durant une période donnée. Il faut donc, pour Clark, analyser les données sur le revenu national de chaque pays dans le temps, ou d'un seul pays durant son histoire, pour pouvoir observer et juger les conditions du progrès économique et de la croissance économique. Ainsi, selon Clark, les données sur le passé, les revenus nationaux, peuvent servir à observer des tendances générales de la productivité et du bien-être. Pour ce faire, selon Clark, le rassemblement des données les plus complètes et les plus précises sur le revenu national permet d'entreprendre des comparaisons entre les différents pays, notamment grâce à l'indice Pigou-Fisher qui permet de mettre à un niveau d'égalité les disparités des facteurs de chaque pays en termes de quantités et de valeurs. Clark met au point une unité de mesure uniforme, nommée l'«unité internationale», qui permet de mieux comparer les différents niveaux de productivité entre les pays suivant l'idée du progrès économique.

---

les hausses ou les baisses de la productivité, qu'eux-mêmes constatent avoir de la difficulté à mesurer, trouvent essentiellement leur origine dans la variation de facteurs exogènes au système de production. Cette façon de concevoir les phénomènes économiques est plutôt réductrice, car elle a pour effet d'évacuer des variables pourtant fondamentales au niveau de l'analyse de la productivité proprement dite. L'exemple le plus significatif est celui du progrès technique ou des innovations technologiques qui n'intéressent guère, ou très peu, les néoclassiques, si bien qu'ils les considèrent le plus souvent comme un résidu. Or, à partir de la Première Guerre mondiale, le type d'analyse qu'ils ont considéré comme étranger à tout reproche commencera à poser d'énormes problèmes de mesure qui interpelleront les catégories analytiques de la science économique telle qu'ils l'ont fondée.

[65] Pour les économistes néoclassiques, ne sont favorables pour le capitaliste que les conditions leur permettant d'obtenir des gains de productivité et donc du profit. Pour les consommateurs, ne sont favorables que les conditions leur permettant de maintenir leur niveau de vie au seuil essentiel à leur propre survie et à celle de leur famille.

Ce type d'approche est également emprunté par Simon Smith Kuznets qui préconise l'analyse des séries statistiques pour l'étude de la croissance[66]. Ainsi, selon Kuznets, l'observation de ces changements dans le temps nécessite des outils quantitatifs à partir desquels il est possible d'explorer les bases même de ce qu'il considère comme étant la productivité, laquelle est selon lui à la base de la croissance économique. La façon de procéder dans une telle démarche nécessite que soient prises en compte des données chiffrées, construites autour d'unités sociales (nations, agrégats, etc.), sur une base suffisamment longue pour pouvoir remarquer les tendances de la croissance de la productivité. Ce qui conduit Kuznets à remarquer qu'une analyse de la croissance économique ne peut se faire qu'en fonction de données fiables, telles que l'évolution de la population, l'évolution des stocks (main-d'œuvre et capital), produit national[67], etc., exprimant des tendances à long terme. Toutes ces données se retrouvent généralement, affirme Kuznets, dans les annuaires statistiques mondiaux qui sont devenus, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, un outil incontournable à l'analyse de la croissance économique. Cependant, selon Kuznets, les données statistiques disponibles, bien qu'elles soient fort nombreuses, ne permettent pas d'analyser en profondeur les tendances sous-jacentes aux changements socioéconomiques en termes de croissance de la productivité, car il existe des décalages entre les données disponibles dans les pays capitalistes, les pays sous-développés et les pays communistes. De plus, tel que l'affirme Kuznets, les concepts utilisés ont plusieurs limites analytiques dues au retard dans l'observation de nouveaux phénomènes économiques. C'est pour cette raison que Kuznets se donne pour mandat dans *Croissance et structures économiques*[68] d'examiner en quoi les données disponibles ne permettent pas de rendre compte du phénomène qu'il cherche à étudier. Procédant ainsi, Kuznets pense que les économistes pourront en apprendre davantage sur les mécanismes généraux de la croissance des nations.

Parmi les données les plus utiles à l'étude de la croissance de la productivité, on

---

[66] Simon Smith Kuznets, *Croissance et structures économiques*, Paris, Calmann-Lévy, 1972 (édition originale en 1965).

[67] Kuznets consacre d'ailleurs une grande partie de son analyse à ces différentes variables qu'il tente de mesurer, voire d'estimer, pour en dégager des explications relatives à la croissance économique. Voir, entre autres, Simon Smith Kuznets, *National Income and Capital Formation*, 1919-1935, New York, National Bureau of Economic Research, 1941.

[68] Simon Smith Kuznets, *Croissance et structures économiques*, ouvrage cité.

retrouve, selon Kuznets, celles qui se regroupent sous le produit net total qui est aussi nommé le revenu national[69]. Pour lui, il existe un lien fort entre la hausse du produit net et les gains de productivité, lesquels sont donc directement attribuables, au niveau national, à la hausse du revenu national. Une estimation poussée ainsi qu'une élaboration cohérente en termes de prix permettent d'analyser de telles données pour obtenir une vision globale de la croissance économique d'un pays. C'est précisément ici que l'opérationalisation du concept de croissance de la productivité prend tout son sens chez Kuznets, qui souligne la nécessité de *catégoriser* certains éléments relatifs au revenu national. Il en distingue six : «les secteurs industriels qui créent le produit», «les flux de revenu», «les différentes origines du revenu des entités économiques», «la répartition du revenu entre les bénéficiaires», «la distribution du revenu national», «la distinction entre les flux intérieurs et les flux internationaux[70]». L'analyse de toutes ces conditions structurelles, sur la période la plus longue possible avec les données disponibles, débouche sur une connaissance relativement complète des structures économiques et de leur évolution en termes de productivité et de croissance. À la lumière d'une telle démarche, Kuznets affirme qu'il y a cinq grands éléments qui fondent la théorie générale de la croissance économique : croissance démographique, hausse de l'ensemble des connaissances, usage à long terme de ce que permet la croissance nationale, l'environnement international dans les rapports entre les pays et, finalement, l'articulation qui existe entre ces éléments. L'étude rigoureuse de chacun de ceux-ci permet d'en arriver à certains constats touchant à l'évolution économique.

Ainsi donc, chez Kuznets, le questionnement sur la productivité est situé comme chez Clark, dans une problématique plus globale de croissance économique, où l'on cherche à analyser les conditions structurelles de son essor. En cela, Kuznets évite les discussions pointues sur le concept de productivité pour néanmoins l'inclure dans les analyses qu'il fait de la croissance économique. Mais son principal souci est la compréhension des mécanismes à la base de la prospérité dans le cadre du capitalisme, pour éventuellement donner des outils aux organismes gouvernementaux afin «de mettre sur pied une politique de développement intelligente[71]». Ce qui vaut également - tel que

---

[69] Le produit net résulte d'une soustraction entre les produits (revenus) totaux et les dépenses (consommation, investissements, amortissements, etc.)

[70] Simon Smith Kuznets, *Croissance et structures économiques*, ouvrage cité, p. 47.

[71] *Ibid*., p. 26-27.

nous le verrons - pour le secteur de la santé, compte tenu de la volonté des gouvernements de rationaliser les dépenses publiques de santé depuis le tournant des années soixante-dix.

C'est en partant d'une telle problématique macroéconomique qu'un des penseurs les plus importants sur la croissance économique, Joseph Alois Schumpeter, construit son analyse. Il observe les bouleversements socioéconomiques dont il est témoin au tournant de la Première Guerre mondiale et à la suite de la crise économique de 1929[72]. Suivant Kondratiev[73], qui fut l'un des premiers à construire une théorie des fluctuations longues en mettant en lumière les variations temporelles des prix, Schumpeter observe que le capitalisme est traversé par des cycles dans lesquels les profits des capitalistes atteignent une stabilité pour ensuite diminuer[74]. Les effets à court terme des rendements décroissants, à la base de ce qu'il nomme une «phase descendante», sont nombreux et Schumpeter les analyse dans une théorie générale des crises, qu'on pourrait également nommer théorie des cycles de la croissance, voire de la productivité.

Pour Schumpeter, la productivité résulte, comme chez les marginalistes, de combinaisons de facteurs de production qui permettent, dans les meilleures conditions possibles, l'obtention d'un produit mis en valeur sur le marché, ce qui permettra au capitaliste d'obtenir un profit[75]. Le processus de production est d'autant plus efficace et

---

[72] Joseph Alois Schumpeter, *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*, Paris, Dalloz, 1983 (édition originale en 1934).

[73] Les cycles économiques, que Kondratiev étudie à partir de séries statistiques, révèlent une durée chacune d'environ cinquante ans à l'intérieur desquels se présente une phase ascendante qui fait ensuite place à une phase descendante. Au moment où Kondratiev formula sa théorie, trois cycles furent recensés : 1) de 1770 / 1790 à 1810-1817 (phase ascendante) et de 1810-1817 à 1844-1851 (phase descendante) ; 2) de 1844-1851 à 1870-1875 (phase ascendante) et de 1870-1875 à 1890-1896 (phase descendante) ; 3) et de 1890-1896 à 1914-1920 (phase ascendante) jusqu'à 1929-1945 (phase descendante). Nicola Kondratiev, «The Major Economic Cycles», *Review of Economic Statistics*, Vol. XVII, Novembre 1935.

[74] Souvenons-nous que Ricardo et Marx avaient fait le même constat au sujet du capitalisme. Pour Ricardo, le développement du capitalisme faisait en sorte que l'économie cheminait avec le temps vers un état stationnaire que seuls les progrès techniques pouvaient retarder. Pour Marx, même si le progrès technique avait des effets souhaités au niveau du profit chez les capitaliste, il n'en résultait pas moins une marche vers l'autodestruction du système par la baisse tendancielle des taux profits qui constitue l'une des contradictions majeures du système. Schumpeter va un peu dans le même sens, en voyant que la baisse tendancielle des taux de profit, qui résulte d'une baisse généralisée de la productivité comme source d'expansion, ne peut que mener le capitalisme à des situations de crises.

[75] Voir entre autres Joseph Alois Schumpeter, *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*, ouvrage cité, où il est question du profit, de l'entrepreneur, de l'innovation, etc. C'est à partir de l'analyse qu'il fait de ceux-ci qu'il développe sa théorie de la productivité.

productif qu'il contient tous les éléments pouvant mener à terme une production bien organisée à partir de laquelle le profit maximal pour chaque produit vendu est assuré et anticipé. Selon lui, l'augmentation des profits incite les capitalistes à l'investissement, car ils disposent d'un capital suffisamment grand pour investir dans les capacités de production de leur entreprise. De plus, la croissance des profits conduit certains entrepreneurs à investir leurs capitaux dans les secteurs les plus productifs, de façon à obtenir le plus rapidement possible le rendement le plus élevé. Cette dynamique est caractéristique de la phase ascendante des cycles économiques au cours de laquelle les investissements, les emplois, les salaires, etc., tendent à augmenter avec les hausses généralisées de la productivité et l'obtention du profit. Celui-ci est d'ailleurs, pour Schumpeter, le moteur de l'économie capitaliste. Il constitue le rouage articulant l'ensemble des composantes du système assurant son maintien et sa reproduction[76].

Cependant, il arrive un moment où ce véritable «circuit économique», tel que le conçoit Schumpeter, place les différents agents économiques en état d'équilibre où l'offre rejoint la demande et inversement. Les méthodes de gestion, d'organisation et de production sont alors les mêmes d'une entreprise à l'autre et les profits tendent à s'égaliser. Schumpeter en vient à imaginer ainsi un état d'équilibre parfait où tous les éléments de la société demeurent constants et dans lequel l'économie est stationnaire[77]. Mais la réalité capitalistique fait que des changements doivent surgir puisque les capitalistes ne peuvent se contenter d'un état d'équilibre, même relativement permanent, où les profits se stabiliseraient à long terme.

Pour Schumpeter, la solution au problème de l'état stationnaire réside dans un facteur tout à fait particulier dont Ricardo avait déjà discuté : l'innovation. Celle-ci permet de retarder l'état stationnaire de l'économie en repoussant la stabilité généralisée de la productivité et, donc, des taux de profit. L'innovation constitue ainsi une condition *sine qua non* de la productivité au niveau macroéconomique, en donnant au système capitaliste son caractère dynamique puisque contraint à des changements structurels[78].

---

[76] Voir le chapitre IV, *Ibid.*

[77] Voir, entre autres, Joseph A. Schumpeter, *Business Cycles*, Vol. 1 et Vol. 2, New York, McGraw-Hill, 1939.

[78] Le système est dynamique dans la mesure où il y a des changements d'une telle ampleur sur la structure productive qu'ils peuvent modifier non pas seulement quantitativement le système mais qualitativement.

Elle constitue pour Schumpeter un facteur endogène au système en représentant la solution au problème de la stabilisation du profit au niveau macroéconomique. En d'autres termes, on peut dire que l'innovation est le processus par lequel le capitaliste, l'entrepreneur, trouve des voies de sortie de crise induites par les variations tendancielles à la baisse de la productivité[79]. À l'intérieur d'un tel processus se présentent plusieurs inventions que les entrepreneurs mettent au point en espérant obtenir des gains de productivité. Parmi toutes les inventions, celles qui sont considérées comme prometteuses rendront optimistes les entrepreneurs qui orienteront leurs efforts dans la réalisation d'un nouveau processus de production déterminant de nouvelles combinaisons de facteurs voués à la réalisation de nouveaux produits à commercialiser. C'est à ce moment que la productivité augmentera et, avec elle, le profit. Sur le plan macroéconomique, ainsi que l'analyse Schumpeter, cela se traduira par une hausse des investissements qui contribuera au démarrage d'un nouveau cycle économique. L'économie est dans ce cas en pleine phase ascendante, avec des nouveaux débouchés et des nouvelles façons de produire. Ce n'est qu'au moment où les investissements dans le même secteur se généraliseront au niveau macroéconomique que l'économie deviendra stationnaire, pour ensuite entrer dans la phase descendante du cycle économique.

Cette théorisation de la croissance de la productivité au niveau macroéconomique est également présente chez John Maynard Keynes. Pour lui, les crises économiques, d'origine structurelle, sont inévitables. Elles résultent d'un ensemble de facteurs qu'il analyse dans son ouvrage central intitulé *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*[80]. Le mandat qu'il se donne consiste à mettre en lumière les mécanismes sous-jacents à la croissance économique. Il est donc conduit à étudier les causes de la récession qui résultent simultanément de la baisse généralisée de l'emploi, des

---

L'évolution n'est possible, pour Schumpeter, qu'à partir du moment où certaines conditions de l'ensemble du système productif se perdent et d'autres se créent à la suite de l'innovation. Ce que Schumpeter nomme le processus de «destruction créatrice». Cf. Joseph Alois Schumpeter, *Capitalisme, socialisme et démocratie*, Paris, Payot, 1965 (édition originale en 1942), p. 119-125.

[79] Les innovations à la base de la phase ascendante d'un cycle ne surgissent cependant pas, selon Schumpeter, à intervalles réguliers. Elles surgissent inévitablement lorsque la productivité a tendance à baisser dans l'ensemble du système. La variation à la baisse de la productivité, sur le plan macroéconomique, joue donc un rôle central puisqu'elle engendre les innovations. Joseph A. Schumpeter, *Business Cycles*, ouvrage cité.

[80] John Maynard Keynes, *La théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, Paris, Payot, 1988 (édition originale en 1936).

investissements, des taux de profit et de la productivité.

Contrairement à ce qu'affirmaient Ricardo et Say, l'offre pour Keynes ne trouve pas nécessairement, spontanément comme le diraient Say et Ricardo, de correspondance avec la demande. Dans la phase descendante d'un cycle économique, il peut exister un écart grandissant entre les deux qui déstabilise l'entièreté du système économique. C'est ainsi qu'on retrouve chez Keynes une analyse de la croissance, et par conséquent de la productivité d'un point de vue macroéconomique, dont le point de départ n'est pas uniquement l'offre, comme chez les classiques et les marginalistes, mais également la demande. Keynes pense que le niveau de production des entreprises à l'échelle nationale peut être stabilisé grâce au maintien de l'emploi, qu'il considère comme le véritable moteur de l'équilibre économique. Ayant analysé les grandes théories des crises économiques, Keynes s'interroge sur les moyens nécessaires pour retarder le plus possible la phase descendante du cycle économique. Il note que celle-ci est due à un excès d'épargne globale de la part des agents économiques, autant du côté de l'offre que du côté de la demande. Lorsque les taux de profit tendent à se stabiliser pour éventuellement diminuer, les entreprises ont tendance à épargner plutôt qu'investir, de façon à éviter les risques en terme de rentabilité. Voulant diminuer les coûts de production de leur entreprise, afin de maintenir un profit élevé, les entreprises effectuent notamment des mises à pied qui ont un double effet. D'une part, les travailleurs qui se retrouvent sans emploi ne peuvent plus subvenir à leurs besoins et, d'autre part, ceux qui sont encore actifs ont tendance à craindre une perte de leur emploi, ce qui les conduit à épargner davantage. Au niveau macroéconomique, les conséquences sont désastreuses, car les stocks de produits disponibles ne sont plus écoulés, de sorte que certaines entreprises sont contraintes à déclarer faillite alors que d'autres cessent tout investissement.

Ainsi, l'analyse que Keynes fait du cycle de développement de l'économie capitaliste le conduit à adopter une vision de la productivité proche de celle de Schumpeter[81]. En effet, pour lui, il n'y a de productivité que par rapport à une demande

---

[81] Comprenons néanmoins que Keynes ne parle pas véritablement de la productivité proprement dite. Il l'analyse de façon implicite en étudiant les mécanismes à la base de la croissance, mais d'une façon qui diffère fondamentalement de celle des marginalistes. En outre, comme le souligne Drucker, «Keynes était parfaitement conscient de ce que sa théorie ne se préoccupait pas le moins du monde de la productivité. Quand on l'interpellait sur ce point, ce qui arriva souvent au début de son séminaire à Cambridge, il répondait toujours que la productivité était du domaine des hommes d'affaires qui pourraient s'en charger à condition d'avoir une vue juste de la macro-économique, c'est-à-dire une bonne politique de la demande» (*L'entreprise face à la crise mondiale*, Paris, InterÉditions, 1981, p. 20.).

solvable qui assure l'écoulement des stocks par la consommation. Le capitaliste, qui cherche à rentabiliser ses investissements grâce à l'augmentation de la productivité, doit être en mesure d'obtenir les débouchés nécessaires à l'écoulement des marchandises produites. De sorte que la demande constitue, d'une certaine façon, un facteur de production macroéconomique, dans la mesure où elle est une condition nécessaire à la bonne marche des entreprises dans leur quête de productivité. L'originalité de la conception keynésienne de l'économie réside dans le fait qu'on y démontre, après avoir analysé l'histoire du capitalisme, que l'équilibre économique ne peut être maintenu que lorsque les entreprises anticipent avec optimisme la vente des biens qu'ils mettent en circulation sur le marché. Or, selon Keynes, les entreprises, en phase descendante, hésitent à produire en grande quantité, car elles appréhendent avec pessimisme la réaction du marché face à un haut niveau de production. C'est précisément ici que Keynes contredit les thèses de Ricardo et de Say qui pensaient que l'offre rejoignait *automatiquement*, voire spontanément, la demande sur le marché. Tel que nous l'avons souligné plus haut, ces auteurs classiques pensaient que l'offre révélait nécessairement une demande, en ne prenant pas en compte l'épargne dont plusieurs ont par la suite démontré qu'elle pouvait conduire à des conséquences néfastes sur le plan macroéconomique.

Pour Keynes, une société peut rester prisonnière de l'état stationnaire dans la phase descendante d'un cycle, ce qui mène tout droit à la crise économique. La seule façon d'éviter un tel scénario consiste à mettre en place des mécanismes favorisant la consommation et l'investissement, afin d'éviter l'épargne.

En partant de cette analyse de la dynamique économique, à la lumière des déterminants du plein-emploi, Keynes pense que le niveau de la production d'un pays dépend de la «demande effective», c'est-à-dire une demande qui se caractérise par sa capacité à payer pour se procurer les moyens de consommation nécessaires à la satisfaction de ses besoins. Cette demande effective, ou demande solvable, lorsqu'elle est connue des entreprises, détermine à son tour la production possible pour ces mêmes entreprises. Un tel phénomène macroéconomique est alors suffisant pour déterminer la croissance économique compte tenu de la rencontre sur le marché de l'offre et la demande. Ainsi, plus les entreprises (l'offre) seront en mesure d'anticiper le niveau de la demande, plus elles pourront ajuster leurs investissements pour produire plus, pour obtenir plus de productivité et pour augmenter corollairement le nombre d'emplois

disponibles. Du côté des consommateurs (la demande), plus ils seront en mesure de compter sur un revenu régulier et permanent, plus ils pourront dépenser pour se procurer les biens disponibles sur le marché.

Il s'agit donc d'une dynamique cyclique où l'offre détermine le niveau de la demande et où celle-ci détermine à son tour l'offre. Pour Keynes, la productivité ne peut croître au niveau macroéconomique que par la stimulation des mécanismes qui leur sont sous-jacents (investissements, plein-emploi, dépenses, etc.). Or, conformément aux crises que Keynes analyse et dont Schumpeter a longuement discuté, il est fort probable pour Keynes qu'une discordance existe naturellement entre l'offre et la demande de sorte que l'équilibre puisse être compromis[82]. Pour Keynes, c'est le problème tendanciel qui doit être résolu, car l'augmentation de la productivité, à la base de la croissance économique, ne peut s'obtenir qu'en agissant, aussi contradictoire que cela puisse paraître aux yeux des néoclassiques, sur la demande. Elle seule peut en effet déterminer le niveau des dépenses des ménages, l'une des conditions nécessaires à l'augmentation de la productivité pour les entreprises. Cette action sur la demande ne peut se faire que par une intervention organisée de l'État, dont le rôle est de soutenir et d'encadrer la dynamique économique générale à travers des politiques économiques interventionnistes qui puissent assurer aux travailleurs un revenu permanent en cas de perte d'emploi, en cas d'incapacité à trouver un emploi, en prévision d'une retraite, etc. Bref, tout un filet de sécurité sociale dont le rôle, dans la théorie économique keynésienne, sera de soutenir la capacité de consommation des travailleurs[83], de façon à réduire les incertitudes de la population à l'égard de risques sociaux. De cette façon, pour Keynes, comme nous le disions un peu plus haut, plus le revenu d'un individu sera élevé et surtout assuré, plus il pourra anticiper avec optimisme son comportement d'achat. De même pour les entreprises qui auront tendance à investir davantage devant l'assurance de conditions

---

[82] On peut penser que Keynes subit à cet effet l'influence des marginalistes en ce sens qu'il est convaincu que les investissements au sommet de la phase ascendante du cycle économique diminuent dû au fait que les entreprises constatent une baisse de l'efficacité marginale de leur investissement. Cela résulte d'une anticipation des entreprises qui jugent que la productivité escomptée ne pourra être obtenue à un moment donné compte tenu de la baisse des ventes sur le marché. Sur la question de l'efficacité marginale, voir l'ouvrage de Irving Fisher (Irving Fisher, *The theory of interest*, Philadelphia, Porcupine Press, 1977 (édition originale en 1930).) duquel s'inspire Keynes.

[83] De telles dépenses de la part de l'État impliquent que soit pris un pourcentage des revenus des entreprises sous forme d'impôts, lesquels constitueront le prix à payer pour l'augmentation de la productivité et des profits à la base de l'équilibre économique. Plusieurs économistes ultralibéraux critiqueront plus tard ce principe qui, selon eux, n'a pas la conséquence souhaitée au niveau des investissements, contribuant plutôt à réduire ceux-ci.

socioéconomiques favorables à l'élévation de leur productivité et du profit qui pourront être anticipés. Cette conception de Keynes débouche sur une vision de la croissance de la productivité où la demande joue un rôle fondamental de même que l'État qui agit comme un véritable régulateur de l'économie.

Selon Keynes, l'État devra développer des connaissances statistiques les plus élaborées possible sur les tendances de la consommation et des investissements. Ainsi vont trouver toute leur importance les systèmes de comptabilité nationale, avec les fonctions précises que leur accordaient Clark et Kuznets ainsi que nous l'avons souligné plus haut. Ce type de comptabilité, qui regroupera des données sur la production des entreprises, les investissements, les dépenses des ménages, les tendances de consommation, etc., servira à l'élaboration de politiques économiques en vue de réguler l'économie globale.

1.1.2.4 Les conceptions contemporaines de la productivité et de la croissance économique

Tel que nous venons de le montrer, la conception de la productivité depuis les classiques s'est construite autour de l'idée du profit à la base de la richesse et de la croissance économique. Schumpeter et Keynes en sont arrivés au constat fondamental que le capitalisme est ponctué de changements. Alors que Schumpeter montrait que l'innovation technologique et le crédit, entre autres, jouaient un rôle essentiel dans le maintien de la productivité sur le plan macroéconomique, Keynes indiquait que la croissance de la productivité devait être soutenue par des politiques économiques précises.

Cependant, à partir des années cinquante, le problème de la productivité devient beaucoup plus complexe, comme on peut le remarquer par les différentes conceptions qui apparaissent chez les économistes contemporains. On constate en effet que des problèmes se posent au niveau même de la connaissance économique. L'origine de tels problèmes réside dans la prise en compte d'un nouveau facteur de production, représenté entre autres par la technologie, ou le progrès technique.

La montée croissante du machinisme au XXe siècle a conduit les entreprises à transformer l'ensemble de leur processus de production. À telle enseigne que la technologie est devenue prépondérante dans tous les rapports économiques à partir de la

deuxième moitié du XXe. La science économique s'est alors vue confrontée au problème de la technologie dans l'économie, en ayant d'énormes difficultés à mesurer son véritable apport dans le processus de production. L'influence des marginalistes a été très grande, car rappelons-nous que ceux-ci ont eu du mal à l'intégrer dans la fonction de production, de type Cobb-Douglas entre autres, où n'étaient pris en considération que le capital et le travail. Le rôle des technologies a donc longtemps été oublié dans les analyses économiques marginalistes. Ce qui pourrait expliquer les difficultés des économistes se penchant sur la productivité à partir des années cinquante. On peut en effet penser que les concepts marginalistes sur la productivité sont devenus tellement consistants, c'est-à-dire conçus comme «éternellement vrais», et à forte prétention objective du fait des outils de formalisation mathématique entre autres, qu'ils ont conduit la science économique à l'indifférence face à toute autre interprétation de la réalité. Pourtant, tel que nous le verrons plus loin, l'apport des TIC au fonctionnement du système sociosanitaire suscite plusieurs problèmes lorsque abordé dans les cadres de l'économie néoclassique.

Ce phénomène est déjà repérable dans l'analyse de Robert Solow qui fut l'un des premiers économistes, en 1957, à s'être concrètement penché sur le problème de l'incidence du progrès technique sur la productivité[84]. Son projet est ambitieux. Il s'agit de montrer que le progrès technique joue un rôle crucial dans la croissance de la productivité[85]. Pour ce faire, il s'attarde à trouver une façon par laquelle le progrès technique, qui selon lui est responsable des deux tiers de la croissance économique, s'intègre dans la fonction de production telle qu'élaborée par les néoclassiques. Il analyse ainsi les facteurs de production sur lesquels les néoclassiques se sont penchés, à savoir le «capital» et le «travail», pour tenter de trouver une explication formelle, mathématique, au problème que posait le progrès technique longtemps considéré comme un résidu qui n'était calculé qu'après avoir pris en compte la productivité marginale du travail et du capital dans la fonction de production néoclassique.

Partant d'une analyse du rapport de la productivité avec la croissance, Solow élabore un modèle d'inspiration néoclassique à partir duquel il soutient qu'un niveau

---

[84] Robert M. Solow, «Technical Change and Aggregate Production Function», *Review of Economics and Statistics*, vol. 39, 1957, p. 312-320.

[85] Robert M. Solow, *Growth theory : an exposition*, Oxford, Clarendon Press, 1970. Voir également Robert M. Solow, «A Contribution to the Theory of Economic Growth», *Quaterly Journal of Economics*, Février 1956, 70, p. 65-94.

d'équilibre peut être obtenu. Cet équilibre constitue pour Solow un état stable, un état du «niveau de vie», qui ne pourra progresser que grâce aux nouvelles technologies pouvant faire varier le produit national, de façon plus importante que le capital et le travail dans l'économie. C'est pourquoi la technologie doit nécessairement être prise en compte, selon Solow, dans la fonction de production néoclassique. On obtient donc chez Solow, selon l'interprétation qu'on peut faire de sa mesure de la productivité, une fonction de production de type Cobb-Douglas où s'ajoute le progrès technique en tant que facteur de production distinct du capital et du travail[86].

L'un des principaux problèmes de cette prise en compte formelle - qui s'éloigne peu de l'analyse néoclassique de la productivité - est de savoir ce qu'on peut entendre par «progrès technique». Solow n'est pas très clair sur cet aspect pourtant fondamental, puisqu'il suggère d'englober sous le qualificatif de «progrès technique» tous les changements qui interviennent au niveau de la fonction de production, que ceux-ci soient d'ordre qualitatifs ou quantitatifs[87]. Selon nous, le progrès technique, même si Solow a réussi à le distinguer du capital et du travail dans la fonction de production, ne suffit pas à lui seul à rendre compte de la productivité avec la venue de nouveaux phénomènes dans l'économie à partir des années cinquante, tels que le savoir, la connaissance, l'information, etc. On peut en effet constater que le progrès technique constitue un «fourre-tout» conceptuel, n'arrivant pas concrètement à rendre compte des variations de la productivité.

Préoccupés par la productivité et la croissance économique, plusieurs économistes se penchent alors sur les incidences des phénomènes économiques qu'ils observent sur la dynamique économique d'ensemble. C'est pourquoi Edward F. Denison, par exemple, préconise, tout comme Kuznets, l'analyse des séries statistiques longues, à partir desquelles il pense pouvoir résoudre ce qu'il considère comme le mystère de la productivité[88]. Il en est ainsi, selon lui, parce que la science économique éprouve d'énormes difficultés à mesurer l'incidence du progrès technique sur la productivité.

---

[86] On obtient donc la formule mathématique suivante : $Y = A K^{a} + L^{b} + PT^{c}$.

[87] Robert Solow, «Technical Change and the Aggregate Production Function», article cité.

[88] Edward Fulton Denison, *Estimates of Productivity Change by Industry : An Evaluation and an Alternative*, Washington D.C., Brookings Institution, 1989.

Selon lui, les économistes ont des connaissances très partielles des phénomènes entourant le déploiement du progrès technique dans l'économie. Même s'il opérationalise le concept de productivité à la manière des néoclassiques, en tenant compte du capital et du travail, il remarque, lui également, que le progrès technique joue un rôle grandissant, fondamental, dans la variation de la productivité. Il montre, en référence aux innovations de procédés, comment des facteurs qualitatifs, tels que le savoir ou la connaissance, difficilement mesurables, peuvent contribuer significativement à l'efficacité de chaque facteur de production. Dans l'un de ses ouvrages majeurs, *Estimates of Productivity Change by Industry : An Evaluation and an Alternative*[89], Denison analyse les données du Bureau Of Labor Statistics (BLS) sur la productivité et la croissance des États-Unis. Il constate des différences de productivité entre ce qu'il nomme les entreprises *manufacturing* et les *nonmanufacturing*. Il montre qu'il existe des écarts importants entre les différentes industries, notamment depuis la venue des ordinateurs. Le problème viendrait fondamentalement d'insuffisances méthodologiques de la part des bureaux de statistiques qui n'accordent pas assez d'importance à de nouvelles variables tout aussi importantes que celles qu'ils tentent de mesurer, de sorte que des surestimations ou des sous-estimations sont faites. Dès ses premiers travaux, Denison proposait que soient prises en compte, dans les mesures de la productivité, des variables plus globales dans l'économie telles que l'éducation, l'information, la recherche et le développement, etc.[90], lesquelles sont susceptibles d'influencer les innovations de procédés qui contribuent à hausser la productivité et donc la croissance économique. Toutefois, il ne propose pas vraiment de solutions novatrices au problème de l'incidence du progrès technique sur la productivité. Il réfléchit toujours en termes de «résidu» pour désigner le progrès technique dans le processus de production. Son mérite réside toutefois dans le constat qu'il fait par rapport aux insuffisances méthodologiques de la mesure de la productivité que tenteront de résoudre, dans une perspective similaire, des économistes comme Kenneth Arrow[91] et Paul Romer[92] qui s'opposent en quelque sorte à l'idée du progrès

---

[89] Edward Fulton Denison, *Estimates of Productivity Change by Industry : An Evaluation and an Alternative*, ouvrage cité.

[90] Edward Fulton Denison, *The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives Before US*, New York, Committee for Economic Development, 1962.

[91] Kenneth Arrow, «The Economic Implications of Learning by doing», *Review of Economic Studies*, 19, 1962, p. 155-173.

[92] Paul M. Romer, «Increasing Returns and Long Term Growth», *Journal of Political Economy*, 94, 5, 1986, p. 1002-1037.

technique exogène telle que formulée par Solow.

Bref, même si ces querelles d'économistes divisent la communauté sur la construction d'une mesure pertinente de la productivité, tous s'entendent pour dire que l'évolution des conditions de mise en productivité, de la croissance économique, jouent un rôle fondamental dans l'économie et par conséquent dans l'analyse qui s'y dégage.

1.2 L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS DE MISE EN PRODUCTIVITÉ AU XXe SIÈCLE : ANALYSE DU FORDISME-KEYNÉSISME

1.2.1 L'évolution socioéconomique et les indicateurs néoclassiques de productivité

La mesure de la productivité tel que conçue par les économistes néoclassiques a acquis, au cours de l'histoire de la pensée économique, une certaine «autorité» comme en témoigne le fait qu'elle est encore appliquée aujourd'hui aux activités tertiaires et informationnelles[93]. Or, le fait qu'elle soit encore utilisée pose un certain nombre de questionnements sur sa validité dans la mesure où l'histoire économique et sociale a montré que l'équilibre économique, sur lequel s'appuyaient bon nombre d'économistes néoclassiques pour analyser la productivité sur la base d'un procès de croissance qu'ils pensaient stable, était impossible[94]. En effet, il vient un temps où la production atteint un seuil à partir duquel la productivité se fait décroissante, même dans un cadre de concurrence pure et parfaite si tant est qu'elle soit possible dans la réalité autrement que dans des modèles économétriques. Les néoclassiques ont oublié de noter que le but du capitaliste est de toujours augmenter ses profits pour accroître sans cesse son

---

[93] Par exemple, Statistique Canada, pour ne nommer que cet organisme public, raisonne toujours en termes de productivité globale des facteurs, sans distinction formelle entre les biens matériels et les biens immatériels. Pour Statistique Canada, «La productivité multifactorielle (PMF), souvent appelée la productivité globale des facteurs, mesure la croissance, sur le plan de la production, de tous les facteurs mesurables, par exemple le capital, l'énergie, les matières et les entrées intermédiaires, les services ainsi que la main-d'œuvre. Selon plusieurs économistes, la productivité multifactorielle constitue le meilleur indicateur du progrès technique et la mesure de la productivité la plus utile, sur le plan économique. C'est l'indicateur statistique de choix pour les années 90.» Nous pensons que l'utilisation de ce concept et de sa mesure pose problème, compte tenu de la dynamique propre à l'économie des services et de l'information sur laquelle nous insisterons un peu plus loin. Voir Statistique Canada, (Page consultée le 24 septembre 2000), Productivité multifactorielle, [En ligne], Adresse URL : http://www.statcan.ca/francais/IPS/Data/15F0044XPB.htm

[94] Voir entre autres Joseph Alois Schumpeter, *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*, ouvrage cité.

accumulation. C'est pourquoi le capitaliste va toujours chercher à intensifier sa production pour obtenir une productivité toujours plus élevée, en tentant de contourner les rendements décroissants.

Cependant, tel que nous l'avons souligné plus haut, certains économistes, au rang desquels figurent Schumpeter et Keynes, se sont aperçus que des problèmes surgissaient à l'intérieur même du système que d'autres économistes pensaient en état d'équilibre. Ces problèmes concernaient précisément les conditions macroéconomiques de mise en productivité elles-mêmes, que les marginalistes avaient quelque peu négligées compte tenu de la perspective microéconomique qu'ils privilégiaient. De tels problèmes provenaient en fait de l'*évolution* des conditions socioéconomiques à la base de bouleversements structurels dans les conditions macroéconomiques de mise en productivité.

Ces constats révélèrent plusieurs caractéristiques du système capitaliste lui-même. Fondamentalement, on s'est aperçu que les conditions de mise en productivité ne sont pas stables au cours de l'histoire. Elles évoluent dans un processus de «destruction créatrice», ainsi que Schumpeter l'a souligné à la suite de ses observations[95]. Cette évolution se caractérise par une transformation des conditions de mise en productivité, lesquelles entraînent à leur tour des bouleversements socioéconomiques profonds. Le passage à l'économie dite de l'information constitue aujourd'hui une transformation majeure par rapport au type d'économie qui prévalait sous le taylorisme et le fordisme au début du XXe siècle et sous le fordisme-keynésisme dans le cadre des Trente-glorieuses. Un tel passage à l'économie de l'information trouve son origine dans l'épuisement des conditions de mise en productivité du fordisme-keynésisme qui poussent le capitaliste à chercher d'autres moyens pour poursuivre l'accroissement de la production, des profits, de l'accumulation, bref de la productivité.

Comme nous le disions plus haut, les économistes classiques et néoclassiques ne se préoccupaient pas des crises potentielles du capitalisme. Say et Ricardo pensaient que l'offre rejoignait nécessairement la demande, car pour eux les salaires devaient être impérativement dépensés en biens de subsistance et les profits toujours réinvestis. Marx et Sismondi furent les premiers à démontrer que des problèmes pouvaient survenir à la

---

[95] Joseph Alois Schumpeter, *Capitalisme, socialisme et démocratie*, ouvrage cité, p. 119-125.

suite d'une augmentation sans cesse croissante de la production des entreprises, allant même jusqu'à entraîner des crises dites de surproduction[96].

De telles crises au cours de l'histoire du capitalisme peuvent être repérées suivant l'analyse de l'évolution des conditions de mise en productivité. Rappelons que pour Kondratiev[97], celles-ci évoluent dans des séquences déterminées[98] au cours desquelles nous assistons à des variations générales des prix.

La productivité varie dans le temps en fonction du déroulement des phases ascendantes et descendantes, ainsi nommées par Kondratiev, qui caractérisent le cycle économique[99]. L'histoire montre ainsi qu'en phase ascendante, les taux de profit des capitalistes tendent à augmenter grâce aux investissements que ces derniers font, compte tenu de leur optimisme devant l'élévation de la productivité dans les secteurs économiques les plus prospères[100].

Conformément à la loi des rendements décroissants, l'augmentation des profits qui suit l'augmentation de la productivité finit à plus ou moins long terme par se stabiliser. Ce qui tend par conséquent à entraîner une croissance économique «stationnaire», dans la mesure où les profits s'amenuisent compte tenu, d'une part, de la concurrence qui ne cesse de s'accroître et, d'autre part, de la tendance à l'élévation

---

[96] Pour un suivi des débats entourant cette problématique centrale en économie, voir Thomas Sowell, *La loi de Say : une analyse historique*, Paris, Librairies techniques, 1991.

[97] Nicola Kondratiev, «The Major Economic Cycles», *Review of Economic Statistics*, Vol. XVII, Novembre 1935.

[98] Ces séquences déterminées sont en fait des cycles pour Kondratiev. Nous préférerons toutefois parler, suivant Bernard Rosier, de «phase longue d'expansion» plutôt que de «cycles économiques», compte tenu que la littérature sur les crises économiques montre que le concept de «phase longue d'expansion» a le mérite de référer à des «moments» dans l'histoire du capitalisme qui ne surviennent pas à des intervalles réguliers comme le suggère à l'inverse le concept de «cycle économique» (*Les théories des crises économiques*, Paris, Éditions La Découverte, 1987).

[99] Joseph A. Schumpeter, *Business Cycles*, ouvrage cité.

[100] Rappelons que les investissements se généralisent à l'ensemble du système productif dans la mesure où tous les capitalistes, désireux d'élargir leur accumulation, vont avoir tendance à investir dans les secteurs considérés comme les plus productifs, compte tenu également du crédit que les banques mettront à leur disposition. Il vont être d'autant plus encouragés de le faire que des concurrents enregistrent des profits intéressants compte tenu de l'état de la conjoncture économique.

générale des salaires. C'est alors que les capitalistes ont tendance à limiter leurs investissements, ce qui à court terme conduit l'économie dans une situation où la croissance devient stable pour enfin diminuer compte tenu de la baisse généralisée de la productivité sur le plan macroéconomique, entraînant ainsi une crise économique. La relance économique ne sera possible que par la mise au point d'une innovation majeure dans le sens où Schumpeter y fait référence[101]. Nous avons déjà souligné que pour ce dernier, l'innovation a la particularité essentielle, lorsque généralisée à l'ensemble du système productif, de lancer une nouvelle phase longue d'expansion caractérisée par de nouvelles conditions de mise en productivité. C'est ainsi que Jean-Guy Lacroix explique ce processus crucial :

> La phase longue comporte elle-même des fluctuations courtes. La première partie d'une phase longue se caractérise par un mouvement long de forte croissance de la production, de ramification d'une nouvelle technologie dans l'appareil productif et de la généralisation relative de la consommation d'une gamme de produits moteurs de l'élargissement de la réalisation de la valeur. La deuxième période se caractérise également par un mouvement long de croissance, mais qui se fait au ralenti cette fois, où les taux de rendement de l'investissement tendent à décroître et où l'élargissement de la réalisation de la valeur ne se fait que difficilement compte, entre autres, de l'essoufflement de la consommation. Les fluctuatinos dans la tendance séculaire connaissent donc deux points de retournement. Le premier s'inscrit dans la phase longue, au moment du passage de la première à la deuxième partie, de la croissance forte à la croissance ralentie. Ce passage est généralement marqué par un événement choc, signal de l'entré en crise. Celle-ci va se développer tout au long de la période de croissance ralentie à travers des récessions plus fortes qui ébranlent les structures ayant permis la croissance forte dans la première partie de la phase. Ce mouvement de dépression conduit de façon générale à une situation de conflit social exacerbé, de rupture, de crise politique grave, qu'on nomme creux, et qui marque le point de transition entre une phase longue et une autre[102].

À l'intérieur de cette dynamique macroéconomique se posent, fondamentalement, les moyens d'accroître la productivité qui ne peuvent se trouver que dans le cadre de l'élargissement des débouchés. C'est dans un tel contexte que le taylorisme et le fordisme du début du XXe siècle ont cédé le passage au fordisme-keynésisme à partir des

---

[101] Joseph Alois Schumpeter, *Capitalisme, socialisme et démocratique*, ouvrage cité, p. 119-125.

[102] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», *Cahiers de recherche sociologique*, no. 30, 1998, p. 95-96.

années quarante.

1.2.2 Taylorisme, fordisme et fordisme-keynésisme

Fondamentalement, les conditions de mise en productivité vers la fin du XIXe siècle se construisent autour du travail auquel on accorde plusieurs vertus quant à sa capacité d'apporter au capitaliste des gains de productivité et du profit. C'est pourquoi les économistes néoclassiques se concentrent alors essentiellement sur l'offre, c'est-à-dire le capitaliste, qui détermine l'ensemble du processus de production compte tenu des moyens dont il dispose.

Frederic Winslow Taylor, dont le nom qualifiera plus tard le système qu'il a contribué à mettre en place au début du XXe siècle (taylorisme), préconise une organisation du travail efficace devant conduire à l'obtention de gains de productivité toujours plus élevés[103]. Pour Taylor, il fallait restreindre les responsabilités et tâches des ouvriers au maximum, de façon à ce qu'ils puissent se concentrer sur une seule tâche répétitive qui serait ainsi réalisée de manière plus efficace. Dans cette organisation, il importait de séparer très nettement les différentes tâches des travailleurs, de façon à ce qu'ils puissent développer une habitude de travail, une cadence, devant permettre d'augmenter leur productivité. D'où l'importance de la vitesse de production qui détermine, dans une telle organisation du travail, la quantité de biens produits déterminée par des normes objectives de calcul des temps d'exécution de façon à pouvoir estimer le meilleur processus de production possible. C'est ici qu'entre en jeu le facteur «temps» comme mesure de l'efficience de la production. Les marginalistes le prendront en compte en le mettant en rapport avec la quantité d'objets produits par travailleur, pour faire ressortir la productivité physique, telle que nous l'avons vu plus haut. Derrière l'ensemble de ce processus se réalise, ainsi que Marx en faisait mention, l'extraction d'une plus-value relative[104] qui, rappelons-le, correspond au surplus que le capitaliste peut obtenir dans la différence entre la valeur d'un objet produit et le quantum du salaire exigé par sa production. Dans le cadre de l'organisation du travail tayloriste, le salaire des travailleurs tend à se stabiliser alors que leur production augmente sans cesse compte

---

[103] Frederic Winslow Taylor, *Principes d'organisation scientifique des usines*, Paris, Dunod, 1911.

[104] Karl Marx, *Le capital*, Livre I sections V à VIII, Paris, Flammarion, 1985 (édition originale en 1867), p. 6-12.

tenu de la division du travail qui permet, tel que Smith[105] l'analysait, d'accélérer la cadence de travail par une transformation du rapport au temps. Il s'agit dans cette organisation du travail d'intensifier le travail pour le rendre plus productif. De là la contrainte d'un horaire de travail régulier et l'habitude de la quantification de la durée du travail, en termes d'unité de temps ou de rythmes chronométrés (minutes, heures, etc.) et des moments hors-travail[106].

Le temps de travail devient donc central à partir des conditions de mise en productivité propres au taylorisme, en contribuant à modeler un temps dominant, celui du «temps de travail», qui articule l'ensemble des temps sociaux (temps de repos, temps de loisir, temps de fête, etc.)[107]. Ce temps de travail est celui par lequel les individus voient leurs activités sociales s'organiser en fonction des exigences du système productif tout entier, en s'insérant dans une logique de production / consommation de biens matériels, de mise en productivité et de réalisation de la valeur. C'est dans un tel contexte que l'idée de mesure s'impose et se généralise dans tout le tissu social, en essayant de rendre compte d'un certain «temps de la productivité» modelé autour de cadences, rythmes et horaires que William Grossin définit ainsi :

> La cadence, c'est la vitesse du mouvement, en tant qu'il est mesuré par la répétition des gestes ou des opérations dans une unité de temps donné. [...] Le rythme correspond à un agencement des cadences. Il se définit par la succession de cadences plus ou moins rapides, plus ou moins lentes, voire nulles, et éventuellement de temps de repos. La distribution des temps de travail à des cadences différentes et des

---

[105] Adam Smith, *An Inquiry to the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, ouvrage cité, p. 3-11 notamment.

[106] La coupure entre «temp de travail» et «temps de non-travail» devient moins nette dans les activités de services et les activités informationnelles où «l'achat» d'un service implique un rapport interactionnel continuel entre le consommateur (l'usager) et le prestataire de service. Par exemple, la souscription à une police d'assurance peut exiger que le consommateur entre en contact en tout temps avec l'assureur, souvent même à l'extérieur du temps de travail de celui-ci. L'utilisation du téléavertisseur et du téléphone mobile rend possible l'entretien d'un rapport continuel entre un usager et un prestataire, voire entre deux employés de la même entreprise. Dès lors, la productivité même d'un travailleur, historiquement ramenée dans des cadres précis de temps de travail, représentés par les heures de travail, s'élargie au temps de non travail. Dans ce contexte, le caractère mesurable de la productivité individuelle, marginale, d'un travailleur devient flou. Sur le rapport temps de travail / temps de non travail qu'introduit, entre autres, le téléphone mobile, on pourra se référer à la notion de «dédoublement du temps» de Francis Jaureguiberry («De l'usage des téléphones portatifs comme expérience du dédoublement et de l'accélération du temps», *Technologies de l'information et Société*, volume 8, n° 2, Paris, Dunod, 1996, p. 169-187).

[107] Roger Sue, *Temps et ordre social*, Paris, Presses universitaires de France, 1994.

> temps morts compose un rythme. [...] L'horaire [...] délimite la durée du travail dans l'écoulement quotidien du temps. L'heure la plus importance, la plus significative, est celle du début du travail. Elle marque la rupture avec le temps de non-travail[108].

C'est à partir de cette prise en compte du temps comme étalon de la productivité qu'on a considéré, depuis Taylor, que celle-ci est d'autant plus élevée que l'utilisation des machines, et de la force de travail, est intensive. Dès lors, la perspective d'anticiper le profit par un calcul rationnel et efficace de la productivité sera au coeur de l'organisation structurelle et fonctionnelle du système capitaliste.

Par ailleurs, c'est dans le cadre de ces conditions de mise en productivité d'inspiration tayloriste qu'on voit apparaître un système généralisé de production de biens standardisés, c'est-à-dire de biens homogènes de série, pouvant facilement être mis en rapport, à la marge, avec un travailleur pris isolément et des unités de temps également prises isolément. C'est ainsi que les marginalistes, dans leurs mesures de la productivité, analysent les travailleurs comme des «objets» individualisés, homogènes[109], qu'on pourra mettre en rapport avec les produits qui eux sont véritablement homogènes et

indifférenciés[110]. Ainsi, les marginalistes adaptent leurs mesures de la productivité au type d'organisation du travail qui prévaut, en concentrant leur attention sur la productivité du travail.

Le taylorisme a contribué au fordisme comme système d'organisation du travail.

---

[108] William Grossin, *Le travail et le temps : horaires, durées, rythmes : une enquête dans la construction mécanique et électrique de la région parisienne*, Paris, Anthropos, 1969, p. 207-209.

[109] Nous verrons plus loin qu'une telle position conduit inévitablement à des problèmes de mesure dans l'économie de l'information, où les travailleurs utilisent de plus en plus leur savoir dans le cadre de relations sociales difficiles à quantifier. Les marginalistes ignoreront ce fait, comme si l'économie de l'information relevait avant tout, comme dans le système tayloriste, d'une organisation du travail déqualifié et homogène pouvant se prêter à la quantification pour des fins de mesure et de comparaison.

[110] Cela implique nécessairement que les *inputs* (notamment les travailleurs) et les *outputs* (les produits créés) soient clairement identifiables, afin de les mettre en rapport les uns avec les autres compte tenu des exigences marginalistes de mesure de la productivité. Le système tayloriste permet une telle «repérabilité». Tel n'est pas le cas du processus de production propre à l'économie de l'information où, comme nous le verrons plus loin, les *inputs* et les *outputs* peuvent à la fois être inversés et indifférenciés et non repérables dans cette sorte «d'individualisation-séparation» des facteurs de production.

Les entreprises, à la veille de la Première Guerre mondiale en 1914, pratiquaient les idées tayloristes en contribuant à l'effort de guerre qui exigeait une production massive de matériaux et de biens divers. Henry Ford eut l'idée, en 1913, de mettre au point une nouvelle organisation du travail, au sein de la Ford Motor Company de Détroit, fondée sur le taylorisme et la prise en compte de l'importance de la vitesse de production en continu. C'est ainsi qu'apparaissent les premières lignes de montage nécessaires à la production de masse, faisant en sorte d'établir, comme l'affirme Alain Lipietz, un «couplage du taylorisme et de la mécanisation [...][111]. Les progrès techniques en matière d'assemblage sur les chaînes de montage ont alors contribué à l'augmentation encore plus poussée de la productivité de chaque ouvrier. L'élévation de la productivité ainsi engendrée par le système d'organisation du travail fordiste, calquée sur le taylorisme, ne pouvait que ranimer le débat concernant les débouchés sur lesquels plusieurs classiques s'étaient penchés. Le problème consista ainsi à poser les limites objectives d'une augmentation toujours plus grande de la productivité du travail, et donc de la capacité des entreprises à écouler les stocks produits et mis en circulation sur le marché. Pour Ford, l'écoulement des stocks ne pouvait se faire qu'en rapport avec une demande solvable, c'est-à-dire en mesure de consommer les biens produits, et cela au-delà de ce qui est strictement nécessaire à la subsistance des ouvriers et de leurs familles. Il décide donc, en 1914, d'instaurer un système salarial dans lequel les ouvriers devaient obtenir un salaire plus élevé, supérieur à celui nécessaire à leur subsistance, de façon à leur permettre de consommer les nouveaux biens mis en circulation sur le marché. C'est désormais le règne du *5 dollars day* qui, selon Ford, contribuait à augmenter globalement la productivité même si les coûts de production relatifs à la force de travail étaient plus élevés. La conséquence fondamentale d'un tel système salarial fut l'extension de la demande solvable, de la consommation, celle-ci s'ajustant ainsi à la production de masse[112]. Les conditions de mise en productivité dans un tel contexte deviennent encore davantage intensives, en supposant une utilisation maximale de la machinerie et en poussant encore plus loin la division du travail préconisée par le taylorisme.

Cependant, les années vingt se déroulent de plus en plus sous le signe de l'incertitude. À l'issue de la guerre de 1914-18, l'économie européenne est profondément

---

[111] Alain Lipietz, *Choisir l'audace*, Paris, La Découverte, 1989, p. 17.

[112] Michel Aglietta, *Régulation et crises du capitalisme*, Belgique, Calmann-Lévy, 1976.

bouleversée, notamment par les effets économiques de l'effort de guerre, de la perte abondante d'une main-d'œuvre, de la déstabilisation des systèmes monétaires nationaux, etc. Bref, autant d'éléments qui contribuèrent à déséquilibrer les conditions de mise en productivité qui prévalaient à cette époque. Vers 1921, ainsi que l'explique Jacques Néré[113], l'économie européenne est aux prises avec des déficits commerciaux et budgétaires énormes qui provoquent une inflation galopante qui aura des conséquences encore plus néfastes sur l'ensemble de l'économie. Tout est en place pour l'avènement de la crise économique de 1929 dont les interprétations sont encore aujourd'hui très diversifiées.

Il est cependant clair que des solutions à cette crise d'envergure mondiale devaient être trouvées, pour rétablir la relance économique. Entre ainsi en jeu, à l'origine en Angleterre, une conception économique qui allait modifier complètement les conditions macroéconomiques de mise en productivité par la volonté d'instaurer un système économique fondamentalement différent de celui préconisé par les économistes néoclassiques. Cette conception est celle de John Maynard Keynes, dont nous avons parlé plus haut, qui milite en faveur d'un interventionnisme étatique devant pallier, selon lui, aux contradictions du marché. Les idées de Keynes s'inscrivent en fait dans la continuité des idées de Ford, entre autres par rapport aux mécanismes de la croissance économique. C'est pourquoi l'on peut parler de fordisme-keynésisme pour qualifier la phase longue d'expansion qui démarre au terme de la Seconde Guerre mondiale.

Keynes, rappelons-le, remarque que les conditions de mise en productivité tayloristes et fordistes risquaient d'enclencher à terme des problèmes de surproduction, comme ce fut le cas selon certaines interprétations de la crise économique de 1929. Pour lui, la relance de l'économie et le maintien d'une croissance économique élevée ne pouvaient se réaliser qu'avec un mécanisme beaucoup plus macroéconomique que le système des salaires tel que conçu par Ford. Ce système n'arrive manifestement plus, dans les années trente-quarante, à repousser les limites internes du capitalisme fondé entre autres sur l'organisation du travail fordiste. La solution à ce problème ne pouvait venir, selon Keynes, que de la mise en application de politiques gouvernementales interventionnistes[114], dont le rôle serait d'assurer sur le marché une demande effective

---

[113] Jacques Néré, *Les crises économiques au XXe siècle*, Paris, A. Collin, 1989.

[114] Notons que la grande popularité de Keynes fit en sorte que celui-ci éclipsa plusieurs penseurs qui étaient également en faveur de l'instauration de politiques pouvant soutenir la demande. C'est le cas notamment de

permanente, condition nécessaire au maintien des investissements et des emplois. De cette façon, les capitalistes, de même que les consommateurs, seraient assurés de pouvoir remplir en tout temps, en phase ascendante ou descendante, le rôle qui leur est attribué dans cette dynamique macroéconomique.

L'État devient ainsi l'un des acteurs centraux dans la croissance générale de la productivité. Son rôle est d'assister le système salarial préconisé par Ford en soutenant la demande de façon générale et permanente. C'est également dans un tel contexte qu'on voit se généraliser les «contrats sociaux» entre travailleurs et employeurs, par l'entremise de négociations collectives devant déterminer le partage des gains de productivité à la base de ce que Alain Lipietz nomme le «compromis fordiste[115]».

La recherche constante de nouveaux débouchés pour soutenir la production devenue intensive chemine également vers la généralisation dans l'ensemble du système productif du crédit[116], du marketing, des recherches en matière de technologies, etc., bref d'une série de facteurs dont la caractéristique fondamentale sera à terme de modifier complètement le système productif en place par l'émergence d'un certain nombre de pratiques économiques qui occuperont une place prépondérante dans les conditions de mise en productivité.

1.2.3 Quelques interprétations de l'épuisement des conditions de mise en productivité du «fordisme-keynésisme»

Le début de l'épuisement structurel des conditions fordiste-keynésistes de mise en productivité a lieu dans les années soixante-dix. C'est à ce moment, comme le rapporte l'abondante littérature à ce sujet, que le fordisme-keynésisme (1945-1975) est confronté à des bouleversements socioéconomiques conduisant à la crise qui frappe les pays industrialisés avancés. Sur le plan politique, il s'agissait selon Pierre Rosanvallon

---

Lord Beveridge qui contribua en Angleterre à l'adoption de politiques interventionnistes, lesquelles allaient par la suite se généraliser partout en Occident quoique de façon différente selon les pays. Voir, entre autres, à ce sujet, William H. Beveridge, *Full Employment in a free Society*, London, G. Allen & Unwin, 1967.

[115] Alain Lipietz, *Choisir l'audace*, ouvrage cité.

[116] Déjà Schumpeter notait l'importance centrale du crédit comme condition de possibilité des investissements en phase descendante. Joseph Alois Schumpeter, *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*, ouvrage cité.

de «l'État-providence [qui] est malade de la crise[117]».

Il existe plusieurs interprétations sur la crise du fordisme-keynésisme et le passage à la société des services et / ou de l'information qui en résulte, certaines se concentrent davantage sur le politique, d'autres sur l'économique, d'autres sur le culturel, etc. On peut penser que l'épuisement du fordisme-keynésisme est dû à la baisse généralisée des gains de productivité qui pose les limites objectives du procès de croissance de la productivité qui avait caractérisé les Trente-glorieuses. Nous entendons donc par «crise» fordiste-keynésiste l'effondrement progressif du procès de croissance de la productivité fondé sur l'intervention étatique dans l'économie et le partage institutionnalisé des gains de productivité entre capitalistes et travailleurs à travers l'élévation des salaires devant réguler le processus de production-consommation dans cette phase d'expansion du capitalisme.

Le procès de croissance de la productivité propre au fordisme-keynésisme commence à s'effriter à partir des années soixante-dix, où les taux de profit sont très bas et ne font qu'aggraver la baisse généralisée des taux de rentabilité déjà enregistrés dans les principaux pays capitalistes au cours des années soixante, comme le montre Michel Beaud[118].

TABLEAU 1.1

ÉVOLUTION DES TAUX DE RENTABILITÉ DANS LES PRINCIPAUX PAYS CAPITALISTES

Pays	Année du déclin des taux de rentabilité	Années de chute des taux de profit
Angleterre	1960	1961 à 1975
Allemagne	1960	1969 à 1975
France	1968	1973 à 1975
États-Unis	1960	1965-66 à 1974
Japon	1970	1971 à 1973

[117] Pierre Rosanvallon, *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil, 1981, p. 7.

[118] Michel Beaud, *Histoire du capitalisme de 1500 à nos jours*, Point, Seuil, 1990, p. 291, cité dans Odile Castel, *Histoire des faits économiques : les trois âges de l'économie mondiale*, Paris, Sirey, 1998.

C'est par rapport à un tel contexte que se pose la nécessité d'entrevoir une nouvelle phase longue d'accumulation, dans le sens où Lacroix y fait référence[119], qui pourrait succéder à la crise du fordisme-keynésisme, laquelle est d'après Olivier Pastré l'une «des crises les plus profondes qu'ait connues le système capitaliste[120]». Ce qui explique l'engouement des économistes, sociologues, politologues et autres spécialistes qui ont tenté, et tentent encore, de l'expliquer. Selon Bernard Rosier,

> [...] les économistes ont réagi à l'événement soit en tentant de l'*intégrer* dans le cadre général d'analyse théorique de leur famille de pensée, quitte à le modifier quelque peu : néo-classicisme, keynésianisme ou marxisme «orthodoxe», pour les uns, soit en *innovant* et, de ce point de vue, la crise a été créatrice. Face à une crise d'une forme apparemment nouvelle et, en tout cas, durable, nombre d'économistes ont cherché hors des sentiers battues. C'est le cas, en particulier, des économistes français qui ont constitué peu à peu l'école dite de la régulation[121].

Pour l'École de la régulation, l'épuisement du fordisme-keynésisme résulte, fondamentalement, d'une crise du régime d'accumulation intensif fondé sur la production-consommation de masse, tel que le précise Rosier en affirmant que

> [...] pour l'école régulationniste, la crise contemporaine, considérée comme «grande crise» vient de l'«épuisement» du régime d'accumulation intensif à consommation de masse (ou régime fordiste) qui a prévalu, à partir de 1950, aux États-Unis et en Europe occidentale, lui-même lié à la remise en cause ou «épuisement» de l'efficacité des «formes institutionnelles» qui sont à la base du régime d'accumulation et du système de «régulation monopoliste[122]».

C'est ce régime d'accumulation intensif à consommation de masse qui, pour les régulationnistes, s'est effondré à la fois pour des raisons exogènes et endogènes à son fonctionnement. Parmi les raisons exogènes, on peut faire référence au contexte

---

[119] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», *Cahiers de recherche sociologique*, article cité, p. 96-103 notamment.

[120] Olivier Pastré, *L'informatisation et l'emploi*, Paris, La Découverte/Maspero, 1983, p. 49, cité dans Jean-Guy Lacroix, *L'organisation du travail dans la câblodistribution au Québec*, Montréal, GRICIS, 1985, p. 5.

[121] Bernard Rosier, *Les théories des crises économiques*, ouvrage cité, p. 70.

[122] *Ibid*., p. 85-86.

socioéconomique mondial qui a contribué à l'épuisement du régime d'accumulation dont parlent les régulationnistes. Pour Michael Piore et Charles Sabel, il importe de distinguer cinq principales limites exogènes au système :

> Premièrement, l'agitation sociale des années 60 et du début des années 70. Deuxièmement, l'abandon par les États-Unis de la convertibilité à taux fixe du dollar en or et la conversion, en 1971, du système monétaire international à un régime de taux de change flottants. Troisièmement et quatrièmement, les deux flambées consécutives des prix du pétrole : la première, accompagnée de pénuries de denrées alimentaires, entre 1973 et 1979 et la seconde, provoquée par la révolution iranienne entre 1979 et 1983. Cinquièmement, à partir de 1980, le profond infléchissement de l'activité économique mondiale engendré par l'envolée prolongée des taux d'intérêt américains[123].

Sans passer en détails toutes ces causes conçues comme des «chocs extérieurs» par Piore et Sabel, ceux-ci montrent que l'épuisement du fordisme-keynésisme n'est pas uniquement dû à des causes exogènes mais également à des causes endogènes, telles que la saturation des marchés et la baisse de la disponibilité de matières premières sur lesquelles nous n'insisterons point, ne serait-ce qu'en mentionnant qu'elles posent des limites objectives du fonctionnement de l'offre et de la demande sur le marché.

C'est en ce sens que Lipietz interprète la crise du fordisme-keynésisme, qui est en fait une crise d'un modèle de développement. Celui-ci se caractérise pour Lipietz par trois principaux éléments : un «modèle d'organisation du travail» (qui généralise à l'ensemble du système des façons d'organiser la production), un «régime d'accumulation» (qui privilégie les conditions macroéconomiques de mise en productivité) et un «mode de régulation» (qui relève des formes institutionnalisées des tendances contradictoires dans la société). Partant de l'analyse des Trente-glorieuses en terme de modèle de développement, Lipietz insiste plus particulièrement sur le fait que la baisse généralisée des gains de productivité, à partir des années soixante, entraîna de nombreux bouleversements tant du côté de la demande (par le mouvement d'élévation des salaires qui ne pouvait que provoquer des mises à pied) que du côté de l'offre (par la hausse du prix des facteurs de production). Plus largement, pour Lipietz, ces limites ont constitué l'argument central de ceux qui se sont attaqués à l'interventionnisme étatique

---

[123] Michael Piore et Charles Sabel, *Les chemins de la prospérité. De la production de masse à la spécialisation souple*, Paris, Hachette, 1989, p. 215-216.

fondé sur les idées de Keynes. Dès lors, c'est la légitimité de l'état interventionniste qui a été remis en cause et avec lui la pertinence des politiques sociales et économiques ainsi que le modèle d'organisation du travail fordiste fondé sur le partage des gains de productivité[124].

De leur côté, influencés par cette perspective, Michel Grant, Paul R. Bélanger et Benoît Lévesque pensent que la crise des années soixante-dix est le résultat de l'ébranlement du taylorisme, composante fondamentale de l'organisation du travail fordiste-keynésiste, par une crise du travail, des formes de la concurrence et des nouvelles technologies :

> **La première secousse fut celle de la crise du travail**, c'est-à-dire la contestation ouverte ou larvée, selon les pays et les secteurs industriels, du travail répétitif et monotone. [...] **Une deuxième secousse** toucha le taylorisme : **celle des nouvelles formes de concurrence**. Si l'extrême division du travail était adéquate à la production de masse de biens standardisés, la mondialisation des marchés conjuguée à une demande accrue pour des produits variés et de qualité firent apparaître sa très grande rigidité [...]. La réorganisation du travail devient alors l'affaire des directions des entreprises qui doivent s'adapter à la nouvelle concurrence et satisfaire les nouvelles demandes. Les principaux objectifs poursuivis se nomment : flexibilité, responsabilité, qualification et implication des travailleurs. [...] **La troisième poussée** qui menace le taylorisme de rupture vient des **nouvelles technologies**. Le taylorisme et la mécanisation, qui lui est corrélative, ont épuisé leur capacité de générer des gains de productivité (Boyer, 1991 ; Lipietz, 1989)[125].

Cependant, au-delà des propos tenus par les auteurs que nous venons d'évoquer, l'École régulationniste contient à notre avis certaines limites quant à l'interprétation qu'elle fait de la crise du fordisme-keynésisme. Fondamentalement, tel que le note Rosier, plusieurs éléments propres au régulationnisme contribuent à rendre son interprétation de la crise fragile. Premièrement, selon Rosier, le concept de «régime d'accumulation» est imprécis par rapport au concept de «mode de régulation». Deuxièmement, la périodisation propre aux régimes d'accumulation ne rend pas compte de toute la complexité de la dynamique économique. Troisièmement, les causes sociales

---

[124] Alain Lipietz, *Choisir l'audace*, ouvrage cité.

[125] Michel Grant, Paul R. Bélanger et Benoît Lévesque, *Nouvelles formes d'organisation du travail : études de cas et analyses comparatives*, Paris ; Montréal, L'Harmattan, 1997, p. 21-23.

et techniques de l'épuisement du fordisme-keynésisme - du «régime fordiste» dans la terminologie régulationniste - ne sont pas clairement élaborées. Quatrièmement, la variation de la demande dans le cadre de la crise est surtout expliquée dans des cadres nationaux alors que l'économie est caractérisée par une concurrence de plus en plus transnationalisée. Cinquièmement, pour Rosier, la perspective régulationniste est trop orientée vers des questionnements économiques, au détriment d'un questionnement plus sociologique notamment sur le rôle de l'innovation technologique[126].

À cette critique de Rosier peut s'ajouter celle de Toni Negri pour qui les conceptions de l'École de la régulation sont actuellement dépassées pour tenir compte de l'entrée en crise du fordisme-keynésisme dans les années soixante-dix, notamment en ce qui a trait au rapport entre les classes sociales et à l'approche politique[127]. Selon Negri, les régulationnistes restent enfermés dans une interprétation idéologique de la centralité du travail et du compromis entre les capitalistes et les travailleurs alors que, depuis 1968, on assiste à des phénomènes n'ayant rien à voir avec le «compromis» dont parlent les régulationnistes :

> Et pourtant, dans la subsomption de la société dans le capital (68 ouvrait cette période), surgissaient un Hypercapitalisme et un Hyperprolétariat, séparés non plus dans le compromis mais dans la chute de la loi de la valeur / travail : les régulationnistes n'ont pas voulu problématiser cette situation. [...] les régulationnistes continuaient à chercher des sujets stables auxquels rattacher la contractualisation, le compromis[128].

Bref, les interprétations des régulationnistes, quoique pertinentes sur le plan strictement économique, ne suffisent pas à expliquer le passage à la société des services et / ou de l'information. Notamment parce que les régulationnistes n'arrivent pas à cerner la dialectique qui se présente au terme du fordisme-keynésisme entre les différents acteurs. Ainsi peut-on penser que la crise du fordisme-keynésisme marque le passage à quelque

---

[126] Bernard Rosier, *Les théories des crises économiques*, ouvrage cité, p. 87-88.

[127] Toni Negri, «L'école de la régulation face à de nouveaux problèmes», dans Farida Sebaï et Carlo Vercellone (sous la direction) *École de la régulation et critique de la raison économique*, Paris, L'Harmattan (Futur antérieur), 1994, p. 363-372.

[128] *Ibid*., p. 365.

chose de qualitativement[129] différent du procès de croissance de la productivité propre au fordisme-keynésisme, tel que nous le verrons lorsque nous nous pencherons sur les caractéristiques de l'économie des services et de l'information au point suivant.

Fondamentalement, l'épuisement du fordisme-keynésisme trouve à notre avis son origine au niveau du rapport dialectique entre le capital et le travail. Le rapport salarial fixé durant le fordisme-keynésisme - qui rappelons-le se caractérisait par un certain partage macroéconomique des gains de productivité - a conduit tout droit à son échec à partir des années soixante et soixante-dix, moment où le Capital commence à s'attaquer de plus en plus ouvertement au travail et à la capacité de négociation, d'engager un rapport de forces, des travailleurs. Comprenons que le rapport salarial représentait le compromis entre les capitalistes et les travailleurs sur la base d'une redistribution de la richesse créée, laquelle était négociée et encouragée par les syndicats et l'État («l'État providence»). Or, tel que l'a montré Jean-Guy Lacroix au début des années quatre-vingts, la croissance des salaires dans le PIB (12,7 %) de 1963 à 1980 a augmenté plus rapidement que le PIB lui-même (11,8%)[130]. Un tel constat révèle que les conditions fordistes-keynésistes de mise en productivité n'arrivent plus à maintenir le rythme d'accroissement de la croissance du capital, comme le précise Lacroix en ces termes :

> Cela [variation des salaires dans le PIB et variation du PIB] indique clairement <u>que le rythme de l'accumulation est tendanciellement freiné par ces salaires qui suivent</u>, qui au fil des luttes maintiennent leur part dans le PIB mais dont la position structurelle par rapport au Capital et au contrôle social demeure inchangée. Cela a comme conséquence d'exercer une pression constante sur le Capital, lui bloquant la possibilité d'accélérer le rythme de l'accumulation de façon à pourvoir à la nécessité d'augmenter la vitesse de renouvellement des conditions de rentabilisation / valorisation du Capital[131].

---

[129] Tel n'est pas le cas pour les régulationnistes et en particulier Piore et Sabel qui conçoivent la crise comme la réorganisation d'un ensemble de composantes sans que ne se présente un nouveau régime d'accumulation. C'est ainsi que l'affirme Mark J. Elam en ces termes : «Après le règne de la production de masse et du système de production fordiste [fordiste-keynésiste], on ne voit pas s'ouvrir un nouveau kondratiev, mais un «court interlude d'ouverture avant qu'une nouvelle trajectoire technologique ne se fige pour une période plus ou moins longue». («Trois interprétations du post-fordisme : la technologie, le marché et les institutions», *Cahiers de recherche sociologique*, nos. 18-19, 1992, p. 33).

[130] Jean-Guy Lacroix, «La crise économique au Québec», *Les Cahiers du socialisme*, no. 9, 1982, p. 157.

[131] *Ibid*., p. p. 157-159.

C'est dans de telles circonstances que l'opposition des travailleurs aux capitalistes s'est avérée néfaste pour la croissance de la productivité fordiste-keynésiste. La montée des luttes sociales dans les années soixante et soixante-dix a en effet contribué à freiner le compromis fondateur des Trente-glorieuses, en posant au niveau macrosociologique la nécessité d'entreprendre, comme Lacroix le mentionnaient en sous-titre, «*Une guerre du capital contre le sujet pour révolutionner les rapports de pouvoir*[132]».

De tels «obstacles» à la croissance de la productivité dans le cadre du fordisme-keynésisme, au rythme de l'accumulation, ont pris d'autant plus d'ampleur qu'on assistait à l'atteinte progressive d'une limite objective à la capacité de consommation, de la demande. La production-consommation de masse exigée par le fordisme-keynésisme faisait en sorte que des quantités croissantes de biens étaient produites pour le marché. Or, compte tenu de la loi de l'utilité marginale décroissante à la consommation, formulée par les néoclassiques tel que nous l'avons vu, il vient un temps où la consommation d'un objet, d'un bien matériel, n'a plus l'utilité escomptée par le consommateur. Ce qui au niveau macroéconomique entraîne une saturation de la consommation qui n'est plus en mesure de suivre la croissance de l'offre de biens, débouchant ainsi sur un certain décalage entre la production et la consommation. C'est dans ce contexte que le procès de croissance de la productivité fordiste-keynésiste tend à se révéler inadéquat pour le maintien du rythme d'accroissement de l'accumulation du Capital.

À cela peut s'ajouter l'embargo des pays producteurs et exportateurs de pétrole qui vont diminuer, entre autres, la production de barils de brut, ce qui engendrera une hausse du prix du baril. Or, le pétrole a constitué durant le fordisme-keynésisme le produit central de l'économie, au même titre que l'acier au début du XXe siècle. Une hausse généralisée des prix ne pouvait qu'entraîner une inflation croissante des prix, laquelle va culminer, compte tenu également de la tendance à l'élévation des salaires, à une hausse générale du chômage pour enclencher, contrairement à ce que démontrait la courbe de Phillips[133], une période de haute stagflation. Le problème consiste dès lors à

---

[132] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 105.

[133] La courbe de Phillips (William Phillips, «The Relation Between Unemployment and the Rate of Change of Money Wage Rates in the United Kingdom, 1861-1957», *Economica*, vol. 25, 1958, p. 283-299) énonce

imaginer une organisation de la production devant rétablir la croissance de la productivité.

C'est ainsi qu'on voit apparaître, dans le sillage des baisses généralisées de la productivité enregistrées dans tous les pays industriels, de nouveaux modèles d'organisation du travail calqués sur les expériences japonaises, principalement dans les industries automobiles telles que Toyota[134] avec le «juste-à-temps», dont la caractéristique fondamentale est d'ajuster la production à la demande. Le but consiste alors, selon la méthode dite des «cinq zéros», de réduire les stocks, les délais, les papiers, les défauts et les pannes, pour tenter de maintenir un rythme d'accroissement optimum de la productivité.

Mentionnons également qu'apparaissent déjà dans les années cinquante de nouveaux biens de consommation qui élargissent la sphère de consommation, tels que télévision, le magnétoscope, l'ordinateur personnel, etc. Ces biens, même s'ils s'inscrivent dans le même groupe que les autres biens matériels quant à l'utilité marginale décroissante qu'ils procurent aux consommateurs, posaient progressivement de nouvelles formes d'industrialisation quant au contenu qui pouvait être transmis par ces biens (émissions télévisées, publicités, chansons, films, messagerie, etc.)[135].

Par ailleurs, au cours de la même période, on assiste à une généralisation des services dans l'économie, compte tenu notamment du développement des services publics qui nécessitent un emploi grandissant de travailleurs. On parle alors de plus en plus d'industrialisation des services[136], pour spécifier une nouvelle dynamique économique qui dépasse progressivement les seuls services publics pour atteindre également l'entreprise privée. Le problème de cette industrialisation des services est que ceux-ci

---

qu'il existe un lien inversement proportionnel entre le niveau d'inflation et le niveau du chômage, que l'on peut repérer à partir des données statistiques de l'Angleterre de 1861 à 1957. Mentionnons cependant que Marina J. Malinov et Paul M. Sommers ont démontré devant plusieurs doutes, en 1997, que la courbe de Phillips est encore valable dans les pays de l'OCDE. Voir M.-J. Malinov et P.-M. Sommers, «A New Line on the Phillips Curve», *Social Science Quaterly*, vol. 78, no. 3, septembre 1997, 740-746.

[134] Voir entre autres Taiichi Ono, *L'esprit Toyota*, Paris, Masson, 1989.

[135] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 115.

[136] Voir, entre autres, Jean Fourastié, *La productivité*, ouvrage cité.

possèdent une logique fondamentalement différente de celle qui prévaut dans la production industrielle des biens matériels de série, notamment en ce qui a trait à la possibilité d'accroître la productivité. Le problème est d'autant plus troublant pour le maintien du rythme d'accumulation du capital, sous le fordisme-keynésisme, que l'accroissement de la consommation tend à s'orienter davantage vers les services - tel que l'énonce la loi d'Engel reprise par Colin Clark[137] - qui posent d'énormes problèmes quant à la pertinence de la définition et de la mesure néoclassiques de la productivité[138].

Bref, vers la fin des années soixante-dix, la nécessité de trouver des voies de sortie à la crise structurelle assaillant le système fordiste-keynésiste est urgente, et débouche ainsi sur une attaque féroce du capital des «entraves» freinant la poursuite de l'accroissement du rythme de son accumulation. C'est ainsi que surviennent une série d'actions visant à créer les conditions permettant de relancer la croissance de l'accumulation et la reproduction élargie du Capital. Comme le précise Lacroix, ces actions ont pour objectif

> 1) [...] de freiner le mouvement revendicatif [...] ; 2) de réorganiser l'appareil de production [...] ; 3) d'élargir la marchandisation pour étendre et approfondir la mise en valeur [...] ; 4) de réorganiser le système reproductif afin de rendre la production du sujet adéquate [...] ; 5) de transformer les conditions de production de la conscience et le contenu de la conscience sociale [...] ; et 6) de réorganiser l'intervention étatique et le rapport au politique de façon à mettre en place une nouvelle organisation de la violence légitime [...][139].

C'est dans ces circonstances, compte tenu de toutes ces composantes, que se construit l'idée d'une société *différente* de celle organisée autour du fordisme-keynésisme. Cette idée était cependant déjà présente au tournant des années cinquante et surtout à partir des années soixante, où certains penseurs se penchent sur la dynamique socioéconomique en place en centrant leur attention sur les changements sociaux qu'ils

---

[137] Colin Clark, *Les conditions du progrès économique*, Paris, Presses universitaires de France, 1960 (édition originale en 1940).

[138] Voir, entre autres, Jacques Nusbaumer, *Les services. Nouvelle donne de l'économie*, Paris, Economica, 1984., et Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

[139] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 105.

appréhendent.

1.3 L'AVÈNEMENT D'UNE «NOUVELLE SOCIÉTÉ» ?

1.3.1 Une transition sociale qui invite à de nouvelles analyses de la productivité

La crise économique d'envergure mondiale qui a cours durant les années soixante-dix ne s'est développée, dans les économies industrielles avancées, que progressivement depuis les années soixante, période où tel que nous l'avons souligné plus haut, les taux de rentabilité commençaient à se stabiliser. Cependant, on voit déjà apparaître à la fin des années cinquante plusieurs conceptions sur les transformations de la société fordiste-keynésiste sous l'impact de nouveaux phénomènes socioéconomiques qui deviennent progressivement centraux dans la société. Parmi ces phénomènes se retrouve la montée des services sur lesquels plusieurs chercheurs se penchent afin de cerner les transformations socioéconomiques en cours. De plus en plus, on parle d'une société en voie de transition, c'est-à-dire d'une société où les rapports socioéconomiques du fordisme-keynésisme sont structurellement transformés. Des sociologues vont alors parler de l'émergence d'une société postindustrielle, d'une société des services, d'une société de l'information, etc. L'accent est surtout mis sur les transformations de l'industrialisation dans le cadre du fordisme-keynésisme. De même en science économique, toute une génération d'économistes va se pencher sur des problèmes, de nature macroéconomiques, touchant à la croissance économique. On s'interroge de plus en plus sur la dynamique keynésienne. On s'aperçoit également que de nouveaux phénomènes dans l'organisation du travail viennent transformer le processus de production. On réfléchit sur leur contribution à l'ensemble du système économique, ce qui débouchera sur des analyses de plus en plus poussées des mécanismes à la base de la productivité.

1.3.2 La montée des services dans l'économie

Bien que les services soient déjà présents dès les débuts de l'industrialisation, ils deviennent centraux dans la dynamique économique globale au cours des années soixante et soixante-dix. Le fordisme-keynésisme, en favorisant le développement des services publics tels que les services d'éducation et de soins, a contribué à la formation de

travailleurs spécialisés et professionnels de plus en plus nombreux dans la société[140]. Le secteur dans lequel ces travailleurs œuvraient correspondait à une part importante du PIB des pays industrialisés dont le Canada. À titre d'exemple, les services occupaient en 1998 au Canada 68 % du produit intérieur brut déflaté (contre 6 % pour le secteur primaire, 18 % pour le secteur manufacturier, 3 % pour les services publics et 5 % pour le secteur de la construction[141]).

Les services aux producteurs, tels que les communications, le transport, l'assurance, l'immobilier, etc., sont les plus répandus (environ 260 milliards $, aux prix du PIB de 1992), suivis des services gouvernementaux représentés par l'éducation, la santé, etc., (environ 130 milliards $, aux prix du PIB de 1992) et des services aux consommateurs avec le commerce de détail, la restauration, l'hébergement, etc., (environ 90 milliards $, aux prix du PIB de 1992[142]).

D'après les données de Statistique Canada reprises par Industrie Canada, les services aux producteurs en 1998 ont connu la croissance la plus rapide et la plus soutenue face aux autres types de services. Quant aux services aux consommateurs, ils sont demeurés stables depuis les 30 dernières années. Par rapport à la croissance de ces services, les services gouvernementaux ont diminué en terme d'importance dans l'économie canadienne[143].

Dans le domaine de l'emploi au Canada en 1998, 10,4 millions des 14,3 millions d'emplois au Canada étaient des emplois dans le secteur des services (73% par rapport à 5% dans le secteur primaire, 16% dans le secteur manufacturier, 1% dans le secteur des services publics et 5% dans le secteur de la construction)[144].

---

[140] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, «Virage ambulatoire et autoroutes de l'information dans le secteur de la santé», article cité, p. 24.

[141] Industrie Canada, (Page consultée le 22 février 2000), *Coup d'oeil sur l'économie de services. Survol de l'économie de services du Canada*, [En ligne], Adresse URL : http://bulwark1.ic.gc.ca/SSGF/sc001196f.html

[142] *Ibid.*

[143] *Ibid.*

[144] *Ibid.*

Ce qui montre bien l'ampleur des activités tertiaires dans l'économie canadienne, dont la contribution à l'ensemble de l'économie ne peut demeurer ignorée.

1.3.2.1 La dynamique socioéconomique des services

Pour mieux cerner en quoi consistent les activités de service, il est nécessaire de définir ce qu'elles sont et quel rôle elles occupent dans la société. Deux types de services peuvent être définis : les services marchands et les services non marchands.

Les services marchands se caractérisent, notamment, par une relation d'échange entre un «consommateur» et un «producteur», relation qui se déploie dans un rapport commercial grâce auquel le producteur réussi à obtenir un profit au terme de l'échange. Mentionnons par exemple les services aux entreprises, les services dits culturels tels que les spectacles, les services bancaires, les services d'assurance, etc.

Les services non marchands, quant à eux, mettent en rapport un usager et un prestataire dans la réalisation d'une activité non commerciale régi par un «tiers-payeur», représenté le plus souvent par l'État. Citons en exemple les services d'éducation et les services de soins.

Qu'ils soient marchands ou non marchands, les services, comme le montre Jean Gadrey, chercheur auquel nous nous référerons avec insistance dans ce présent point, peuvent se caractériser par plusieurs critères, selon la définition adoptée. Tel qu'il le souligne, la littérature sur les activités tertiaires retient généralement trois définitions des services :

> On trouve dans la littérature diverses définitions des services mises en avant par des chercheurs et des statisticiens confrontés aux mêmes types de problèmes que les nôtres. Ces services ont, par exemple, été définis par leur «immatérialité», leur «non-stockabilité», ou comme des produits consommés en même temps qu'ils sont produits[145].

Or, la réalité des services est selon Gadrey beaucoup plus complexe que le laisse entendre la littérature sur le sujet. Pour lui, les services doivent être envisagés à partir de

---

[145] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 170.

la relation sociale qu'ils impliquent. C'est pourquoi Gadrey propose une définition des services qui tient compte des agents économiques en relation et du processus qu'implique l'activité de service :

> Une activité de service est une *opération*, visant la *transformation* d'une réalité C possédée ou utilisée par un client ou usager B, et réalisée par un prestataire A à la demande de B (et souvent en interaction avec B), mais n'aboutissant pas à un produit final susceptible de circuler économiquement indépendamment de C[146].

Ainsi, pour Gadrey, le service implique trois pôles centraux qui structurent l'activité de service. Ces trois pôles délimitent un environnement interactionnel particulier, tel que le montre le graphique suivant que nous reprenons de Gadrey[147] :

FIGURE 1.1

TRIANGLE DES ACTIVITÉS DE SERVICE

---

[146] *Ibid*., p. 171.

[147] *Ibid*., p. 171.

On peut donc voir que la caractéristique fondamentale des services, selon Gadrey, réside dans la présence d'un rapport social de service fondé sur une relation d'une **durée variable** entre le prestataire et l'usager. Ce rapport social s'inscrit dans un processus où entre en jeu des informations transmises entre ce que Gadrey nomme le «prestataire» et le «destinataire». La mise à contribution de ces informations constitue le fondement même de l'activité de service. À telle enseigne que plusieurs évoqueront à partir des années soixante, devant la montée de services dans l'économie, l'avènement d'une économie de l'information, c'est-à-dire une économie qui repose sur la manipulation de la connaissance et du savoir[148]. Une telle manipulation exige de la part des travailleurs un haut niveau de scolarité qui fera dire à certains, dont Gary Becker, que les ressources humaines sont devenues du *capital*[149].

En terme d'impact sur la société, les services seront analysés par les sociologues, au rang desquels figure Daniel Bell, en fonction des transformations qu'ils induisent dans l'ensemble du tissu social. Bell inaugure l'une des conceptualisations les plus répandues concernant les développements industriels de la société à partir des année soixante. Les constats que Bell fait au sujet de la centralité des services dans l'ensemble du tissu social, à l'origine selon lui de la «société postindustrielle[150]», sont issus de deux raisonnements : l'un du côté de la demande et l'autre du côté de l'offre. Du côté de la demande, Bell s'appuie sur la loi d'Engel[151], qui est reprise rappelons-le par Clark[152], selon laquelle l'augmentation générale des salaires débouche sur un type de consommation orienté vers les services.

Du côté de l'offre, Bell s'appuie sur le modèle de «croissance déséquilibrée» de

---

[148] Voir entre autres John Kenneth Galbraith, *The New Industrial State*, Boston, Hougthon Mifflin, 1967.

[149] Gary Becker, «Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis», *Journal of Political Economy*, vol. 70, p. 9-49, 1962., et *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*, New York, Columbia University Press, 1964.

[150] Daniel Bell, *The Coming of Post-industrial Society : A Venture in Social Forecasting*, New York, Basic Books, 1973.

[151] Pour un regard synthétique sur la loi d'Engel, voir Charles P. Kindleberger, *Les lois économiques et l'histoire*, Paris, Economica, 1992.

[152] Colin Clark, *Les conditions du progrès économique*, ouvrage cité.

William Baumol faisant état d'une croissance de l'emploi dans le secteur des services. Ainsi, lorsque le pouvoir d'achat des consommateurs augmente, ceux-ci vont avoir tendance dans un premier temps à consommer des biens de subsistance pour, ensuite, consommer des biens secondaires de consommation tels que des automobiles, appareils ménagers, etc. Ensuite, à mesure qu'augmente le pouvoir d'achat des consommateurs, la consommation s'orientera vers des services divers. Ce qui veut donc dire, selon Bell, que l'accroissement de la consommation débouche ultimement sur les services. Bell qualifiera cette société de «société postindustrielle» ou de services, laquelle implique la constitution d'un nouvel espace de socialisation où s'affirment des relations humaines entre prestataires et usagers, lesquels se voient nécessairement entrer dans un rapport d'interrelation où le **savoir** et la **connaissance** deviennent le moteur même de la société, ainsi que l'annoncent les tenants d'une économie de l'information. Autant de conditions qui, pour Bell, contribueront à bouleverser les anciens rapports de production. Ainsi, les travailleurs dans le domaine des services se retrouvent dans une organisation du travail favorisant de nouvelles valeurs orientées vers les services à la collectivité, là où l'individualisme et l'obsession de la productivité tendent à disparaître. Ce qui posera d'énormes problèmes aux économistes, gestionnaires et décideurs essayant de définir et de mesurer la productivité dans les services.

1.3.2.2 Le développement des services de soins au Québec

Les services de soins au Québec sont à la fois d'origine récente et ancienne. Ils sont récents sous la forme institutionnalisée qu'ils ont pris avec les premières politiques québécoises sur l'hygiène publique et plus tard dans le cadre du système de santé fordiste-keynésiste, et anciens dans la mesure où ils existent déjà dès les premières années de la colonisation mais sous des formes non institutionnalisées. Comme le montre François Guérard, les services de soins diffèrent selon les périodes historiques du Québec[153]. Suivant son analyse sur laquelle nous voulons insister, on pourrait dire que le développement des services de soins au Québec se structure en sept grands moments[154] : **1)** du XVIIe au XVIIIe siècle, où les services de soins sont disparates et répondent à des exigences sanitaires nombreuses ; **2)** de 1800 à 1885, où l'on assiste à des transformations

---

[153] François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Québec, Boréal, 1996.

[154] *Ibid*.

dans le domaine médical, par une réorganisation et diversification des services ; **3)** de 1886 à 1918, par la mise en place d'un système de santé publique ; **4)** de 1919 à 1939, par le développement de la médecine préventive ; **5)** de 1940 à 1960, avec le développement des services hospitaliers de santé ; **6)** de 1961 à 1980, où l'on voit apparaître les premières réformes socioéconomiques **7)** et, finalement, de 1981 jusqu'à aujourd'hui, où les services de soins tels que développés au cours de la deuxième moitié du XXe siècle sont remis en question. Examinons quelques-unes de ces périodes.

De 1886 à 1918, on voit apparaître au Québec les fondements d'un système public de santé. Comme le montre Guérard, les mesures hygiénistes préconisées tout au long du XIXe siècle vont déboucher, à partir de 1886, sur la mise sur pied de la Commission d'hygiène de la Province de Québec (CHPQ), qui deviendra le Conseil d'hygiène de la Province de Québec en 1887, chargée entre autres de faire respecter les lois et règlements en matière de salubrité. Bénéficiant peu de la collaboration de certaines municipalités et de certains médecins, la CHPQ va tout de même contribuer à réduire la mortalité liée aux maladies contagieuses. Cette baisse de mortalité est également attribuable à ce que Guérard appelle la «modernisation des hôpitaux» à la fois par l'augmentation du nombre d'hôpitaux en milieu urbain et du rôle que ceux-ci acquièrent en passant d'une finalité caritative à une finalité thérapeutique[155].

Entre 1919 et 1939 se développe au Québec la médecine préventive, dans le cadre des activités du Service provincial d'hygiène (SPH) mis sur pied en 1922 à la suite du CHPQ. Le SPH, influencé par la New Public Health, préconise une approche préventive orientée non pas exclusivement vers des mesures d'hygiène globales liées par exemple à l'environnement, mais également vers des points stratégiques plus ciblés tels que des groupes et individus. Le rôle du SPH consiste ainsi à la fois à assurer et à surveiller des programmes de prévention à l'égard de la maladie. Ce qui sera encouragé par l'État qui, sous le gouvernement de Taschereau, s'impliquera davantage dans le financement des activités préventives menées par le SPH, entre autres avec la Loi de l'Assistance publique en 1922, laquelle représente, selon Pierre Bergeron et France Gagnon, «une première rupture dans la logique de charité jusqu'alors prédominante pour l'organisation des soins[156]».

---

[155] *Ibid*., p. 43.

[156] Pierre Bergeron et France Gagnon, «La prise en charge étatique de la santé au Québec», dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (sous la direction), *Le système de santé au*

Cette logique de charité privée persiste toutefois au Québec dans la période de l'après-guerre, même si l'on voit se développer entre 1940 et 1960 ce que Guérard appelle la médecine hospitalière. Celle-ci se substitue de plus en plus à la médecine préventive avec l'augmentation du personnel soignant, l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché et l'apparition de nouvelles technologies thérapeutiques et diagnostiques. Ce développement ne suffit toutefois pas à répondre aux besoins de la population en ce qui a trait aux services de soins. Plusieurs intellectuels et syndicalistes revendiquent dès lors la mise en place d'une régulation étatique des services de soins pour assurer à l'ensemble de la population une sécurité sociale face aux risques de la maladie, d'où l'origine des débats entre le Gouvernement fédéral et le Gouvernement du Québec - lequel est alors dominé par les duplessistes et le clergé - sur l'instauration d'un programme d'assurance-santé et plus largement sur la mise en place d'un État-providence[157].

Il faudra attendre la Révolution tranquille[158] au Québec pour que l'État prenne en charge, de façon globale, le financement des services de soins. À partir du début des années soixante, on voit apparaître plusieurs recommandations réformatrices au terme de plusieurs commissions d'enquête mises sur pied par le gouvernement[159]. Notons le rapport Boucher qui, en 1963, préconise le développement d'un système sociosanitaire accessible à l'ensemble de la population. Ce qui va dans le même sens que l'adhésion en 1960 du Québec au programme d'assurance-hospitalisation à frais partagés mis en vigueur par le gouvernement fédéral en 1957. Cela sera suivi, en 1966, par la mise sur pied d'un programme fédéral d'assurance-maladie fondé sur le principe d'universalité des soins. Cependant, comme l'affirme Marc Renaud, alors même que l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie avaient été mises en place, l'État constata de plus en plus que le système sociosanitaire exigeait d'énormes ressources financières et tout

---

Québec. Organisateurs, acteurs et enjeux, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, p. 13.

[157] Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988.

[158] Voir, entre autres, Guy Rocher, *Le Québec en mutation*, Lasalle, Québec, Hurtubise HMH, 1973.

[159] François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, ouvrage cité, p.29 et suivantes.

autant d'effectifs sanitaires[160]. Ce qui invitait à une réflexion globale sur le financement provincial des services de soins, dans un contexte où le Gouvernement fédéral retirait une grande partie de l'autonomie des provinces en matière du financement alors que l'autonomie des provinces en matière de santé était garantie depuis l'Acte de l'Amérique du Nord-Britannique (AANB) en 1867.

Au Québec fut donc mise sur pied, en 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, la Commission Castonguay-Nepveu, mandatée par le Gouvernement du Québec pour faire le point sur l'ensemble du système sociosanitaire. Selon Marie-Thérèse Lacourse, la Commission Castonguay-Nepveu s'inspire de quatre grands principes[161]. Premièrement, le fait que la médecine doive être «globale», c'est-à-dire fondée sur l'idée que la maladie est un problème social qui met en jeu plusieurs facteurs sociaux. Deuxièmement, l'idée de la «décentralisation et de l'autonomie des établissements» afin de répondre véritablement aux besoins de la population en matière de santé. Troisièmement, l'idée de la «participation», selon laquelle les décisions doivent être prises à la fois par les professionnels et administrateurs de la santé et par les citoyens[162]. Finalement, ainsi que l'affirme Lacourse, la Commission Castonguay-Nepveu s'inspire du principe d'«égalité» à la base de l'harmonisation des différentes professions médicales dans le but d'offrir les meilleurs services de soins possibles à la population.

À mesure qu'étaient appliquées les différentes politiques sociosanitaires des années soixante et soixante-dix se développait le système public de santé. Un développement fondé sur l'augmentation et la diversité des services de soins offerts à la population et sur l'accroissement des professionnels de la santé. Compte tenu de la crise économique des années soixante-dix, certains critiques manifestaient leur mécontentement à l'égard des dépenses gouvernementales qui entravaient selon eux le

---

[160] Voir, entre autres, Gilles Dussault, «Les effectifs sanitaires au Québec», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumond et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 587-603.

[161] Marie-Thérèse Lacourse, *Sociologie de la santé*, Montréal, Chenelière/McGraw Hill, 1998, p. 219 dans le tableau 6.1.

[162] Ce que le Gouvernement du Québec remet actuellement en cause. Voir, à ce sujet, Conseil de la santé et du bien-être, *La participation publique dans le système de services de soins et de services sociaux*, Mémoire déposé à la Commission des affaires sociales, concernant le projet de loi 28, loi sur les services de soins et les services sociaux modifiant diverses dispositions législtatives, Gouvernement du Québec, 2001 (disponible en format PDF à l'adresse suivante : *www.msss.gouv.qc.ca/csbe/fr/04_publi/memoires/20010606.pdf*).

fonctionnement optimum de l'économie. C'est pourquoi fut préconisée une rationalisation des dépenses publiques tout en répondant aux exigences de l'opinion publique plutôt favorable au maintien de la qualité et de l'accessibilité des services de soins. L'idée fondamentale consistait dès lors à modifier le système sociosanitaire, à le transformer structurellement. C'est précisément au cours de cette période de développement des services de soins que ceux-ci deviennent un problème exclusivement économique. Le problème de la productivité est dès lors posé pour les services de soins, comme ce fut d'ailleurs le cas pour l'ensemble des services dans l'économie. Examinons maintenant en quoi consiste ce raisonnement tel qu'appliqué aux activités de service dans l'économie.

1.3.2.3 Le problème de l'application de la productivité néoclassique aux services

La notion de productivité dans les services demeure floue. Comme nous l'avons vu plus haut, la productivité, dans le sens où les économistes néoclassiques et marginalistes l'entendent, est essentiellement déterminée par le rendement des facteurs de production en situation d'économie industrielle. Or, en situation d'économie de services, la productivité peut difficilement être liée à la prise en compte des rendements, justement par la difficulté de concevoir ces derniers dans l'accomplissement d'un service. Rappelons que le concept de productivité s'opérationalise chez les économistes néoclassiques en fonction des facteurs de production mis en rapport les uns aux autres. Nous l'avons vu pour les biens matériels, en situation d'économie de biens matériels rares, là où la productivité se ramène au rapport entre le rendement des facteurs de production et le volume de l'*ouput* final. Pour les services, l'ambiguïté de la notion de productivité réside dans le fait que les services se construisent autour d'un processus impliquant une relation sociale qui constitue en tant que telle la prestation même du service par un prestataire pour un usager (ou un consommateur).

Comme le soulignait Gadrey auquel nous avons fait référence plus haut, l'activité de service ne débouche pas sur l'échange d'un produit, mais plutôt sur la transformation d'un état en un autre. Mentionnons en exemple le service de soins au cours duquel un patient (usager) fait appel à un professionnel de la santé, par exemple un médecin, afin que celui-ci, au terme d'une relation sociale souvent très complexe, contribue à améliorer, donc à *modifier*, l'état de santé du patient. Si l'on doit rechercher l'*output* réel du service de soins, c'est donc du côté de cette transformation d'état en un autre qui correspond à

l'amélioration de la santé d'un patient, qu'il faut le faire. Or, l'amélioration de l'état de santé d'un patient ne peut être évaluée que subjectivement à partir de conventions d'évaluation entre les professionnels de la santé et les patients impliqués dans tel ou tel service de soins. Le problème de la productivité néoclassique et marginaliste est donc posé en termes de détermination du produit, c'est-à-dire de l'*output*. Si celui-ci est clairement identifié en situation d'économie industrielle, par exemple suivant le rapport entre la quantité de biens matériels produits dans un temps donné avec telle quantité de ressources (humaines et financières), tel n'est pas le cas dans le cadre de l'économie des services où l'*output* n'est jamais prévisible parfaitement, déterminé *a priori*. L'amélioration de la santé d'un patient au terme d'une consultation et / ou d'une intervention peut difficilement être quantifiée au préalable, sans l'avis du patient lui-même sur son expérience personnelle, sur la façon dont il a vécu et perçu le service de soins dans lequel il était impliqué et sur la façon dont il évalue le résultat de la prestation de service. C'est pourquoi on peut penser que la prise en compte des services dans la croissance économique ne peut se faire qu'au terme d'une *évaluation* qualitative des activités de service et non dans le cadre d'une quantification *a priori* d'une productivité fondée sur un rapport quantum / temps. Une évaluation peut être définie dans le sens où Jacques-Henri Jacot y fait référence :

> Évaluer, c'est assigner une valeur bonne ou mauvaise, meilleure ou pire, à une chose ou à un événement. Ce n'est donc pas simplement mesurer la valeur en quelque sorte intrinsèque des objets ; c'est établir un ordre de préférences, autrement dit, certains rapports des sujets aux objets[163].

L'évaluation constitue un jugement basé *à travers* le temps, et non *dans* le temps comme pour la mesure marginale de la productivité qui se fondait, rappelons-le, sur le principe causal de mise en rapport d'*inputs* et d'*outputs*. Ainsi, l'évaluation de la performance suggère que soit pris en compte le jugement des acteurs impliqués dans une activité de service, comme l'évoque l'analyse de la performance des hôpitaux belges francophones effectuée par Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore[164]. Cette évaluation, pour le service de soins, doit impérativement tenir compte

---

[163] Jacques-Henri Jacot, «Vers une évaluation économique des systèmes de production», Pierre Doray et Céline Saint-Pierre (sous la direction), *Technologies et entreprises : regards évaluatifs*, Montréal, CREST, Université du Québec à Montréal, 1993, p. 110.

[164] Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore, «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», *Sciences*

du jugement d'un professionnel de la santé - par exemple un médecin pour un service de soins - qui lui seul est en mesure d'évaluer son degré d'efficience compte tenu du travail et du suivi qu'il a fait auprès d'un patient donné, sachant que celui-ci ne recouvre pas la santé suivant une durée prédéterminée objectivement dans les statistiques.

Cet avis concernant l'évaluation est également partagée par Gadrey qui abonde dans le même sens que Sicotte et ses collègues en affirmant que les activités de services, où le savoir et l'information sont nécessaires, doivent impérativement être évaluées qualitativement et non pas quantifiées *a priori* comme le veut la conception néoclassique de la productivité. Ainsi, Gadrey propose que l'analyse de la productivité s'effectue sur la base de conventions *a priori* déterminant les critères d'évaluation d'une activité de service, tel qu'il le souligne en ces termes :

> Dans ces conditions, l'analyse des performances économiques «réelles» (productivité, efficacité, croissance) de très nombreuses activités de service ne peut échapper à *une étape préalable de mise au point de conventions d'évaluation*, c'est-à-dire de règles portant sur ce que les uns et les autres conviennent de retenir comme critère d'efficience, dès lors qu'aucun ne s'impose techniquement. Le «produit» de ces services apparaît clairement comme une construction sociale mettant en jeu des points de vue d'acteurs différents[165].

Ce qui veut donc dire que, pour Gadrey, l'évaluation d'une activité de service doit pouvoir tenir compte non pas seulement d'un produit (*output*) souhaité, prévu, mais également de la perception des dispensateurs des services et des usagers sur le service dans lequel ils sont impliqués. Rappelons que les relations humaines et la *satisfaction* de l'usager à l'égard d'un service rendu constituent des facteurs beaucoup plus importants que la quantité de biens produits et la rapidité avec laquelle ils sont produits. Une importance qui est beaucoup plus grande que le simple calcul d'un degré de productivité donné dans la mise en rapport, par exemple, du nombre de patients traités dans un temps donné en fonction de telles ressources humaines et financières.

Fondamentalement, on peut penser que les services remettent en question la

---

Sociales et Santé, Vol. 20, no. 2, juin 2002, p. 65-104.

[165] Jean Gadrey, *L'économie des services*, ouvrage cité, p. 76.

coupure classique, «mécaniste» comme dirait François Perroux[166], que fait la science économique à l'égard des composantes de la production. Celles-ci sont dans la théorie économique néoclassique conçue comme des objets, des biens matériels, dépouillés de tout contenu social et culturel. Or, les services sont davantages des *actes* que des objets ou des marchandises, tel que l'affirme Nusbaumer en ces termes :

> L'obsession de la production matérielle qui sous-tend les théories économiques en vigueur amène à rechercher tout ce qui fait ressembler le service à une chose, alors qu'en réalité il s'agit plutôt d'un *acte*[167].

C'est notamment pour cette raison que Gadrey propose de réfléchir en termes d'*outcome* plutôt qu'en terme d'*output*, pour évoquer l'idée selon laquelle le produit final d'un service ne peut pas être déterminé *a priori* - comme le font par exemple la France et les États-Unis[168] pour mesurer la productivité des établissements sanitaires - du fait que la relation sociale encadrant le déroulement d'un service de soins ne peut pas être standardisée et homogénéisée à tous les services[169]. L'*outcome* serait en fait l'*output* tel que perçu par le prestataire et l'usager à un moment donné du déroulement de l'activité de service, et non en fonction d'un temps homogène fixé bureaucratiquement.

Bref, de l'ensemble de ces éléments qui structurent la mesure néoclassique de la productivité découle un aspect fondamental dans la possibilité même du calcul qui pose problème dans les services : la repérabilité des *inputs* et *outputs*. La conception néoclassique de la productivité suppose en effet que les *inputs* et les *outputs* peuvent être distingués clairement de façon à ce qu'on puisse mesurer de façon singulière, ou à la marge, la productivité qu'ils procurent. On suppose de plus que tous les *inputs* d'une même catégorie, par exemple celle des travailleurs, sont homogènes. Dans l'économie

---

[166] François Perroux, «Pour une philosophie du nouveau développement», pages 142 et suivantes, cité dans Jacques Nusbaumer, *Les services. Nouvelle donne de l'économie*., Paris, Economica, 1984., et Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 59.

[167] François Nusbaumer, *Les services. Nouvelle donne de l'économie*, Paris, Economica, 1984, p. 62.

[168] Il s'agit d'une méthode de mesure de la productivité qui consiste à concevoir l'*output* comme étant soit les journées d'hospitalisation, soit le nombre d'admissions (cas traités). Voir à ce propos Jean Gadrey, Thierry Noyelle et Thomas Stanback, *Productivité et emploi dans les hôpitaux français et américains : vers une méthode d'analyse comparative*, Lille / New York, Février 1991, p. 1-2.

[169] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 185 et suivantes.

des services, il n'en est rien, puisque le produit du travail du prestataire d'un service relève davantage d'un art que de l'accumulation simple et répétitives de tâches. L'imagination, la courtoisie, la créativité, l'attention portée à l'usager, etc., ne sont point immuables, standardisables, fixes et permanents. Ils sont adaptés à chaque cas, à chaque individu qui est unique. C'est pourquoi, dans un tel contexte, la notion de productivité néoclassique, marginale, demeure à notre avis très problématique. Ce que tenteront de surmonter plusieurs en s'appuyant sur l'idée de l'avènement d'une économie de l'information, qu'on va concevoir soit comme le prolongement de l'économie des services ou soit comme une réalité différente de celle-ci. L'emphase sera tantôt mise sur la centralité du travail tertiaire, tantôt sur l'information objectivée.

1.3.3 Vers une société dite de l'information

L'avènement des services dans l'économie a suscité plusieurs interrogations à partir des années soixante. On commence à imaginer une nouvelle industrialisation, difficile à nommer parce que difficile à en cerner toutes les composantes. Comme le soulignait Guy Rocher en 1969, en parlant d'une «société technologique» pour qualifier la dynamique économique opérant dans le passage d'une société industrielle à une société postindustrielle au cours des années cinquante, la «nouvelle société» sur laquelle se penchent les sociologues au cours des années cinquante-soixante n'est pas encore pleinement constituée, ce qui expliquerait qu'elle ait été nommée de différentes façons selon la perspective d'avenir envisagée :

> [...] certains parlent de société post-industrielle [...], d'autres de société de masse, d'autres encore de société de consommation, ou de société opulente et l'on a même récemment parlé de société post-moderne[170].

Ce constat a également été fait par Gaëtan Tremblay, plusieurs années plus tard, en soulignant l'effort des penseurs devant le constat de l'émergence d'une «nouvelle société». Il précise en ces termes :

> Les tentatives ont été nombreuses depuis l'après-guerre pour nommer le changement et identifier le nouveau type de société qui en

---

[170] Guy Rocher, *Introduction à la sociologie générale. Tome 2. l'organisation sociale*, Montréal, Éditions Hurtubise HMH, 1969, p. 238.

> résulterait. On a parlé de «société de masse», de «société du loisir», de «société programmée», de «société postindustrielle», de «société de consommation», de «société de l'information», et j'en passe[171].

Dans les années quatre-vingts, la «nouvelle société» a encore été qualifiée de différentes manières notamment depuis la montée de la technologie, comme le souligne Tremblay :

> Les développements fulgurants de la technologie nous ont amenés à braquer le projecteur sur ses immenses possibilités et à pronostiquer l'avènement de ce qu'on a nommé tour à tour le «village global», «la cité câblée», «l'économie de l'information», «l'économie de la connaissance», «la société de l'information[172]».

Cette effervescence dénominative, témoigne d'une certaine façon de l'émergence progressive d'une nouvelle conception de la société et de l'industrialisation. La publication de travaux, à partir de la fin des années soixante-dix jusqu'à aujourd'hui, mettant en lumière les transformations sociales dans le sillage de la crise économique et de l'émergence d'une société autre que la société fordiste-keynésiste, l'indique également. On montre de plus en plus le rôle de l'informatique dans le processus de production, les transformations du travail et de l'emploi, les transformations du procès de production-consommation, etc. Autant de transformations abordées par les chercheurs pour parler de l'avènement d'une «économie de l'immatériel», d'une «société du savoir», d'une «société commutative», d'une «société de la communication», d'une «cyberéconomie», d'une «société postbusiness», etc. D'autres parlerons de la constitution d'un «nouveau paradigme», d'une «économie de la troisième vague», d'une «économie en réseaux», etc. Encore aujourd'hui, la question n'est toujours pas résolue, et montre qu'il y a bien «quelque chose» qui toutefois ne s'est pas encore généralisé dans l'ensemble du tissu social[173].

---

[171] Gaëtan Tremblay, «La société de l'information : du fordisme au gatesisme», *Communication*, vol. 16, no.2, 1995, p. 136.

[172] *Ibid*., p. 132.

[173] Notons qu'il existe des centaines de qualificatifs dans la littérature pour nommer la société et l'économie dans lesquelles nous sommes entrés. Nous ne ferons toutefois référence qu'aux conceptions que nous jugeons les plus généralisées et discutées dans la littérature actuelle sur les transformations socioéconomiques. Néanmoins, pour une revue plus en profondeur des différentes dénomination de la société contemporaine avant 1976, voir Michael Marien, *Societal Directions and Alternatives : A critical Guide to the Literature*, LaFayette, N.Y., Information for Policy Design, 1976.

Bref, on peut néanmoins constater que les termes ne manquent pas pour qualifier la «nouvelle société». La plupart indiquent cependant que celle-ci n'est en fait que le prolongement du fordisme-keynésisme, comme la solution à la sortie de crise des années soixante-dix. Or, tel que nous l'avons déjà mentionné, nous pensons que la transition est beaucoup plus profonde que ce à quoi renvoient les théoriciens de ces changements, dans le sens où Lacroix y fait référence dans les termes suivants :

> Actuellement, la non-saisie de ce qui est en voie d'émerger comme conditions de possibilité d'action sociale fait qu'on en reste à l'affirmation de la transition. Dans la plupart des cas, on multiplie les usages du préfixe «post», sans aller plus loin ni préciser ce qui est voie d'émergence et le sens sociohistorique de ce devenir possible[174].

Nous pensons, pour un certain nombre de raisons que nous expliquerons plus loin, que le type de société et d'économie qui est en train de se construire - qui est en fait déjà là - est *qualitativement* différent du fordisme-keynésisme. Il est différent car il met en jeu de nouveaux rapports socioéconomiques issus de transformations structurelles dans l'ensemble du système productif-reproductif.

1.3.3.1 Quelques conceptions de la société de l'information

Déjà dans les années soixante Friedrich Eduard Machlup fut l'un des premiers économistes à considérer la connaissance, le savoir, comme une variable dépendante endogène au processus de production[175]. Il arrive au constat que 29 % du PNB avait pour origine la connaissance[176]. Ce constat l'a conduit à analyser la connaissance en terme de productivité, à la manière dont furent analysés, dans la fonction de production néoclassique, le capital et le travail. Pour Machlup, il importe de distinguer les «connaissances improductives» des «connaissances productives». Sans toutefois

---

[174] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 81.

[175] Rappelons que les économistes néoclassiques ne concevaient à l'origine que les facteurs de production «capital» et «travail», alors que tout autre facteur susceptible d'influencer la variation de la productivité et de la croissance était conçu comme un «résidu».

[176] Friedrich Eduard Machlup, *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*, Princeton, Princeton University Press, 1962.

proposer de méthode concrète visant à mesurer, quantifier, la connaissance dans le processus de production, Machlup a avancé quelques définitions de l'information, comme connaissance, afin de mesurer leur apport dans le système économique. Quinze ans plus tard, c'est au tour de Marc Porat à constater le rôle de la connaissance et de l'information dans l'économie. À l'occasion d'un travail d'analyse statistique d'envergure, ce dernier montre que l'information joue un rôle fondamental dans l'économie[177]. Les objectifs de son ouvrage sont ambitieux : **1)** cerner les activités dans le domaine de l'information aux États-Unis, en tentant de mesurer l'apport de l'information à la dynamique économique d'ensemble ; **2)** analyser comment s'articulent les activités de l'information à l'ensemble de l'économie américaine ; et **3)** définir la place du politique dans la transition entre une économie fondée sur la production et l'industrialisation et une économie fonctionnant sur la base de la connaissance, du savoir et de l'information. Il est conduit également à distinguer trois principaux secteurs où l'information joue un rôle central : celui des industries qui marchandisent des biens ou services à base d'information, le secteur public représenté principalement par les services publics et son type de bureaucratie, ainsi que la bureaucratie privée dans laquelle s'échangent des informations qui ne sont pas destinées au marché. L'analyse que fait Porat de ces secteurs économiques liés à des activités d'information montre qu'un peu moins de la moitié du PNB des États-Unis, soit 46%, est fondé sur les activités de l'information qui retiennent près de la moitié de tous les emplois. C'est Porat qui est l'un des premiers à parler «d'économie de l'information» pour spécifier la «nouvelle économie» ayant cours.

Alvin Toffler, dans son ouvrage majeur intitulé *La troisième vague*[178], énonce également, tout comme le fait Porat en 1977, que l'économie au tournant des années soixante-dix est en pleine transformation avec la généralisation du savoir et de l'information dans l'ensemble des rapports socioéconomiques. Ces transformations marquent le passage, selon Toffler, à une nouvelle génération de l'humanité :

> Nous sommes la dernière génération d'une vieille civilisation et la

---

[177] Marc U. Porat, *The Information Economy : Definition and Measurement*, US Department of Commerce, 1977.

[178] Notons que neuf ans avant la publication de *La Troisième vague*, Toffler réalisa également un ouvrage dans lequel il annonçait l'avènement d'une «nouvelle société» (un «superindustrialisme») dominée par une nouvelle économie. Alvin Toffler, *Future Schock*, New York ; Toronto, Bantam Book, 1971.

première génération d'une nouvelle[179].

Pour Toffler, cette troisième vague est l'aboutissement de deux vagues précédentes ayant caractérisé l'histoire de l'humanité par des modes de production différents : le mode de production agricole pour la première vague et le mode de production industriel pour la deuxième vague. La troisième vague, un peu à la manière des analyses de Alain Touraine[180] et de Bell[181] aux alentours des années soixante-dix, inaugure pour Toffler un mode de production postindustriel fondé sur l'informatique et la démassification. Le mode de production de la troisième vague se caractérise plus particulièrement, tel que l'affirme Toffler, par la production de biens sur mesure dont les commandes sont acheminées vers les pays pauvres par les pays riches qui emploient de moins en moins de travailleurs. Les travailleurs des pays industriels, au seuil de la troisième vague, sont maintenant des «manipulateurs de symboles» où la connaissance, le savoir et l'information jouent un rôle crucial. De là l'augmentation croissante des «cols blancs» directement impliqués dans des tâches requérant de la connaissance, du savoir, de la créativité, etc.

Notons toutefois que Toffler ne démontre pas assez clairement, selon nous, ce qui distingue le type d'économie qui émerge depuis les années soixante-dix de l'économie industrielle de la deuxième vague. Les caractéristiques identifiées par Toffler au sujet de la troisième vague sont en fait les prolongements de la deuxième vague, et ne marquent pas une rupture au sens où d'autres auteurs qui se pencheront sur l'économie de l'information y feront référence. Le mode de production qu'il décrit est en fait celui du «juste-à-temps», adapté à une production-consommation sur mesure. Or, ce mode de production s'inscrit, tel que nous l'avons mentionné plus haut, dans une solution

---

[179] Alvin Toffler, *La Troisième vague*, ouvrage cité, p. 25.

[180] Touraine tente de cerner les changements sociaux à la base selon lui d'une nouvelle société, qu'il nomme de trois différentes façons selon le contexte dont il parle. Premièrement, il parle de «société postindustrielle» pour spécifier l'avènement d'un ordre social articulant des phénomènes sociaux de la société passée avec des phénomènes sociaux propres à la nouvelle société. Deuxièmement, il affirme que la «nouvelle société» est une «société technocratique», c'est-à-dire fondée sur un pouvoir détenu par les technocrates. Troisièmement, il affirme que la «nouvelle société» doit également être appelée «société programmée» pour caractériser son mode de production et la dynamique économique qui s'y rapporte. C'est ainsi qu'il aborde la première partie de son ouvrage *La société post-industrielle* pour spécifier le nouvel ordre social qui se met en place et qui bouleverse les anciennes structures sociales dont les effets se font sentir, notamment, au niveau de la forme du pouvoir et du mode de production et d'organisation économique. Alain Touraine, *La société post-industrielle*, Paris, Éditions de Noël, 1969, p. 7 et suivantes.

[181] Daniel Bell, *The Coming of Post-industrial Society : A Venture in Social Forecasting*, ouvrage cité.

managériale construite pour contrer les effets économiques de la baisse généralisée des taux de rentabilité enregistrée progressivement à partir des années soixante. C'est pour ainsi dire la dernière étape du fordisme-keynésisme.

Mentionnons cependant que la thèse de Toffler, même si elle n'indique pas de réalités émergentes concrètes quant à la société d'information annoncée par d'autres penseurs, contient des intuitions pertinentes sur la centralité de l'informatique, du savoir et de la connaissance. Bref, autant de phénomènes que d'autres ont analysés et analyseront pour forger le concept de société d'information. Soulignons à ce titre l'apport de Joël de Rosnay qui analyse la société en émergence, dans les années quatre-vingts, à partir d'une métaphore particulière qu'il tire du fonctionnement du cerveau humain[182]. Pour lui, l'histoire des sociétés, c'est aussi l'histoire de la complexité dans laquelle les sociétés cheminent, du simple au complexe, de l'organisation locale jusqu'à l'organisation mondiale. Depuis les années soixante-dix, les sociétés, grâce à l'utilisation généralisée des TIC, ont formé un véritable «cerveau planétaire» qui fonctionne, selon de Rosnay, sur le même mode que le cerveau humain. Les réseaux de communication sociaux agissent au même titre que les neurones du cerveau, en assurant des flux d'information en continu. Puisque la caractéristique fondamentale d'un cerveau est de produire de la connaissance, la «nouvelle société» pour de Rosnay est également conçue en fonction de sa capacité à créer de la connaissance pour éventuellement la diffuser. Une telle perspective bouleverse les modes de pensée et d'agir, en ayant des effets sur l'ensemble des rapports sociaux. L'économie n'échappe pas à ce phénomène. La crise économique des années soixante-dix a contribué, selon de Rosnay, à l'émergence d'une société en réseaux[183], réticulée, qui constitue un réflexe de survie tel qu'on le retrouve chez tous les êtres vivants. Dès lors, on assiste à l'avènement d'une société fonctionnant sur le mode de flux d'informations transfrontaliers, où la dynamique économique, entre autres, est profondément modifiée. La «verticalité» des rapports intra-entreprises et inter-entreprises n'existe plus, puisque l'information n'est plus uniquement détenue par ceux qui sont placés au sommet de la hiérarchie. L'information ne se diffuse donc plus du bas vers le haut et du haut vers le bas, dans une dynamique favorisant «l'horizontalité». Une telle perspective remet en cause les modes d'organisation du travail anciens, de type

---

[182] Joël de Rosnay, *Le cerveau planétaire*, Paris, Olivier Orban, 1986.

[183] *Ibid*., p. 25.

tayloriste, où l'information n'était détenue que par les supérieurs qui dictaient les tâches aux ouvriers déqualifiés. Désormais, ainsi que l'explique de Rosnay, le rôle des travailleurs dans l'entreprise repose sur leurs connaissances, leurs savoirs, etc., bref sur leurs capacités de faire fonctionner les TIC. Dans la «nouvelle économie», celle du cerveau planétaire, les entreprises n'ont plus besoin du capital pour démarrer. En effet, selon de Rosnay, la connaissance, le savoir, les idées et la créativité d'un individu suffisent pour envisager l'érection d'une entreprise, laquelle pourra se construire sur la base de subventions publiques ou de programmes spéciaux assurant le plein potentiel de l'individu devenu entrepreneur.

Les constats que fait de Rosnay au sujet du rôle grandissant des technologies, de la connaissance et du savoir dans l'économie, ne suffisent pas selon nous pour cerner les enjeux qui se dessinent dans la société actuelle. En effet, de Rosnay ne fait que rassembler quelques observations issues de l'actualité des années quatre-vingts où les discours sur la société d'information se faisaient de plus en plus nombreux, notamment devant le processus d'informatisation sociale sur lequel nous reviendrons. L'analyse qu'il fait du type de société en émergence, quoique intéressant sur le plan des intuitions, ne permet pas de cerner concrètement en quoi consiste la société d'information dans laquelle nous sommes maintenant entrés, notamment parce que de Rosnay reste trop enfermé dans l'analogie qu'il fait avec le fonctionnement cérébral.

C'est tout le contraire de l'analyse de Peter Drucker qui a consacré une bonne partie de sa carrière à l'étude de la «nouvelle économie» et au travailleur du savoir. Celui-ci, qui fait l'objet de l'une de ses dernières publications en 1989[184], est issu de longues recherches visant à comprendre les changements sociaux et économiques qui surgissent dès les années soixante. Bien avant son dernier ouvrage révélant les caractéristiques de la nouvelle société dans laquelle les pays industrialisés sont entrés, Drucker écrivait en 1970 *La grande mutation. Vers une nouvelle société*[185], où il décrivait la montée des technologies et du savoir dans l'économie avant d'annoncer une «ère du savoir[186]». À cette époque, Drucker construit son analyse sur la base du constat

---

[184] Peter Drucker, *Les nouvelles réalités : de l'État-providence à la société du savoir*, Paris, InterÉditions, 1989.

[185] Peter Drucker, *La grande mutation. Vers une nouvelle société*, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1970.

[186] *Ibid*., p. 289-417.

selon lequel on assiste à une progression des idées et du savoir dans l'économie, comme il le précise en ces termes :

> Les «*INDUSTRIES DU SAVOIR*», qui produisent et distribuent des idées et des informations à la place de biens et de services, représentaient en 1955, le quart du Produit National Brut des États-Unis [...]. Pourtant, en 1965, dix ans plus tard, le «secteur des connaissances» occupait le tiers d'un produit national bien plus important[187].

En 1981, Drucker publie un autre ouvrage majeur, *L'entreprise face à la crise mondiale*, dans lequel il discute des changements technologiques et sociologiques à la source de nouvelles entreprises qui voient le jour au sortir de la crise économique des années soixante-dix. Il consacre un autre chapitre à l'analyse de l'entreprise, trois ans plus tard, en 1984, dans *Vers une nouvelle économie* qui constitue en fait un recueil de ses principaux articles, publiés dans le *Wall Street Journal*, où il annonce encore une fois l'avènement non pas seulement d'une nouvelle société, comme il l'a fait en 1970, mais d'une nouvelle dynamique économique bouleversant les anciens modes de production et d'échange. L'information et le savoir se situent au coeur de son analyse qui débouche enfin, en 1989, sur l'affirmation de l'avènement d'un nouveau travailleur du savoir dans la société qu'il qualifie de «société du savoir[188]». Les propos qu'il tient alors sont formels :

> En 1946, avec l'avènement de l'ordinateur, l'information est devenue le principe structurant de la production. Et avec lui, la civilisation a changé de base[189].

Il montre, dans la foulée des constats qu'il a déjà effectués au cours des années soixante-dix, que le *travail physique*, ainsi qu'il le nomme, est devenu un *travail*

---

[187] *Ibid*., p. 291.

[188] Drucker parle également d'une «société postbusiness» pour qualifier la «société du savoir», car il explique que le *business* («l'activité de production et de gestion dans les entreprises») n'est que potentialité parmi d'autres, telles que le savoir et l'information, du progrès. (*Les nouvelles réalités : de l'État-providence à la société du savoir*, ouvrage cité, p. 202).

[189] *Ibid*., p. 294

industriel avec le capitalisme pour enfin devenir un *travail intellectuel*[190]. En cela, son analyse se rapproche en quelque sorte de celle de Bell et de Toffler, compte tenu des constats qu'il établit concernant la progression de l'information dans l'économie grâce à la forme du travail qui absorbe la majorité de la main-d'œuvre dans les secteurs nécessitant une manipulation du savoir. Mais contrairement à Machlup, par exemple, Drucker ne tente pas de quantifier l'apport de l'information et du savoir dans l'économie. Il ne fait que constater certains phénomènes et, par la suite, annoncer l'avènement d'une «nouvelle société».

Parmi les analyse les plus pertinentes se retrouve celle de Manuel Castells. Son ouvrage *La société en réseaux. L'ère de l'information*[191], constitue à notre avis l'une des plus grandes synthèse et problématisation de la société et de l'économie dites de l'information. En plus de s'appuyer sur les principales thèses concernant l'apparition de cette «nouvelle société», Castells a recours à plusieurs statistiques appuyant ses propos. Pour lui, la «nouvelle société», qui se construit depuis les années soixante-dix et quatre-vingts, est en fait une «société informationnelle et globale», qu'il justifie de cette façon :

> Je l'appelle informationnelle et globale pour indiquer ses traits fondamentaux et souligner leur interpénétration. Elle est *informationnelle* parce [sic] la productivité et la compétitivité des unités de cette économie [...] dépend [sic] essentiellement de leur capacité à générer, traiter et appliquer une information efficace fondée sur la connaissance. Elle est *globale* parce que les activités clés de production, consommation et distribution, ainsi que leurs composants [...] sont organisés à l'échelle planétaire, soit directement ou à travers un réseau de liens entre les agents économique. Elle est informationnelle *et* globale parce que, dans les conditions historiques nouvelles, la productivité naît et la concurrence s'exprime dans un réseau global d'interaction[192].

Pour Castells, cette société informationnelle et globale est essentiellement produite par la généralisation des technologies de l'information qui marquent la jonction entre le savoir et l'information comme fondements de l'économie. L'information,

---

[190] *Ibid*., p. 202.

[191] Manuel Castells, *La société en réseaux. L'ère de l'information*, Paris, Fayard, 1998 (édition originale en 1989).

[192] *Ibid*., p. 93.

compte tenu de sa circulation planétaire à travers les TIC, est devenue selon Castells à la fois un facteur de production (*input*) et un produit (*output*). Les effets de l'avènement de l'économie informationnelle sont dans ce contexte très larges, et s'observent surtout dans le fonctionnement général des organisations et du travail.

Fondamentalement, pour Castells, la société informationnelle dans laquelle les sociétés sont entrées se caractérise par un «élargissement de la sphère de circulation» de l'information dont la source est l'utilisation généralisée, «paradigmatique» au sens de Christopher Freeman[193], du savoir et de la manipulation de la connaissance. Sur l'échelle planétaire, les entreprises ont ainsi pu se constituer, tel que le précise Castells, en *réseau*. L'entreprise en réseau se caractérise notamment par l'articulation de ses différentes composantes en un système dynamique, mondial, où l'information circule à travers tous ses segments, comme un «ensemble de noeuds interconnectés[194]». C'est donc la forme de l'organisation qui est ici bouleversée, entraînant avec elle un remaniement important du procès de production et du procès de travail sur lesquels nous reviendrons plus loin, lorsque nous discuterons des transformations du système productif-reproductif et plus particulièrement du travail.

À notre avis, la conception de Castells sur l'avènement de la «nouvelle société», quoique à certains égard très pertinente, révèle certaines carences qu'il y a lieu de critiquer. En effet, contrairement à ce qu'il affirme, la société en réseaux ne se déploie pas à l'échelle planétaire. Plusieurs travaux ont démontré, longtemps avant que Castells rédige son ouvrage, que les TIC ne profitent qu'à certains pays, en terme de croissance de la productivité. Entre autres, Nicolas Kaldor avait déjà signalé dans les années soixante que les TIC, comme plusieurs autres technologies, déclenchent «un effet d'apprentissage» qui fait que les pays qui les développent ont beaucoup plus de chances d'augmenter leur productivité que les pays pauvres où la même technologie n'est pas développée[195].

Par ailleurs, Castells s'appuie trop à notre avis sur les constats qu'il fait à l'égard des transformations sociales induites par les technologies de l'information. Ces constats

---

[193] Christopher Freeman, *Technical Change and Economic Theory*, London, Pinter, 1988.

[194] *Ibid*., p. 526.

[195] Nicolas Kaldor, *Causes of the Slow Rate of Economic Growth of the United Kingdom, An Inaugural Lecture*, RK, Cambridge University Press, 1966.

l'empêchent d'établir le lien entre le fordisme-keynésisme - qu'il qualifie d'ère industrielle - et la société informationnelle. En cela, on ne distingue que très difficilement la théorie sociologique de l'évolution sociale qui constitue la toile de fond sur laquelle se greffe pourtant la société informationnelle sur laquelle il concentre son analyse. Son mérite est néanmoins d'avoir qualifié la «société nouvelle» pour en cerner, surtout, les enjeux sociaux et économiques autant du point de vue de sa constitution interne que de son articulation à l'ensemble des pays industrialisés. C'est ce que nous retiendrons surtout de son ouvrage, en repérant les grandes caractéristiques du procès de travail dans la société de l'information sur lesquelles nous porterons une attention particulière un peu plus loin.

1.3.3.2 Les fondements de la société et de l'économie dites de l'information

Le type d'économie qui a commencé à se développer depuis les années soixante, et qui s'affirme concrètement à partir des années soixante-dix et quatre-vingts, résulte de plusieurs phénomènes dont nous avons souligné l'importance à la suite des quelques penseurs sur lesquels nous venons de porter un regard. Ce qui se dégage de l'ensemble des analyses, qu'elles soient d'ordre scientifique ou prospectiviste, c'est que la société qui émerge est en fait une société fondée sur le savoir et l'information. Derrière ces concepts se déploie une réalité que nous voulons précisément cerner dans ce point. Nous utiliserons, dans les pages qui vont suivre, le concept de *société de l'information* pour caractériser le type de société auquel nous sommes aujourd'hui confrontés. En définissant ces caractéristiques plus en profondeur, notamment à la lumière des penseurs qui en ont discuté et dont nous avons dit quelques mots précédemment, nous tenterons cependant de proposer une appellation différente pouvant spécifier à la fois ce qui la caractérise et les enjeux que le passage à cette nouvelle société renferme.

Nous sommes ainsi d'avis que le concept d'économie de l'information et encore plus celui de société de l'information doivent être examinés d'un point de vue critique, comme Gaëtan Tremblay l'a souligné en 1995 lors d'une conférence à Montréal à l'occasion de la réunion annuelle de l'Association canadienne de communication. Un point de vue critique réfère ici à l'analyse qui consiste à poser un regard le plus objectif possible sur la dynamique socioéconomique qui a cours dans les sociétés industrielles avancées, car pour Tremblay il existe à l'heure actuelle trois «obstacles

épistémologiques[196]» à l'appréhension de la «nouvelle société». Le premier venant de l'état d'esprit dans lequel bon nombre d'analystes situent l'information et la communication au coeur de la dynamique sociale, en annonçant que les changements qui ont eu cours depuis les années soixante-dix et quatre-vingts proviennent uniquement de la centralité de la communication et de l'information dans l'ensemble du tissu social. Le deuxième obstacle, pour Tremblay, est la tendance des penseurs à réfléchir en termes déterministes, comme si l'évolution des sociétés conduisait inévitablement vers la centralité de la communication et de l'information grâce à l'avènement des TIC. Le troisième obstacle viendrait de l'attitude manichéenne envers celles-ci, attitude qui consiste à adopter une vision soit optimiste selon laquelle les technologies en cause libéreraient l'être humain, ou soit pessimiste d'après laquelle les technologies accentueraient l'aliénation de l'homme. Face à de tels obstacles, Tremblay propose de recourir à une vision plus large du contexte historique qui a conduit à l'émergence de la société dite de l'information, en notant en premier lieu que le concept d'«information» est beaucoup trop vague pour qualifier la situation actuelle. Ce qu'affirmait également Anne Mayère en 1990 dans les termes suivants :

> La qualification «d'économie de l'information» ne nous semble pas pertinente du point de vue de l'analyse économique, parce qu'elle ne se réfère pas à un mode de production et d'échange, à un rapport économique et social. L'information est mobilisée dans toute activité humaine, dans toute société, et sa désignation ne suffit pas à caractériser son rôle, ni le type de production et d'échange dans lesquels elle s'insère[197].

Pour Tremblay, la société de l'information devrait plutôt être analysée en fonction de son origine historique, c'est-à-dire à partir du contexte socioéconomique l'ayant précédé. Or, on remarque effectivement que c'est l'inverse qui est plutôt généralisé dans l'ensemble des analyses. Nous avons pu le constater avec Machlup, Porat, Toffler et de Rosnay. Ainsi donc, nous pensons qu'il serait plus pertinent d'orienter l'analyse générale de la société dite de l'information dans le mouvement du capitalisme à partir duquel l'information et le savoir deviennent centraux. C'est en ces termes que Tremblay indique une telle perspective que nous endossons :

---

[196] Gaëtan Tremblay, «La société de l'information : du fordisme au gatesisme», article cité, p. 133-136.

[197] Anne Mayère, *Pour une économie de l'information*, Paris, Éditions du CNRS, 1990, p. 275.

> Ne faudrait-il pas se demander, à l'inverse, si ce n'est pas plutôt l'expansion de la logique capitaliste, plus que jamais triomphante, qui transforme le monde de l'information et de la communication ? Le changement majeur ne réside-t-il pas dans l'intégration de plus en plus poussée de l'information et de la communication au fonctionnement de l'économie et de la société, dans la soumission de l'information et de la communication aux règles qui régissent la société industrielle, bref dans la marchandisation de l'information, de la culture et de la communication ? De ce point de vue, les transformations en cours devraient être appréhendées comme une nouvelle phase du capitalisme, comme une extension de la logique marchande et industrielle à des secteurs qui lui échappaient antérieurement[198].

Quoi qu'il en soit, derrière le concept de société d'information se cache une réalité de plus en plus manifeste qui se fonde sur la montée d'un certain nombre de composantes dans l'ensemble du tissu social et plus particulièrement dans la sphère économique. Ces composantes sont nombreuses, et émergent de façon particulière par des transformations sur le plan du travail, des organisations, de la production, etc., là où se construit une nouvelle forme de productivité qu'il importe de cerner afin d'en dégager les enjeux sur le plan macrosociologique et macroéconomique.

1.3.3.3 Les grandes composantes de l'économie de l'information : enjeux et débats

Les composantes de l'économie de l'information sont nombreuses, comme en témoignent les appréhensions des différents auteurs qui en ont discuté, tel que nous venons de le voir au point précédent. La plupart retiennent toutefois le concept d'*information* pour spécifier la structure de la nouvelle économie. Cependant, ainsi que nous l'avons vu avec Tremblay, le concept d'information est beaucoup trop large et n'arrive pas à rendre compte d'une réalité qui doit être absolument définie. Un tel exercice n'est pas sans difficultés, car l'étude des différentes positions des économistes de l'information relatives à la «nouvelle» économie, des phénomènes qui lui sont propres, révèle des approches différentes chez les auteurs qui les conduisent à privilégier tel concept plutôt que tel autre. Comme le souligne Sandra Braman, il existe trois principales approches en économie de l'information qui correspondent à autant de processus ayant eu cours dans le cadre de l'économie[199]. La première approche prend en

---

[198] Gaëtan Tremblay, «La société de l'information : du fordisme au gatesisme», article cité, p. 146.

[199] Sandra Braman, «L'économie de l'information : une évolution des approches», Anne Mayère (sous la

compte les modifications que l'on peut repérer à même la constitution des produits informationnels, ce qui suggère l'appréhension d'une économie de plus en plus fondée sur l'information et sur la progression du secteur de l'information. La deuxième approche, selon Braman, pose la science économique dans les changements qu'elle doit subir à la suite de la marchandisation de l'information et des flux qui étaient auparavant conçus comme externes au marché. Quant à la troisième approche, elle consiste à prendre en compte la dynamique économique pour y cerner les changements ayant cours avec l'importance de l'information, sur laquelle se construit l'«économie de l'information» comme discipline scientifique[200].

Au-delà de telles approches, il est possible à notre avis de dégager certaines composantes de l'économie actuelle. À notre sens, deux principales composantes intimement liées contribuent à définir, dans sa forme phénoménale, ce que représente l'économie actuelle, la «nouvelle économie», que nous nommons pour l'instant faute d'un meilleur terme d'«information». Il s'agit du *savoir* et de l'*information*. Ces deux caractéristiques permettent d'appréhender ce à quoi nous sommes actuellement confrontés sur le plan sociologique et économique.

Le «savoir» fait référence, essentiellement, à la connaissance qui constitue, au sens des économistes de l'information tels qu'on peut les nommer à la suite de Becker, Machlup, etc., le *produit* de l'éducation - c'est-à-dire l'acte d'apprendre - désormais conçue comme un véritable facteur de production propre à la nouvelle économie. Ce qui fera notamment dire à Denison, tel que nous l'avons souligné plus haut, qu'une grande partie de la croissance économique serait attribuable à l'éducation, laquelle selon lui devrait être prise en compte dans les mesures de la croissance de la productivité. Bien que l'éducation n'ait été prise en compte dans la mesure de la productivité qu'avec Becker et les théoriciens du capital humain[201], nous sommes d'accord avec Drucker sur la montée progressive du travail intellectuel au XXe siècle, tel qu'il le précise en ces termes :

---

direction), *La société informationnelle : enjeux sociaux et approches économiques*, Paris ; Montréal, L'Harmattan, 1997, p. 88.

[200] *Ibid*., p. 88-89.

[201] Pour une vue complète de la théorie du capital humain et de ses applications mathématiques, voir Michelle Riboud, *Accumulation du capital humain*, Paris, Économica, 1978.

> C'est au XXe siècle que le travail intellectuel commença à se répandre - et vite. En un siècle, la population américaine a triplé, passant de soixante-quinze millions en 1900 à deux cent cinquante millions aujourd'hui ; mais dans le même temps, le nombre de professeurs de l'enseignement supérieur est passé de 10 000 - la plupart exerçant dans de petits établissements paroissiaux - à 500 000. Toutes les autres catégories de travailleurs du savoir, comptables, médecins, professions para-médicales, analystes de toutes sortes, managers, etc. - se sont multipliées dans une semblable proportion. Et les autres pays suivent la même tendance que les États-Unis[202].

Quoiqu'il ne précise pas d'où il tire de telles données, on peut penser que cette réalité est juste, comme l'ont déjà souligné Bell et Porat, compte tenu de la progression constante du secteur des services qui constitue le principal lieu où les «travailleurs du savoir» exercent leur profession. Comprenons également que le fordisme-keynésisme, durant les Trente-glorieuses, a représenté un important levier pour le développement du travail intellectuel[203], comme le souligne d'ailleurs Lacroix en référence au «paradigme techno-économique» de Freeman :

> Or, il s'agit justement du type de travail [«le travail intellectuel-culturel»] qui, sous le fordisme-keynésianisme, a connu une croissance quasi-exponentielle, croissance dans laquelle plusieurs, et particulièrement Daniel Bell, ont vu le fondement d'une nouvelle société, une société postindustrielle et de l'information. Le nouveau paradigme technologique constituerait ainsi un levier de redéfinition, de recomposition, du travail stratégique dans l'ensemble grandissant des secteurs où le traitement de l'information, la production du sens occupent la place centrale[204].

Tel que nous l'avons vu plus haut, la montée des services dans la société a effectivement engendrée l'emploi de travailleurs qualifiés capables de manipuler de l'information et des connaissances dans le cadre de relations sociales encadrant le

---

[202] Peter Drucker, *Les nouvelles réalités : de l'État-providence à la société du savoir*, ouvrage cité, p. 202.

[203] Il s'agit d'un travail intellectuel qui est également *culturel*, puisqu'il s'enracine dans des manières d'agir et de faire qui sont propres à une culture donnée laquelle lui donne toute sa qualité. Voir sur cette question, entre autres, Jacques Nusbaumer, *Les services. Nouvelle donne de l'économie*., Paris, Economica, 1984., et Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 35 et suivantes.

[204] Jean-Guy Lacroix, «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, 120-121.

déroulement de l'activité de service. Le savoir devenait ainsi le centre d'une nouvelle organisation du travail elle-même liée à de nouveaux processus productifs, comme le rapelle Bernard Perret :

> Le développement des services s'accompagne en effet de changements fondamentaux dans la nature du travail humain. On parle fréquemment à ce propos d'«économie du savoir» [...]. Cette évolution concerne, à des degrés divers, l'ensemble des secteurs, y compris l'industrie : on assiste à une *tertiarisation* [sic] *du travail*, comprise dans un sens élargi comme l'intensification des activités symboliques et des interactions sociales impliquées par les processus productifs[205].

Le savoir est effectivement une tendance lourde de la composition de la société dite de l'information que plusieurs nomment la «société du savoir». Le problème de la conception marginaliste de la productivité se posera de plus en plus du fait que le savoir résulte de processus sociaux entre prestataires et usagers, seuls capables d'évaluer le résultat de leur échange dans le cadre d'une activité de service.

L'autre caractéristique fondamentale de la nouvelle économie est ce qu'il est convenu d'appeler l'information, laquelle renvoie à l'aspect non-matériel des facteurs de production qui sont intangibles et abstraits. Mentionnons pour exemple toutes les industries culturelles, particulièrement les industries de contenu, qui font l'objet d'une marchandisation de la culture où celle-ci est une «marchandise informationnelle». Entre autres, la venue du réseau Internet, sur lequel nous insisterons un peu plus loin, provoque l'apparition de nouveaux *outputs* fondés sur de l'information et du savoir mis à disposition, tels que les services d'accès en réseaux, les services d'information, les systèmes publics ou privés de messagerie, les publicités, le commerce en ligne, les jeux, les systèmes de vidéoconférence, les informations publiques ou privées ; bref toute une série de nouveaux *produits* auxquels les consommateurs peuvent avoir accès en réseau.

Les *inputs* sont également modifiés dans le cadre de l'économie de l'information. Le travail intellectuel propre à la nouvelle économie exige plusieurs tâches requérant un certain savoir-faire acquis d'une formation académique publique ou privée, voire par des

---

[205] Bernard Perret, «L'industrialisation des services», dans Gérard Blanc (sous la direction), *Le travail au XXIe siècle : mutations de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information*, Paris, Dunod, 1995, p. 37-38.

séances d'apprentissage en entreprise. La recherche et le développement occupent également une place centrale dans les entreprises, de même que la publicité, le marketing, etc. Autant d'activités, déjà présentes dans le cadre du fordisme-keynésisme, qui nécessitent une mise à disposition d'informations, de savoirs et de connaissances, entre les travailleurs exigeant constamment la maîtrise de technologies de pointe à la base de l'innovation.

Telles sont les principales caractéristiques de l'économie de l'information, qui constituent également les fondements de la société de l'information prise plus globalement. À la lumière de ce que nous venons de dire, on peut postuler que l'économie de l'information est, de façon générale, une économie dominée par des facteurs de production abstraits, construits socialement, dont la valeur dépend de l'évaluation que seuls les acteurs en cause peuvent effectuer dans un contexte donné. Comme nous l'avons souligné plus haut en référence aux services, une telle évaluation ne peut se faire qu'en fonction de critères subjectifs, c'est-à-dire en fonction du jugement des acteurs impliqués dans la relation de service.

1.4 LES DISCOURS SUR LA PRODUCTIVITÉ DANS LE CADRE DU PROCESSUS D'INFORMATISATION SOCIALE

1.4.1 L'informatisation sociale : un nouvel élan pour les discours néoclassiques de la productivité

Le processus d'informatisation sociale constitue pour ainsi dire la toile de fond sur laquelle se tissent les discours sur la nouvelle économie et l'avènement de nouvelles conditions de mise en productivité. C'est ainsi que Freeman, sur qui nous voulons insister ici, en fait référence par le constat d'émergence d'une «nouvelle société». Celle-ci correspond en fait pour Freeman à la construction d'un nouveau «paradigme techno-économique» succédant au fordisme-keynésisme[206]. Ce paradigme techno-économique qui se présente dans les années quatre-vingt-dix est issu, pour Freeman, de la crise économique des années soixante-dix où des baisses généralisées de productivité dans les pays industrialisés se manifestaient tel que nous l'avons souligné plus haut. Ce qui allait favoriser l'essor d'une nouvelle phase longue d'expansion. Freeman constate en effet que la variation à la baisse de la productivité, au niveau macroéconomique, est due à

[206] Christopher Freeman, *Technical Change and Economic Theory*, ouvrage cité.

l'émergence de la décroissance de la phase longue d'expansion[207] caractérisée, d'une part, par l'augmentation du prix du facteur de production le plus utilisé et, d'autre part, par la généralisation des profits à l'ensemble des entreprises d'un même secteur en concurrence. Pour sortir d'une telle situation, qui mène tout droit à la crise économique, Freeman indique qu'un facteur de production, déjà présent dans la dynamique économique mais non généralisé à l'ensemble du système productif-reproductif, doit démontrer ses avantages, en termes de coût et d'utilisation, pour éventuellement s'affirmer en tant que «paradigme techno-économique». Cette dynamique se réalise en quatre principaux temps au cours desquels le nouveau paradigme techno-économique montre ses avantages jusqu'à concrétiser la solution structurelle à la sortie de crise[208].

Dans un premier temps se présente l'étape de la formation des usages sociaux autour de l'utilisation de tel ou tel facteur de production. Dans un deuxième moment, lorsqu'un nouveau facteur de production a atteint un certain niveau de potentialité quant à son utilisation, on assiste à des investissements massifs tournés vers les secteurs économiques où ce même facteur de production est présent. Troisièmement, les investisseurs vont adopter plusieurs stratégies d'obtention de gains de productivité devant une concurrence qui se fait de plus en vive compte tenu de la généralisation des investissements dans les secteurs les plus prometteurs. Finalement, les limites de la capacité productive du facteur de production sont atteintes et par conséquent les baisses tendancielles de la productivité surgissent.

C'est précisément dans le cadre de ce modèle d'analyse que Freeman et ses collègues étudient la «nouvelle société» qui résulte du développement avancé de l'informatisation sociale. L'analyse de la crise du fordisme-keynésisme dans les années soixante-dix indique, pour Freeman et son collègue Carlota Perez, que les sociétés les plus industrialisées sont entrées dans un nouveau paradigme techno-économique fondé sur la micro-électronique[209]. Ce paradigme constitue en fait l'enclenchement d'une

---

[207] Notons que Freeman subit l'influence, dans la description qu'il fait des phases longues d'expansion, de Schumpeter qui rappelons-le parle de «cycles économiques» (entre autres *Business Cycles*, Vol. 1 et Vol. 2, ouvrage cité).

[208] Carlota Perez et Luc Soete, «Catching up in technology : entry barriers and windows of opportunity», *Technological Change and Economic Theory*, Pinter Publishers, Ed. G. Dosi, et al., 1988.

[209] Voir, entre autres, Carlota Perez, «Micro-electronics, Long Waves and World Structural Change», World Development, 1985, 13, 3, p. 441-463.

nouvelle phase d'expansion où les micro-ordinateurs jouent un rôle central en contribuant à l'augmentation généralisée de la productivité. C'est dans cet esprit que Freeman annonce l'émergence, dans les années quatre-vingts et quatre-vingt-dix, d'une société fondée sur les TIC. Ces technologies alimentent les discours actuels sur la productivité et la nouvelle économie, car leurs potentialités sont à la base de ce qu'on peut entrevoir comme une révolution, dans le sens où Castells le souligne :

> [...] le *coeur* de la transformation que nous vivons concerne les *technologies du traitement et de la communication de l'information*. La technologie de l'information est à cette révolution ce que les nouvelles sources d'énergie ont été aux révolutions industrielles successives [...][210].

L'utilisation généralisée de la technologie informatique émerge dans le cadre du processus d'informatisation sociale à partir duquel se construit la nouvelle économie telle que l'ont analysée plusieurs penseurs. Notamment parce que la technologie de l'information, ainsi nommée par Castells, pose l'articulation du savoir et de l'information dans une logique qui transforme, ainsi que nous le verrons, les conditions de mise en valeur et d'investissement. Ce qui devrait également, à notre avis, entraîner une remise en question du concept de productivité tel que formulé par les néoclassiques. Ainsi, la centralité du savoir et de l'information dans la «nouvelle économie» a été à l'origine de nombreux débats dans les années quatre-vingt-dix sur la capacité de la science économique à tenir compte de la nouvelle logique économique. De tels débats s'inscrivent dans le contexte particulier de l'informatisation sociale, notamment avec la venue des autoroutes de l'information au milieu des années quatre-vingt-dix, qui inaugurent une nouvelle dynamique économique déjà fondée sur le savoir et l'information tels qu'analysés par les penseurs sur lesquels nous nous sommes penchés plus haut.

Comme l'indique Lacroix[211], le développement de l'informatique qui s'effectue déjà dans les années quarante et cinquante, va déboucher progressivement sur la construction d'ordinateurs centraux capables de traiter et de diffuser de l'information dans les activités requérant une telle possibilité, dont les activités de service. Au cours

---

[210] Manuel Castells, *La société en réseaux. L'ère de l'information*, ouvrage cité, p. 53-54.

[211] «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité.

des années soixante et soixante-dix, l'informatique poursuit son développement pour déboucher sur la mise au point d'ordinateurs capables de communiquer à distance et de traiter toujours plus d'information dans un temps toujours plus court[212]. C'est précisément dans ce sillage que l'on voit se poser concrètement l'idée du processus d'informatisation de la société, qui constituera la voie de sortie de crise par la généralisation progressive des ordinateurs dans toutes les sphères d'activité. C'est pourquoi on peut dire que le processus d'informatisation sociale surgit stratégiquement là où l'épuisement du fordisme-keynésisme démarre, comme le soulignent Lacroix et ses collaborateurs :

> Il s'agit en fait d'un processus [le processus d'informatisation sociale] qui prend naissance dans un contexte de crise structurelle et de recherche de solution, qui trouve une voie de sortie de crise[213].

Cependant, tel que l'affirmait Pastré en 1983, le processus d'informatisation sociale, pour constituer l'unique voie de sortie de crise, doit être fondé sur un «mode de régulation sociale» contenant deux principales perspectives : une *nouvelle norme de consommation* et un *nouveau schéma de relations sociales*[214]. De telles conditions se sont certes construites durant les années quatre-vingts. En effet, tel que le montre Lacroix et ses collègues, le processus d'informatisation sociale a été à l'origine caractérisé par un ensemble d'initiatives, provenant autant des acteurs que des politiques étatiques, devant servir à la formation des usages sociaux des nouvelles TIC[215]. Partant de la conception de Freeman, Lacroix montre que la formation des usages sociaux dans les années quatre-vingts débouche dans les années quatre-vingt-dix sur une étape de «convergence», avec la construction des autoroutes de l'information, où l'on assiste selon lui à la «cristallisation paradigmatique» des TIC. C'est précisément à ce moment que l'on va assister, ainsi que

---

[212] Jean-Guy Lacroix, Marc Ménard et Christian Gauvreau (sous la direction), *L'approche sociétale de la mise en place des autoroutes de l'information : le rôle stratégique de la transformation des services publics*, Montréal, GRICIS-CEFRIO, 1996.

[213] Jean-Guy Lacroix, Bernard Miège, Pierre Moeglin, Patrick Pajon et Gaëtan Tremblay, «La convergence des télécommunications et de l'audiovisuel, un renouvellement de perspective s'impose», Technologies *de l'information et société*, vol. 5, no. 1, 1993, p. 98.

[214] Olivier Pastré, *L'informatisation et l'emploi*, ouvrage cité, p. 114-119.

[215] *Ibid*., p. 97.

le montre Lacroix[216], à l'avènement de nouvelles possibilités d'organisation du travail tant annoncées par plusieurs penseurs depuis les années soixante. De là, selon Alain Rallet, l'avènement d'un «troisième âge de l'informatisation», celui des réseaux dans les années quatre-vingt-dix, succédant aux deux premiers âges représentés par les ordinateurs centraux (*mainframe*) (au cours des années soixante et soixante-dix) et du micro-ordinateur (au cours des quatre-vingts)[217]. Ce troisième âge de l'informatisation représente pour Rallet l'étape de la mise en forme d'une réorganisation structurelle du travail et plus largement du processus de production. Pour Rallet, c'est au cours des années soixante-dix que des gains de productivité importants sont observés dans le cadre de l'utilisation de l'informatique. De tels gains de productivité ont une triple origine : «les gains provenant de l'automatisation de relations existantes», «les gains provenant d'une recomposition de la division du travail» et «les gains de productivité organisationnelle[218]».

Au-delà de ces quelques considérations, l'informatisation sociale amène avec elle son lot d'analyses optimistes. Mentionnons celle de Don Tapscott et Art Caston qui étudient la société et l'économie du point de vue de l'évolution technologique de l'ordinateur[219]. Ils montrent que les mutations de l'informatique, à partir des années quatre-vingts et plus fortement dans les années quatre-vingt-dix, sont à l'origine d'une nouvelle «ère» qui constitue pour eux une «deuxième ère économique». Celle-ci représente un bouleversement majeur dans la dynamique économique générale, plus particulièrement au niveau de l'organisation générale du travail et de l'entreprise elle-même. L'utilisation de l'informatique a contribué, ainsi qu'ils l'analysent, à reconfigurer l'entreprise traditionnelle en entreprise «ouverte» et en «réseau[220]», occasionnant l'apparition de trois principales possibilités chacune associée à un levier technologique :

---

[216] Jean-Guy Lacroix, , «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 119-125.

[217] Alain Rallet, «L'efficacité des technologies de l'information et de la communication à l'étape des réseaux», Marie-Christine Monnoyer-Longé (sous la direction), *L'entreprise et l'outil informationnel*, Paris ; Montréal, L'Harmattan, 1997, p. 97-98 notamment.

[218] *Ibid*., p. 99-101.

[219] Don Tapsott et Art Caston, *L'entreprise de la deuxième ère. La révolution des technologies de l'information*, Paris, Dunod, 1994.

[220] *Ibid*., p. 29.

création d'équipes de travail de «haute performance» (informatique de groupe), d'une «organisation intégrée» (systèmes intégrés) et la possibilité de mettre en communication directe tous les acteurs qui interviennent dans le processus de production tels que les clients, les vendeurs, les fournisseurs, etc. (informatique interentreprise)[221].

L'ensemble de ces constats a débouché en 1996 sur la publication d'un ouvrage de Tapscott au titre fort évocateur : *The Digital Economy*[222]. Pour Tapscott, on assiste à l'avènement d'une économie fondée sur les technologies informatiques, tel qu'il l'annonçait deux ans plus tôt avec Caston dans *L'entreprise de la deuxième ère*, qui entraînent de façon inévitable de profonds changements au niveau de l'organisation interne des entreprises. Ce qui a conduit Tapscott à affirmer que tous les entrepreneurs et managers doivent suivre les tendances de la «nouvelle économie» digitale ou de l'information[223] sans quoi ils devront éventuellement disparaître[224].

Ce qui ressort nettement de l'analyse que font Tapscott et Caston sur la «nouvelle société» et que Tapscott reprend dans *The Digital Economy*, c'est l'adhésion à un certain «déterminisme technologique» selon lequel la technologie informatique détermine inévitablement la dynamique économique globale. C'est pourquoi, à notre avis, leur analyse n'ajoute rien aux constats déjà faits par Toffler et de Rosnay. L'absence de perspective critique vis-à-vis des enjeux macroéconomiques et macrosociologiques qui se dégagent des transformations en cours résulte probablement du manque de recul devant l'appréhension de la société de l'information - qualifiée plutôt de «*digital economy*» - qui demeure alimentée par tout le discours sur les nouvelles technologies qui a cours déjà

---

[221] *Ibid*., p. 32-37.

[222] Don Tapscott, *The Digital Economy : Promise and Peril in the Age of Networked Intelligence*, New York, McGraw-Hill, 1996.

[223] Sur le site Internet de Don Tapscott, où il présente tous ses ouvrages, se retrouvent les propos d'Al Gore au sujet de *The Digital Economy* : «With the publication of his earlier work on information technology, Don Tapscott established a reputation as one of the world's leading 'cyber-gurus.' His new book will provide fresh insights into a field in which he has become an expert: the ways in which the Digital Revolution can change the way we live, learn, work, and communicate» (The International Bestseller, «The Digital Economy», (page consultée le 4 décembre 2000), The Digital Economy, [En ligne], Adresse URL : http://www.nplc.com/digital/index.html). Cette affirmation illustre bien, à notre avis, le caractère déterministe, «idéologique», de l'ensemble du discours sur le passage à la société de l'information, qui est conçu comme le début d'une nouvelle histoire du capitalisme.

[224] Ce qui va dans le sens des réserves émises par Carré et Lacroix au sujet du «syndrome du tout informatique» sur lequel nous avons insisté dans notre chapitre d'introduction.

depuis les années soixante-dix[225]. L'idée centrale à retenir cependant, pour notre propos, est que Tapscott et Caston interprètent la société en fonction des mutations de l'entreprise qu'on observe effectivement dans la réalité, mais en ne faisant que très peu référence à la transformation des phénomènes économiques dont Charles Goldfinger a, entre autres, fait état[226]. Une telle perspective est d'ailleurs poursuivie par Negroponte, qui annonce une nouvelle configuration socioéconomique fondée sur l'information. Selon ce dernier, on assiste à une véritable révolution des TIC, au même titre que ce que décrivait de Rosnay presque dix plus tôt. Pour Negroponte, les sociétés sont au seuil de la «numérisation» qui résulte de la capacité des ordinateurs à traiter de l'information dans un temps qualitativement différent de ce qu'il en prenait à l'homme[227]. La numérisation ouvre d'énormes possibilités pour Negroponte, notamment du point de vue de la circulation en temps réel de milliards d'informations entre n'importe quel point sur la planète. L'unité la plus simple de l'information est le bit, qui assure l'échange d'informations en agissant comme un véhicule sur les *autoroutes de l'information*.

Le bouleversement majeur qui a lieu dans la société, ainsi que l'explique Negroponte, viendrait de la possibilité d'effectuer certaines opérations qui modifient les paramètres temporels et spatiaux jusque-là connus par l'humanité. La dynamique économique se trouverait ainsi profondément bouleversée du fait qu'émergent des pratiques et des potentialités liées à l'information qui reconfigurent les bases sur lesquelles l'économie est construite. Ainsi, selon Negroponte, nous sommes passés d'une «ère industrielle» à une «ère postindustrielle» pour déboucher vers «l'ère post de la postinformation[228]». Alors que l'ère industrielle se caractérisait pour Negroponte, sur le plan économique, par une production en série de biens homogènes par des techniques localisées dans le temps et dans l'espace, l'ère postindustrielle s'est caractérisée par la centralité de l'information dans l'ensemble des rapports économiques par sa diffusion au-delà des contraintes du temps et de l'espace. Dans les années quatre-vingt-dix,

---

[225] Voir entre autres Gaëtan Tremblay, «De l'arbre de vie à l'autoroute électronique», dans Jean-Guy Lacroix, Bernard Miège et Gaëtan Tremblay (sous la direction), *De la télématique aux autoroutes électroniques. Le grand projet reconduit*, Québec ; Grenoble, Presses universités du Québec ; Presses universitaires de Grenoble, 1994, p. 15-43.

[226] Charles Goldfinger, *L'utile et le futile. L'économie de l'immatériel*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1994.

[227] Nicholas Negroponte, *L'homme numérique*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1995.

[228] *Ibid*., p. 203.

représentées par l'ère de la postinformation, une information peut être à la fois partout et nulle part. Elle peut transmettre du savoir et des connaissances entre des individus et des groupes. Le travail peut s'effectuer au domicile ou en entreprise, dans une dynamique où le travail en tant que tel n'opère plus de distinction avec l'emplacement du lieu où il est effectué. Le processus de production des entreprises change autant que ce qui est mis en marché avec les nouveaux médias, lesquels sont regroupés grâce aux possibilités télécommunicationnelles.

Ainsi donc, l'homme numérique, pour Negroponte, c'est l'articulation entre l'ensemble des rapports sociaux et la micro-informatique. L'information, constituée par le bit, possède par conséquent une fonction précise dans cette nouvelle dynamique créée par la société de la postinformation, puisqu'elle constitue le vecteur de la nouvelle société au même titre que l'étaient l'atome et l'énergie dans l'ère industrielle et postindustrielle. Cependant, une telle vision a le défaut, selon nous, d'être fondée sur un certain déterminisme technologique au même titre que chez Caston et Tapscott, ce qui va notamment à l'encontre de l'appréhension de Freeman pour qui la «nouvelle société» est davantage l'effet de comportements d'acteurs sociaux agissant sur la société tel que nous l'avons expliqué plus haut. Il y a donc lieu de s'interroger sur la pertinence de la conception de Negroponte qui à notre avis penche vers une perspective faisant l'éloge des TIC, des bits, sans tenir compte des enjeux sociaux qui se posent.

1.4.2 Les problèmes conceptuels que pose l'informatisation dans l'économie

Tel que nous l'avons souligné plus haut à la lumière, d'une part, des différentes conceptions de l'avènement de la société de l'information et, d'autre part, de notre analyse des fondements de l'économie de l'information, la mise en valeur du savoir et de l'information constitue le fondement de la société et l'économie de l'information. Cette mise en valeur conduit le système capitaliste à effectuer un saut qualitatif dans le passage du fordisme-keynésisme à la société de l'information, ce qui doit nécessiter l'apparition de nouveaux critères d'analyse pour spécifier le mode de fonctionnement général de la production dans la transition qui émerge. La littérature portant sur l'économie de l'information, de plus en plus abondante au cours des années quatre-vingt-dix, évoque de nouveaux débats sur le type d'industrialisation auquel les sociétés sont confrontées. Parmi ces débats se trouve celui qui consiste à s'interroger sur la nature de ce qu'on peut considérer comme un «bien informationnel» et / ou un «produit informationnel» en tant

que marchandise.

Pour les économistes classiques et néoclassiques, une marchandise n'a de sens qu'en rapport avec sa mise en valeur qui détermine donc son potentiel de productivité et de rentabilité. Tel que nous l'avons vu, le passage du fordisme-keynésisme à l'économie de l'information correspond, dans les faits, au passage de la production-consommation de biens matériels à la production-consommation de biens immatériels, ce qui a fait notamment dire à Boisselier et Goldfinger que nous sommes entrés dans une «économie de l'immatériel[229]». Nous serions ainsi passés d'une logique matérielle à une logique immatérielle. Ce passage révèlerait l'apparition d'une nouvelle marchandise différente du bien matériel. Ainsi, comme le souligne Lacroix,

> On passe de la production-consommation de choses qui sont détruites dans l'acte de consommation [...] à la production-consommation de choses qui ne sont pas détruites par cet acte et qui sont transformées non pas de ce seul fait ni «automatiquement», mais par le recours obligé à l'intention, à la volonté et, donc à la conscience. On passe donc de choses dont la production, l'accumulation et la consommation possible sont limitées par les déterminismes naturels, physiques et biologiques, à des choses dont la production, l'accumulation et la consommation peuvent être illimitées, qui peuvent être «complétables», indéfiniment mises à jour[230].

Le problème ici posé consiste à réfléchir sur les mécanismes qui déterminent la valeur de la «nouvelle» marchandise, qualifiée dans la littérature portant sur l'économie de l'information de *marchandise informationnelle*. Le problème de la valeur réside en fait dans la caractéristique non matérielle de la marchandise informationnelle. Cette non matérialité supposerait une difficulté d'appropriation privée et donc de mise en valeur. Or, l'économie des services et de l'information montre au contraire que même ce qui est immatériel peut être approprié et donc transformé en marchandise. La mise en valeur serait toutefois différente pour la marchandise informationnelle. Elle reposerait, comme le souligne Mayère, sur une valeur déterminée par une rareté différente de celle qui prévaut pour les biens matériels[231]. Notamment parce que la marchandise

---

[229] Patrick Boisselier, *L'investissement immatériel : gestion et comptabilisation*, ouvrage cité ; Charles Goldfinger, *L'utile et le futile. L'économie de l'immatériel*, ouvrage cité.

[230] Jean-Guy Lacroix «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité», article cité, p. 115.

[231] Anne Mayère, «Produits et services d'information : proposition de dépassement de la théorie standard de

informationnelle peut être reproduite, numériquement, de façon infinie et diffusée en continu sans coûts supplémentaires à sa production. Dans ce contexte, on peut penser que cette rareté qui s'applique aux marchandises informationnelles est socialement construite. Elle n'est pas inscrite dans l'objet lui-même qui déterminerait une sorte de valeur intrinsèque, cristallisée dans sa matérialité. La valeur d'une marchandise informationnelle serait plutôt issue d'une construction fondée, comme l'affirme Mayère, sur «l'interprétation» et «l'utilisation» qu'un individu en fait[232]. C'est pourquoi la valeur d'une marchandise informationnelle, comme l'affirme Alain Milon, «n'obéit pas aux mêmes règles et protocoles que ceux qui régissent les biens matériels[233]».

Comme autre concept qui pose problème dans le cadre de l'économie de l'information, mentionnons celui sur l'investissement. La prise en compte du savoir et de la connaissance dans l'économie a débouché sur des questionnements liés à la nature de l'investissement. Déjà avec Becker dans les années soixante, le capital humain est considéré non plus comme une simple force de travail mais comme un investissement orienté vers le savoir des travailleurs qui détermine le niveau de productivité d'une organisation. Denison, rappelons-le, préconisait la prise en compte de l'éducation et de la formation dans la mesure générale de la croissance économique sans toutefois proposer de réelles méthodes de calcul. Les théoriciens du capital humain, quant à eux, raisonnent en termes néoclassiques, en concevant l'investissement immatériel[234]comme un processus rationnel dans lequel l'individu ou l'entreprise décide d'adopter tel ou tel comportement en vue d'une augmentation de leur satisfaction à l'égard de l'optimum visé. Or, cette théorie du «choix rationnel» pose problème à partir du moment où le savoir de l'homme et la connaissance ne sont pas soumis aux même impératifs que les facteurs de production «traditionnels» en ce qui a trait, par exemple, au processus de quantification nécessaire à la mesure néoclassique de la productivité. Rappelons en effet que le savoir dans le cadre d'une activité de service s'inscrit dans une logique

---

l'information», *Économie de l'information*, Colloque international Lyon-Villeurbanne, 1995, p. 620.

[232] *Ibid*., p. 620.

[233] Alain Milon, *La valeur de l'information : entre dette et don. Critique de l'économie de l'information*, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p. 37.

[234]Mentionnons que le terme «investissement immatériel» pour spécifier la nature des investissements dans la nouvelle économie est celui qui est le plus généralisé dans la littérature portant sur l'économie de l'information.

relationnelle entre un prestataire et un usager (consommateur), lesquels déterminent à terme le degré de satisfaction à l'égard du résultat de l'échange. Dans le cadre de l'économie de l'information, le savoir, même codifié sous forme de connaissances objectives, n'est pas une garantie de la satisfaction des parties impliquées dans l'échange, notamment parce que cette satisfaction relève de mécanismes sociaux et non marchands. C'est ainsi que le problème se pose, selon Milon qui le souligne en ces termes :

> Dès l'instant où l'entreprise considère l'individu comme un capital et / ou un investissement, elle le réduit à une entité économique marchande, une sorte de bien quantitatif que l'on peut faire entrer dans un bilan comptable au même titre que les investissements passifs ou actifs. Ni le statut de la personne, ni celui de l'information sont appréciées, sinon en termes marchands[235].

L'investissement immatériel ne doit donc pas s'analyser, selon nous, au même titre que l'investissement «physique» qui est déterminé par une logique qualitativement différente de l'investissement immatériel. Dans la théorie économique classique et néoclassique, l'investissement doit avant tout engendrer une capacité de production devant déboucher sur des gains de productivité et donc l'obtention du profit. Si cette logique persiste au secteur des services et de l'information, elle n'en demeure pas moins problématique puisque la productivité fondée sur des résultats quantitatifs de retour sur investissement évacue la dimension essentielle de la relation entre un prestataire et un usager. C'est pourquoi on peut penser que le concept de productivité néoclassique, marginaliste, constitue un anachronisme dans le cadre de l'économie des services et de l'information. Comme le souligne Mayère,

> [...] si cette notion [la productivité] a pu être pertinente à un moment donné de croissance intensive (années 50-60) et pour des activités délimitées (en particulier productions de masse standardisées), elle semble de plus en plus non seulement insuffisante mais en bonne part erronée. C'est en effet une mesure fondée sur l'hypothèse d'une homogénéité et d'une stabilité du produit en nature et en qualité sur la durée ; or cette hypothèse qui est particulièrement inadaptée aux services l'est également de plus en plus pour les marchandises dans la logique actuelle de différenciation des produits[236].

---

[235] Alain Milon, *La valeur de l'information : entre dette et don. Critique de l'économie de l'information*, ouvrage cité, p. 83.

[236] Anne Mayère, *Pour une économie de l'information*, ouvrage cité, p. 229.

Ainsi, l'investissement immatériel, dans le cadre de l'économie de l'information, pose des problèmes théoriques à partir du moment où, tel que nous le disions plus haut, c'est la forme même du travail (capital humain) qui change compte tenu de l'importance du savoir et de la connaissance dans l'économie. On peut donc dire que la science économique néoclassique est alors confrontée à un problème de taille, puisque la plupart des concepts qu'elle a su forger ne peuvent plus convenir à la nouvelle économie, ainsi que l'indiquent Pierre Caspar et Christine Afriat :

> À l'exception de la recherche et des logiciels, il n'existe pas non plus de pratique institutionnelle de la mesure de ces dépenses, bien qu'on en attende en général des effets positifs et durables. [...] Et nous manquons toujours d'une structure conceptuelle comptable et fiscale globale, qui permette de relier ces systèmes de mesure personnalisés à un cadre suffisamment normalisé, qui fournisse une vision d'ensemble des efforts consentis, aide à en apprécier les retours effectifs et ouvre la voie aux comparaisons[237].

Ce que partage également Milon :

> L'économiste bute en réalité encore sur la capacité des méthodes quantitatives à rendre compte de la qualité de l'immatériel et par là même de l'information[238].

Bref, le problème fondamental qui est posé par l'économie de l'information consiste, ainsi que nous l'avons vu avec les auteurs sur lesquels nous avons insisté, à réfléchir sur les enjeux macro et micro qui se dégagent des phénomènes socioéconomiques en cause. Cela doit passer par la capacité de mesurer les impacts des différents phénomènes économiques sur la dynamique économique générale. Or, à l'heure actuelle, le problème n'est pas du tout résolu, comme le précise Goldfinger en donnant un aperçu de la nature des problèmes en cause :

> Conséquence logique des difficultés de définition et conceptualisation, la mesure de l'impact économique des activités immatérielles reste entachée d'une grande imprécision, qui ne permet pas de déterminer

---

[237] Pierre Caspar et Christine Afriat, *L'investissement intellectuel : essai sur l'économie de l'immatériel*, Paris, Economica, 1988, p. 20

[238] Alain Milon, *La valeur de l'information : entre dette et don. Critique de l'économie de l'information*, ouvrage cité, p. 90.

> leur contribution à la performance économique et perpétue la controverse sur leur utilité. Les problèmes de mesure se posent tant au niveau macro-économique (emploi, productivité, investissement) que micro-économique, notamment dans la comptabilité des entreprises. Ils découlent d'une part de difficultés de saisie des prix et de la valeur ajoutée des activités immatérielles, et, d'autre part, des conventions de mesure existantes, qui ignorent largement les immatériels[239].

Or, actuellement, avec le déploiement généralisé des TIC dans tous les secteurs de la société, les ambitions, voire les croyances, sur l'apport de l'informatique à la productivité masquent les interprétations plus critiques sur les réelles potentialités des TIC. Cela est accentué par les nombreux discours sur la nouvelle organisation du travail qui accompagne l'utilisation de ces dernières.

1.4.3 Une nouvelle dynamique organisationnelle comme source d'accroissement de la productivité ?

Comme l'ont déjà noté plusieurs, l'informatisation sociale a fait faire un saut qualitatif au travail fondé sur le savoir ainsi que Becker, Machlup, Bell, Porat l'ont analysé. Sur le plan technologique, l'informatisation sociale généralise dans toutes les sphères d'activités les caractéristiques déjà présentes de l'informatique au rang desquelles figure la numérisation. Grâce à celle-ci, une information peut être codée, programmée, traitée, analysée, interprétée et éventuellement mise à disposition. Le procédé informatique utilisé émane de la numérisation qui est à l'origine d'un langage commun à toutes les organisations pour traiter une information. Ainsi peut-on comprendre la portée des changements en cours au niveau du processus de production, comme l'indique Jean-Louis Caccomo :

> La numérisation, en modifiant la nature des réseaux de distribution de l'information et des matériels de diffusion, est en train de transformer le secteur des télécommunications. [...] Le passage de l'analogique au numérique constitue donc un changement primordial dans la mutation industrielle. [...] La numérisation constitue donc une *bifurcation technologique* qui apparaît comme un saut qualitatif fondamental dans la mesure où elle offre aux différents systèmes électroniques une possibilité de communication et d'ouverture sur un mode «intelligent» : tous ces systèmes peuvent disposer d'une base homogène, d'un langage commun[240].

---

[239] Charles Goldfinger, *L'utile et le futile. L'économie de l'immatériel*, ouvrage cité, 115-116.

[240] Jean-Louis Caccomo, *Les défis économiques de l'information : la numérisation*, Paris, L'Harmattan,

De telles possibilités modifient le rapport technique du travailleur au savoir, car l'utilisation de l'informatique et de la télé-informatique permet à la fois une centralisation et une décentralisation de l'information qui rendent possible la mise à disposition de l'information, modifiant ainsi le rapport de l'usager à la temporalité[241]. Soulignons ce passage de Solange Gernaouti-Hélie et Arnaud Dufour à ce sujet :

> La révolution informationnelle bouleverse le traitement et la conservation de l'information et modifie le mode de fonctionnement des organisations et de la société tout entière. [...] elle est particulièrement importante dans la mesure où elle touche à la manipulation de l'information et donc de la connaissance. Son impact se porte sur les mécanismes de génération du savoir [...][242].

Cela permet une réorganisation structurelle de l'entreprise où l'informatique joue un rôle fondamental, en représentant, ainsi que le notait Freeman, le principal facteur de production du nouveau paradigme techno-économique par l'abaissement tendenciel de son coût, tel que la loi de Moore le prévoyait[243].

Dans cette «nouvelle» économie, plusieurs pensent que c'est le travail lui-même qui est appelé à se transformer le plus. Cette transformation se joue à travers de nouveaux types d'emplois spécifiques à l'économie de l'information. D'après l'analyse que Georges Pebereau faisait déjà en 1980, il existerait principalement dans l'économie de l'information quatre principaux types d'emplois informationnels : les emplois de «production d'information» (création de nouvelles informations), les emplois de «traitement de l'information» (transformation de données déjà existantes), les emplois de

---

1996, p. 11-12.

[241] Voir, entre autres, Luc Bonneville, «Informatisation et représentation de la temporalité», dans *Des sociétés en mutation* (sous la direction de Jean-Pierre Dupuis et Pierre Beaucage), Montréal, Nota Bene, 2003, p. 77-92 ; et «La temporalité du réseau Internet est-elle encore moderne ?», dans *Internet, nouvel espace citoyen ?* (sous la direction de Francis Jaureguiberry et Serge Proulx), Paris, L'Harmattan, 2002, p. 205-222.

[242] Solange Gernaouti-Hélie et Arnaud Dufour, *De l'ordinateur à la société de l'information*, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p. 96.

[243] La loi de Moore stipule que la puissance des micro-ordinateurs double à tous les 18-24 mois en même temps que leurs prix se divise en deux. (Cf. Conférence inédite faite par Gordon Moore lors de la préparation d'un discours sur les communications en 1965).

«distribution d'information» (circulation de la marchandise informationnelle) et les emplois «d'infrastructure de communication» (mise au point des supports d'information)[244].

De leur côté, Nicolas Bühler et Denis Ettighoffer parlent de l'émergence de «l'homme polyactif[245]» et des «nomades électroniques[246]» (*networkers*). L'homme polyactif, ainsi que Bühler et Ettighoffer le veulent, constitue en fait une nouvelle figure du travail dans le cadre de l'économie de l'information. Cet homme polyactif symbolise la capacité d'un individu à occuper plusieurs emplois au cours de sa vie, ce qui favorise par le fait même la diffusion du savoir qu'il détient. L'utilisation des TIC, selon Bühler et Ettighoffer, créent des réseaux d'affaire, de production, où le savoir circule à partir de plusieurs points sur la planète placés dans un rapport d'instantanéité. Une telle possibilité permet notamment de mettre en lien des partenaires différents[247] pouvant opérer dans les pays où la main-d'œuvre est bon marché, compte tenu de la capacité des technologies informatiques de codifier un savoir pouvant être mis à la disposition de façon massive et intensive des travailleurs qui le manipulent. Selon Bühler et Ettighoffer, cette utilisation des technologies, supposant une maîtrise relativement importante des différents dispositifs de traitement de l'information, rend également possible le travail à domicile et souvent précaire. Ainsi, d'après Bühler et Ettighoffer, on peut penser que ce type de travail doit désormais être conçu comme un service rendu à l'employeur, en échange d'une entente contractuelle, qui peut exiger à distance la réalisation de certaines tâches en réseau. Ce qui par ailleurs invite les individus à créer leur propre emploi, pour devenir selon Ettighoffer des nomades électroniques qui, grâce à la maîtrise des TIC, peuvent travailler de partout à travers la monde sur la réalisation d'un bien en réseau avec d'autres

---

[244] Georges Pebereau, «Impact de l'informatique sur la compétitivité des entreprises industrielles», *Actes du colloque international Informatique et changement économique, Informatique et changement économique*, Paris, La Documentation française, 1980, p. 49-50.

[245] Nicolas Bühler et Denis Ettighoffer, «L'homme polyactif», dans Gérard Blanc (sous la direction), *Le travail au XXIe siècle : mutations de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information*, ouvrage cité, p. 203-218.

[246] Denis Ettighoffer, «Networkers, les nomades électroniques», dans Gérard Blanc (sous la direction), *Ibid*, p. 219-236.

[247] Nicolas Bühler et Denis Ettighoffer, «L'homme polyactif», dans Gérard Blanc (sous la direction), *Le travail au XXIe siècle : mutations de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information*, ouvrage cité, p. 206.

travailleurs. Ainsi, l'ensemble de ce phénomène, de ce nouveau mode d'organisation du travail, se réalise pour Ettighoffer en des lieux et des temps différents[248] où le travail des employés est dispersé partout à travers le monde en fonction des points d'ancrage du réseau de l'entreprise. Pour Ettighoffer, le rôle des travailleurs consiste à agencer les informations, «déjà là», pour constituer, en réseau, un service ou un bien entièrement conçu en ligne. Cela suppose que le travailleur de l'information soit en mesure de traiter de l'information, de l'analyser, de la réorganiser, de la mettre à jour, de la faire circuler, etc. ; bref de lui construire une valeur ajoutée.

Cette vision déterministe de la technologie est également partagée par Castells pour qui ce nouveau type de travail est le fruit d'une organisation fondée sur la technologie de l'information qui entraîne une nouvelle division du travail caractérisant ce qu'il nomme, ainsi que nous l'avons vu, le «paradigme informationnel en plein essor[249]». L'analyse que fait Castells du travail le conduit à dégager six principales tâches effectuées par les travailleurs, autant dans le secteur de la production de biens que dans celui de la production de services qui correspondent à des postes précis : les «capitaines» (qui agissent au niveau de la décision et de la planification), les «chercheurs» (qui lancent les innovations), les «concepteurs» (qui régissent les innovations), les «intégrateurs» (qui voient à l'articulation des tâches stratégiques de planification et d'innovation), les «opérateurs» (qui assurent le bon fonctionnement des tâches nécessitant de la créativité) et les «manoeuvrés» (qui contrôle les processus d'automatisation et de programmation)[250].

Une telle catégorisation doit cependant, pour Castells, être comprise avec l'articulation générale des différentes tâches reliées en réseau en temps réel. Castells définit donc le rôle des «connecteurs» (qui font des connexions pour eux-mêmes avec d'autres), des «connectés» (qui travaillent avec d'autres en ligne indépendamment de leur volonté), des «déconnectés» (qui effectuent des tâches en parallèle au réseau de communication, souvent à l'extérieur de celui-ci), des «décideurs» (à qui reviennent les

---

[248] Denis Ettighoffer, «Networkers, les nomades électroniques», dans Gérard Blanc (sous la direction), *Le travail au XXIe siècle : mutations de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information*, ouvrage cité, p. 225-226.

[249] Manuel Castells, *La société en réseaux. L'ère de l'information*, ouvrage cité, p. 284.

[250] *Ibid*., p. 285.

décisions finales), les «participants» (qui participent aux décisions) et des «exécutants» (qui préparent le levier menant aux décisions). Ce qui dans les faits pose de sérieux doutes, selon nous, sur la pertinence de son analyse en terme de firme horizontale, étant donné les rapports hiérarchiques et d'autorité qui existent toujours dans l'économie de l'information et que Castells lui-même souligne.

Mentionnons néanmoins que de telles catégories, sans englober toutes les fonctions liées au travail de l'information, donnent pour Castells un aperçu intéressant de la nouvelle dynamique organisationnelle du travail. Ce qui nous invite à penser que c'est l'idée même de productivité dans l'économie de l'information qui est à redéfinir, car pour Castells la nouvelle organisation du travail fondée sur l'utilisation des TIC bouleverse la dynamique du système productif-reproductif sur la base de nouveaux principes relatifs à la forme du travail :

> La nouvelle technologie de l'information redéfinit les processus de travail et le profit des travailleurs, et par conséquent l'emploi et la structure professionnelle. [...] Dans de telles conditions, le travail, l'emploi et les professions se transforment, comme peut-être l'idée même de travail et de temps de travail[251].

Or, rappelons-nous que le temps de travail constituait, depuis les débuts de l'industrialisation, le principal moment de la prise en compte de la productivité par la mesure de celle-ci dans les cadres même du travail effectué par les ouvriers. Dans l'économie de l'information, les TIC élargissent, pour ainsi dire, le temps de travail au temps de non travail de sorte qu'on n'arrive plus à distinguer ce dernier du processus de production.

Le contexte dans lequel surgit une telle réorganisation du travail, au-delà des effets que peuvent engendrer les TIC, peut s'expliquer par les mécanismes de régulation sociale et économique propre à l'économie de l'information. À l'instar de ce que disait Tremblay, rappelons que l'organisation du travail fordiste-keynésiste (qu'il qualifie seulement de «fordiste») était également déterminée par un «mode de régulation sociale» et une «norme de consommation», et que l'analyse des transformations de ceux-ci est nécessaire pour comprendre l'économie de l'information[252]. Tel qu'il l'indique, l'analyse

---

[251] *Ibid*., p. 292.

[252] Gaëtan Tremblay, «La société de l'information : du fordisme au gatesisme», article cité.

de l'économie de l'information passe par la compréhension des enjeux macroéconomiques qui s'y dégagent :

> Il ne suffit pas d'identifier un produit ou une technique. Il faut montrer comment se réorganise le travail, comment se mettent en place de nouveaux modes de régulation sociale, comment se développent de nouveaux usages et se constitue un nouveau marché de la consommation[253].

C'est pourquoi il suggère, comme hypothèse de travail, que l'organisation actuelle du travail soit qualifiée de «gatesiste», en référence à Bill Gates, président de Microsoft, pour spécifier l'organisation du travail propre à l'économie de l'information. Le gatesisme, pour Tremblay, se développerait par une accélération de la privatisation et de la déréglementation, donc par la remise en question du fordisme-keynésisme. Tremblay pense que nous assistons à une réorganisation du travail où «l'emploi vivant» tend à disparaître au bénéfice de l'automatisation généralisée. Il souligne l'affaiblissement des syndicats et le retrait de l'État fordiste-keynésiste dans l'économie, entraînant ainsi un nouveau mode de régulation sociale et une nouvelle norme de consommation ainsi que nous le soulignions plus haut. L'utilisation des TIC engendrerait de ce fait, outre une forme organisationnelle en réseau tel que le pense Castells, une modification dans le rapport marchand, comme l'affirmait déjà en 1989 Ait El Hadj Smail :

> Nous percevons là une évolution profonde de la relation au produit des entreprises et des clients, qui est une véritable révolution culturelle, qui ne consiste pas simplement à admettre que l'évolution actuelle aboutit à mettre de plus en plus de services autour des produits, mais de considérer que son *produit est un concept*, qu'il remplit une *fonction* particulière, que c'est cela que le client achète avec l'adaptation précise de cette fonction à son problème. Les spécificités matérielles des produits, la nature et la quantité de services qui doivent l'accompagner deviennent un tout, réglé sur une logique qu'on peut formuler ainsi : *quel est le niveau de satisfaction attendu par le client ?*[254]

---

[253] *Ibid*., p. 147.

[254] Ait El Hadj Smail, *L'entreprise face à la mutation technologique*, Paris, Éditions d'Organisation, 1989.

Devant ces bouleversements de l'organisation du travail dans le cadre de l'émergence de la société de l'information, de nombreux questionnement surgissent sur les mécanismes de génération de gains de productivité, fondamentaux par rapport à la croissance économique tel que nous l'avons souligné plus haut dans ce chapitre lorsque nous avons fait état de l'histoire du concept et de la mesure de la productivité dans l'économie.

1.4.4 Le paradoxe de productivité dans les activités tertiaires et informationnelles

Le problème fondamental sur lequel nous nous sommes penchés plus haut est lié, d'une part, aux changements socioéconomiques induits par la passage à la société de l'information et, d'autre part, aux enjeux et problèmes macroéconomiques posés par les nouvelles conditions de mise en productivité à la base de l'affirmation d'une «nouvelle société». L'analyse de celle-ci par les sociologues et économistes a révélé, déjà dans les années soixante tel que nous l'avons vu, des problèmes de taille en ce qui concerne la conception et la mesure néoclassique de la productivité. Certains économistes ont proposé d'intégrer de nouveaux facteurs de production dans la fonction néoclassique de productivité. Rappelons à ce sujet les efforts de Solow, de Machlup et de Porat sur la possibilité de quantifier le progrès technique, le savoir ou l'information. Toutes ces conceptions demeurèrent cependant enfermées dans une logique quantitative, dans un paradigme de la croissance économique comme dirait Gadrey[255], où n'était considérée que la variation marginale des différents facteurs de production. Or, tel que nous l'avons indiqué plus haut, l'économie des services et / ou de l'information rendent caducs le concept et la mesure de la productivité néoclassiques. Ce qui appelle directement à la reformulation du paradigme de la croissance économique construit par les néoclassiques qui étaient confrontés, à notre avis, à un type d'économie qualitativement différent de celle dans laquelle nous sommes entrés. Comme le souligne Castells :

> [...] à une économie informationnelle nouvelle, doivent correspondre des sources spécifiques de productivité. Or les avis divergent fortement sur ce point : peu de problèmes économiques sont en effet plus discutés et discutables que les causes de la productivité et de sa croissance[256].

---

[255] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, Paris, Flammarion, 2001, p. 50.

[256] Manuel Castells, *La société en réseaux. L'ère de l'information*, ouvrage cité, p 95.

Le problème de la productivité subsiste encore aujourd'hui, comme en témoigne l'abondante littérature des années quatre-vingt-dix dans laquelle on parle d'un «paradoxe de la productivité». Ce paradoxe représente toute la difficulté d'une mesure de la productivité fondée sur le modèle néoclassique et marginaliste dans le cadre de l'économie de l'information. On peut penser que celle-ci met en jeu des phénomènes beaucoup plus complexes que ce à quoi font références les modèles néoclassiques de la productivité. Déjà en 1980, Pebereau annonçait les obstacles dont la science économique devra s'affranchir pour tenir compte des différentes composantes de la «production» dans la «nouvelle société» :

> La mesure de l'information, de sa quantité, de son prix, son intégration dans le produit national brut poseront d'immenses problèmes à l'économiste, qui devra aussi acquérir les compétences du linguiste et du physicien pour comptabiliser correctement l'information dans la croissance[257].

Le paradoxe de productivité soulevé au cours des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix, que Denison qualifiait plutôt de «mystère de la productivité[258]», illustre bien ce que Pebereau affirmait au sujet de la difficulté des économistes à mesurer la productivité. On constatait que les TIC, comme facteur central de la nouvelle économie, n'apportaient pas les gains de productivité espérés. Ce qui s'avérait contradictoire avec les visions les plus optimistes de la nouvelle économie qui annonçaient, rappelons-le, l'avènement d'un nouveau procès de croissance de la productivité.

Comme le souligne Rallet[259], les études sur le paradoxe de productivité révèlent globalement trois explications à ce problème : des explications de nature mathématique liées à la mesure de la productivité, des explications de nature économique liées au détour

---

[257] Georges Pebereau, «Impact de l'informatique sur la compétitivité des entreprises industrielles», article cité, p. 46.

[258] Edward Fulton Denison, *Estimates of productivity change by industry : an evaluation and an alternative*, ouvrage cité.

[259] Alain Rallet, «L'efficacité des technologies de l'information et de la communication à l'étape des réseaux», dans Marie-Christine Monnoyer-Longé (sous la direction), *L'entreprise et l'outil informationnel*, ouvrage cité, p. 85-106.

de production[260] et des explications de nature sociologique à comprendre dans le processus d'informatisation sociale.

Premièrement, tel que le montre Rallet, le paradoxe de la productivité résulterait d'un problème de mesure qui repose sur la difficulté de mettre en rapport et de quantifier les nouveaux facteurs de production propres à l'économie de l'information, tels que le savoir et l'information[261]. Deuxièmement, le paradoxe de la productivité peut avoir pour origine, ainsi que le souligne Rallet à la lumière des travaux s'y étant déjà intéressés[262], le fameux détour de production selon lequel les gains de productivité ne se manifesteraient qu'à long terme à la suite de l'intégration progressive de l'informatique dans les pratiques organisationnelles du travail[263]. Conçu comme tel, le paradoxe de la productivité s'expliquerait par la lenteur que prennent les technologies à s'imposer, à se ramifier, dans les différentes pratiques. Les investissements en informatique ne deviendraient donc rentables qu'au terme d'une formation avancée des usages. Troisièmement, Rallet explique que la paradoxe de la productivité peut relever de facteurs sociologiques sur lesquels Paul Attewell[264] s'est penché. Pour Attewell, ainsi que le souligne Rallet,

---

[260] Mentionnons que la notion de détour de production a inspiré de nombreuses conceptions de la productivité autant chez les classiques que chez les néoclassiques, voire même chez les économistes plus contemporains. Par ce détour de production , on conçoit le rôle fondamental du capital dans la quête de productivité, par l'idée selon laquelle il est davantage bénéfique pour l'entreprise d'augmenter la quantité de moyens de production pour produire encore plus et obtenir, proportionnellement, un profit plus élevé, notamment par la baisse unitaire des coûts de production. Les néoclassiques, avec les marginalistes, ont tenté de mettre en application une méthode formelle, tirée des mathématiques, pour anticiper un rendement issu d'un détour de production. Eugen Von Böhm Bawerk évoqua à ce sujet la possibilité pour le capitaliste de prendre en compte le facteur temps dans sa quête de productivité. Cf Eugen Von Böhm Bawerk, *Capital and Interest*, New York, A.M. Kelly, 1970 (édition originale en 1890).

[261] *Ibid*., p. 90-91.

[262] Paul David, «Computer and dynamo in OCDE», in *Technology and Productivity : The Challenge for Economic Policy*, 1991 ; Eric Brynjolfsson et Loren Hitt, *New evidence on the returns to information systems*, MIT Sloan School, October 1993 ; Diane D. Wilson, «IT investment and its productivity effects : an organizational sociologist's perspective on directions for future research», paper presented at the international workshop on *The productivity impacts of information technology investment*, Charleston (South Carolina), November 11-13, 1993, cités dans Alain Rallet, «L'efficacité des technologies de l'information et de la communication à l'étape des réseaux», dans Marie-Christine Monnoyer-Longé (sous la direction), *L'entreprise et l'outil informationnel*, ouvrage cité.

[263] Alain Rallet, *Ibid*., p. 91-94.

[264] Paul Attewell, «Why productivity remains a key measure of IT impact», paper presented at the international workshop on *The Productivity Impacts of Information Technology Investment*, Charleston (South Carolina), November 11-13, 1993, cité dans *Ibid*.

l'informatisation peut être la source d'«effets pervers» engendrés par la reconfiguration des processus de communication et d'information qu'exige l'implantation des TIC. Ainsi, selon cette explication, l'organisation du travail accompagnant le déploiement de l'informatique contribuerait à détourner les gains potentiels de productivité d'une entreprise par le déploiement d'une dynamique non entièrement prévue et contrôlée par les gestionnaires[265].

Au-delà de ce paradoxe de productivité, nous pensons plutôt qu'il faut sortir de ce dialogue productivité / improductivité pour réfléchir plus globalement sur la pertinence de cette conception néoclassique et marginaliste pour tenir compte de la réalité des activités tertiaires. Il ne s'agit donc plus de se questionner sur les conditions d'obtention de gains de productivité, mais de prendre distance vis-à-vis une conception «matérialiste», quantitative, de la croissance économique[266]. On peut penser que l'économie actuelle, celle que nous avons tenté de cerner au cours des points précédents, se fonde sur une logique qualitativement différente de celle qui caractérisait le fordisme-keynésisme, compte tenu de la centralité du savoir et de l'information. En conséquence, toute mesure de la productivité établie dans les cadres du raisonnement néoclassique et marginal ne peut qu'être incorrecte, car la forme productive à laquelle les sociétés les plus industrialisées sont actuellement confrontées relève d'une réalité autre que celle sur laquelle les économistes néoclassiques et plus contemporains, à partir de Solow, se sont penchés. Cela est d'autant plus problématique pour les néoclassiques que ceux-ci continuent à réfléchir sur l'économie de l'information sans redéfinir les postulats qui sous-tendent le concept de productivité, comme le souligne de façon éloquente Pebereau :

> La science économique vit sans doute aujourd'hui aussi sur des concepts démodés de la notion de production, d'abord ceux qui ont été élaborés par les fondateurs, à la fin du XVIIIe siècle, à l'aube de la révolution industrielle, ensuite ceux qui ont été forgés au moment de la Grande Dépression il y a plus de quarante ans. Mais, alors que les transformations de la société et de l'industrie n'ont jamais été plus nombreuses que pendant la Grande Croissance de l'après deuxième guerre mondiale, des concepts nouveaux ne sont pas clairement

---

[265] Paul Attewell, «L'informatique et le paradoxe de productivité», *Le communicateur*, no. 17, 1992, p. 1-27.

[266] Ici, nous nous inscrivons en parfait accord avec la position de Gadrey sur la productivité dans les activités tertiaires et informationnelles (*Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité. ; *Services : la productivité en question*, ouvrage cité. ; et *L'économie des services*, ouvrage cité.).

> apparus pour remplacer la vieille abstraction de l'acte productif vu comme transformation énergétique de la matière par le couple homme-machine[267].

Cette problématique liée à la conception néoclassique et marginaliste de la productivité vaut également pour les services de soins, qu'ils soient conventionnels ou informatisés. On peut en effet penser que les conceptions de la productivité des économistes néoclassiques, qui ont été reprises par les gestionnaires et les décideurs de la «nouvelle économie», se sont encastrées dans un paradigme de la croissance économique dépassé par la réalité à laquelle on a tenté de les appliquer.

1.5 L'ANALYSE NÉOCLASSIQUE DE LA SANTÉ AU PROBLÈME DE LA PRODUCTIVITÉ DES SERVICES CONVENTIONNELS ET INFORMATISÉS DE SOINS

1.5.1 La santé saisie par les économistes : un point de départ

Le «droit à la santé» institutionnalisé à partir des années soixante au Québec a tôt fait de préoccuper les économistes et gestionnaires, compte tenu des enjeux budgétaires que cela posait. C'est dans ce contexte que les services de soins devenaient un problème économique qui nécessitait qu'on s'y attarde du fait de l'accroissement des dépenses (surtout publiques) leur étant affectées. Cette croissance des dépenses publiques de santé a tôt fait de conduire plusieurs, surtout dans le contexte de la crise des années soixante-dix sur laquelle nous avons insisté plus haut dans ce chapitre, à affirmer la «nécessité», d'augmenter la productivité globale du système sociosanitaire pour contrôler les dépenses publiques de santé non pas seulement en les stabilisant mais en les réduisant. Il s'agissait ainsi de trouver une solution pour y parvenir, en minimisant, si faire se peut, l'impact sur l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population. D'où la pertinence de l'analyse néoclassique à cet égard, qui avait commencé à poser un regard sur les services de soins.

---

[267] Georges Pebereau, «Impact de l'informatique sur la compétitivité des entreprises industrielles», article cité, p. 45.

1.5.1.1 Les principaux questionnements de l'économie de la santé

L'analyse économique de la santé est à la fois ancienne et récente. Elle est ancienne, car elle puise ses présupposés dans le type de science économique construit par les économistes néoclassiques, et récente, car les économistes ne se sont intéressés à la santé qu'à partir des années soixante. Leur analyse repose sur la science économique néoclassique, celle sur laquelle nous avons insisté plus haut dans ce chapitre. Comme le souligne André-Pierre Contandriopoulos, il s'agissait de réutiliser les modèles néoclassiques aux services de soins pour à terme freiner la croissance des dépenses publiques de santé :

> Au début des années 60, les économistes ont commencé, face à la croissance des coûts de la santé, à appliquer leurs modèles au domaine de la santé pour tenter d'en comprendre le fonctionnement et de proposer des moyens pour ralentir sa croissance[268].

Pour d'autres, comme François Stendler, ce type d'analyse est apparu dans le but de justifier non pas uniquement la stabilisation des dépenses publiques de santé mais la rationalisation de celles-ci :

> Depuis quelques années, des études visant à rationaliser les choix en matière de santé se développent : analyse coûts-avantages, recherche opérationnelle, R.C.B. (rationalisation des choix budgétaires)[269].

Que ce soit pour les stabiliser ou pour les réduire, on constate dans la littérature sur le sujet que le secteur de la santé a commencé à devenir un objet de réflexion pour les économistes, les gestionnaires et les décideurs politiques, à partir du moment où, tel que nous le soulignions plus haut, les gouvernements prirent conscience de son poids considérable dans les dépenses publiques, comme le souligne Sophie Béjean :

> Les raisons invoquées [pour justifier l'analyse économique de la santé] en sont la croissance des dépenses, la part croissante de la santé dans le budget de la nation... la «crise» du système de santé, de la

---

[268] André-Pierre Contandriopoulos, «Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale*. *L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 454.

[269] François Stendler, *Sociologie médicale*, Paris, A. Colin, 1972, p. 65.

> Sécurité Sociale, de l'État-providence. C'est devenu maintenant un lieu commun de justifier le bien-fondé d'une approche économique en ces termes [...][270].

L'effort des économistes de la santé consista donc, au cours des années soixante, à étudier de façon générale l'allocation des ressources dans le système sociosanitaire. Pour y parvenir, ils ont mis au point différents modèles d'analyse du domaine de la santé[271] dans le but, notamment, d'associer un coût à la maladie et aux soins. Pour ce faire, les économistes ont mis au point des analyses économétriques - de type néoclassiques[272] - dans le but de déterminer un rendement optimum du système sociosanitaire. Le rendement optimum implique la prise en compte de la productivité marginale des facteurs mis à contribution dans le système sociosanitaire - tels que le personnel soignant, les technologies, les infrastructure, etc. - dans l'objectif de réduire au minimum les coûts des services de soins. Ce qui se conjugue avec la possibilité de traiter le plus de patients possible dans un temps donné avec des ressources financières et humaines les plus limitées possible.

Ce qui invite à la nécessité de gérer le système sociosanitaire qui s'est construit, depuis le fordisme-keynésisme, comme une véritable industrie. Cette industrialisation progressive du système sociosanitaire constitue le phénomène marquant de l'apparition de l'analyse économique de la santé, compte tenu de la pénétration massive de «facteurs de production» (équipements technologiques de type thérapeutique[273], médicaments, travailleurs de la santé, etc.) sur le marché de la santé. Les économistes et gestionnaires ont pris conscience à ce moment des enjeux économiques et financiers énormes que posait le financement du système sociosanitaire fordiste-keynésiste. Il fallait donc gérer

---

[270] Sophie Béjean, *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Paris, Économica, 1994, p. 1.

[271] Pour les différentes perspectives de l'économie de la santé, voir Charles Phelps, «Perspective in Health Economics», *Health Economics*, 4, 1995, p. 335-353.

[272] Pour une excellente analyse de la transposition du modèle néoclassique au champ de la santé, voir Sébastien Darbon et Alain Letourmy, «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ?», *Sciences sociales et santé*, no. 2, mars 1993, p. 31-77.

[273] Comme le montre Maurice McGregor, ce sont principalement les technologies thérapeutiques, davantage que les technologies de diagnostic, qui occupent une place importante dans les coûts totaux de l'équipement technologique dans le domaine de la santé («L'impact de la technologie sur le système sociosanitaire», dans *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie* [sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin], ouvrage cité, p. 385-404).

de façon plus efficace les services de soins, par l'introduction de ce que Renaud nomme une «logique productiviste» en santé qui s'inspire de la logique industrielle capitaliste :

> [...] un nouveau vocabulaire apparaît, vocabulaire technocratique dont le dénominateur commun est la reconnaissance du fait que le système de soins est une industrie et doit en conséquence être géré comme une industrie efficace, c'est-à-dire en fonction de décisions administratives fondées sur des critères statistiques de rendement et de productivité. [...] dans les journaux, on recycle sans attendre le vocabulaire industriel. Les manchettes de journaux nous font part de «coupures budgétaires» dans les hôpitaux, des «contraintes budgétaires» des établissements de soins et des non-renouvellements de poste qui en découlent, de la «fusion» de tel ou tel service hospitalier, ou encore du changement de «vocation» de tel ou tel hôpital ou service[274].

C'est entre autres dans ce contexte que l'hôpital fut conçu comme une véritable entreprise, c'est-à-dire un «hôpital-entreprise» tel qu'Émile Lévy y faisait référence dans les années soixante-dix en référence aux modèles d'analyse organicistes qui conçoivent l'hôpital comme une entité cherchant à atteindre une performance, que ce soit par la «maximisation des quantités produites», la «maximation de la qualité» ou la «maximisation jointe de la quantité et de la qualité»[275]. Pour Lévy, ces conceptions s'avèrent problématiques du fait qu'elles assimilent l'hôpital à une entreprise qui cherche à maximiser son utilité[276]. Ainsi, on conçoit l'hôpital comme une entreprise qui vise à maximiser sa productivité dans l'atteinte d'un optimum. D'où l'importance, dans ce type d'organisation, d'un *manager* dont le rôle consiste à gérer l'hôpital comme une entreprise, comme le laisse entendre Béjean :

> Le développement des analyses de la production hospitalière en termes d'entreprise et de marché privilégie la recherche d'une fonction de coût, élément essentiel d'un raisonnement en termes de tarification optimale. [...] L'hôpital est considéré comme une entité dont les caractéristiques permettent de l'assimiler à une entreprise. Cette unité de production est dirigée par un administrateur : son rôle

---

[274] Marc Renaud, «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique"», dans Luciano Bozzini, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff (sous la direction), *Médecine et société. Les années 80*, Montréal, Éditions coopératives A. Saint-Martin, 1981, p. 524.

[275] Émile Lévy, «L'hôpital est-il une entreprise ?», *Revue française de gestion*, p. 20-21.

[276] *Ibid*., p. 21.

de “*manager*” l’amène à rechercher la performance de l’entreprise[277].

Ce qui, tel que nous le verrons plus loin, n’est pas sans engendrer plusieurs problèmes comme l’ont montré Guisset, Sicotte, Leclerq et D’Hoore pour qui la performance d’un hôpital doit forcément tenir compte de plusieurs facteurs qui dépassent la simple dimension économique[278]. Pourtant, l’analyse néoclassique et marginaliste de la productivité - ou de la performance - des hôpitaux ne semble pas en tenir compte, puisqu’on conçoit l’hôpital comme une manufacture qui produit des quantités de soins, avec des ressources données, modelées par un marché de la santé sur lequel il y a rencontre d’une offre et d’une demande de soins.

1.5.1.2 L’analyse des comportements, des «rationalités»

L’analyse néoclassique des comportements des acteurs, qu’ils soient patients ou professionnels de la santé, démarre sur une analyse d’un marché de la santé. C’est à partir de celui-ci que les économistes tentent de prévoir le comportement des acteurs à l’aide du principe de l’offre et de la demande. Comme nous venons de le voir, les économistes postulent que les professionnels de la santé et les patients sont guidés par une rationalité économique étroite dans leurs comportements, par le biais de laquelle ils tenteront de maximiser leurs intérêts, leur utilité respective. Cela implique, pour les patients, qu’ils augmentent leur «capital-santé[279]», et pour les professionnels de la santé, qu’ils augmentent leurs bénéfices, leur profit. De ce fait, les professionnels de la santé sont considérés comme des entrepreneurs individuels, des producteurs de services de soins, motivés par des intérêts égoïstes. Si ce modèle a pu être à maintes reprises remis en question[280], d’autres économistes[281] ont toutefois spécifié que la rationalité des acteurs

---

[277] Sophie Béjean, *Économie du système de santé. Du marché à l’organisation*, ouvrage cité, p. 44.

[278] Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D’Hoore, «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», article cité.

[279] Il s’agit ici d’une conception voulant que les individus agissent en toute rationalité pour augmenter leur degré de santé (leur utilité) à des fins économiques puisqu’ils pourront vendre leur force de travail sur un marché. Voir à ce propos Michael Grossman, *The Demand for health : A Theoretical and Empirical Investigation*, New York, Columbia University Press (For N.B.E.R.), 1972.

[280] Sébastien Darbon et Alain Letourmy, «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d’inspiration néo-classique ?», article cité.

[281] C’est le cas entre autres de Charles Phelps qui souligne que «le plus éphémère contact avec ce secteur de

dans la relation de services de soins est différente de la rationalité des acteurs sur le marché traditionnelle d'échange de biens de consommation, compte tenu de la répartition inégale de l'information. En effet, si le personnel soignant agit en toute rationalité auprès du patient, celui-ci ne possède pas toutes les informations lui permettant d'agir en toute rationalité. Il en est ainsi compte tenu du fait que le médecin, par exemple, possède plus de connaissances médicales que le patient qui consulte pour un trouble de santé dont il ignore souvent la source et le traitement approprié. C'est donc dire que la rationalité du patient n'est pas aussi étroite que le prétendent certains économistes néoclassiques. II est par conséquent plus pertinent de parler d'une rationalité, non pas «substantielle», mais «procédurale», dans le sens où l'économie des conventions y fait référence depuis que Herbert A. Simon en a fait l'analyse[282]. À la différence de la rationalité substantielle, la rationalité procédurale relativise la portée de la rationalité des acteurs en limitant la décision - c'est-à-dire le comportement - des acteurs à un ensemble de choix disponibles. L'acteur aurait donc la «liberté» d'opter pour telle ou telle alternative en fonction d'une anticipation relative d'un résultat à venir[283].

Bien que le concept de rationalité procédurale proposé par le courant théorique de l'économie des conventions paraisse plus adapté à la réalité du comportement des acteurs par rapport à la santé, nous pensons que ce raisonnement n'arrive toutefois pas à sortir de l'héritage théorique laissé par l'École néoclassique. En effet, admettre que les acteurs agissent en fonction d'une rationalité, même limitée, c'est accepter de concevoir les relations de soins comme des interactions où entrent en jeu des objectifs de maximisation des intérêts. Vue sous cet angle, la demande de soins serait le résultat de la décision d'un individu d'augmenter son «capital-santé». Ce qui est réducteur de la complexité de la demande de soins qui interpelle un questionnement davantage anthropologique, voire

---

l'économie suffit pour se convaincre qu'il est éminemment différent des autres. Souvent, cette différence est si grande qu'on se demande si ce que l'on a appris des systèmes économiques et des marchés dans d'autres domaines de l'économie s'applique, même en partie, à l'étude de la santé. Pour dire les choses plus simplement : est-il possible de se comporter en «acteur économique rationnel» sur le marché des services de soins» (*Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union, 1995, p. 11). Bien que Phelps ne réponde pas formellement à l'interrogation qu'il formule, la suite de son analyse indique qu'effectivement le système de santé peut être analysé avec les outils forgés par la science économique néoclassique, ce qui inclut donc les services de soins.

[282] Herbert A. Simon, «From substantive to procedural rationality», dans Spiro J. Latsis, *Method and Appraisal in Economics*, New York, Cambridge University Press, 1976.

[283] Voir entre autres Sophie Béjean, *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, ouvrage cité, p. 3-4.

philosophique, social et politique, sur la santé, la maladie et sur ce qui conduit les individus à demander des soins.

Par ailleurs, cette demande de soins, qu'elle soit le résultat d'une décision rationnelle ou pas, ne répond pas tout à fait aux mêmes impératifs que la demande classique de biens matériels sur un marché de consommation. C'est ce que plusieurs économistes ont souligné, dont Phelps en référence au principe d'asymétrie des connaissances[284]. Celle-ci explique que le médecin possède beaucoup plus d'informations que le patient, lequel s'en remet au jugement et à la bonne volonté du médecin. À l'inverse, le patient en sait forcément plus sur la nature et la façon dont il vit le trouble de santé pour lequel il consulte. Selon les économistes de la santé, une telle asymétrie des connaissances conduit les acteurs en relation (médecins et patients) à adopter des comportements différents par rapport à une situation classique où le producteur (le capitaliste dans la terminologie néoclassique) et le consommateur détiennent la même information, comme l'ont expliqué les économistes néoclassiques à la suite de Walras[285]. Il y aurait ainsi une asymétrie entre le niveau d'information du médecin et du patient, en faveur des premiers qui sont placés en situation de «pouvoir discrétionnaire». Ce qui, pour certains économistes de la santé, a des conséquences directes sur l'inflexion de la demande de soins[286].

À ce principe d'asymétrie des connaissances s'ajoute la notion d'incertitude[287] qui, selon Phelps, représente le caractère généralement accidentel de la demande de services de soins. Cette demande résulte dans la plupart des cas d'un acte imprévisible de la part du patient qui consulte suite à l'arrivée d'une maladie, d'un accident, d'un malaise, etc. Il peut également arriver que le patient consulte uniquement dans le but de prévenir

---

[284] Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, ouvrage cité, p. 15-18.

[285] Mentionnons toutefois que cette répartition de l'information est très discutable, puisque l'information n'est pas le seul déterminant de la relation entre un usager et un prestataire. Il existe, comme la sociologie l'a très bien montré, une grande part d'irrationalité dans les échanges et relations sociales. Le postulat d'égalité de l'information relève, tel que nous l'avons vu plus haut, du modèle économique néoclassique, principalement walrassien, dans lequel l'information oriente le prix d'équilibre issu de la rencontre d'une offre et d'une demande «rationnelles» et équilibrée.

[286] Sébastien Darbon et Alain Letourmy, «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ?», article cité, p. 46 et suivantes.

[287] Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, ouvrage cité, p. 15.

la maladie. C'est pourquoi, selon Phelps, la demande de soins est avant tout incertaine, voire imprévisible. En ce sens, le patient n'a pas entièrement le contrôle de son état de santé et donc de sa volonté de consultation (de consommation pour les économistes de la santé). D'où le rôle que pourront jouer, selon l'État, les télésoins au niveau de l'incertitude qui peut être surmontée pour faire en sorte que les patients consultent (consomment) moins.

Mentionnons également la présence d'externalités en santé qui, selon les économistes de la santé, réfèrent à la possibilité d'étendre les effets de la maladie que subit un individu à d'autres individus. Phelps mentionne à ce sujet les maladies transmissibles sexuellement ou les maladies contagieuses qui, en plus d'engendrer des coûts pour un patient donné, peuvent se propager chez d'autres individus pour entraîner par le fait même d'autres coûts[288]. Tel est également le cas pour les vaccins, comme le souligne Phelps, susceptibles de faire apparaître une résistance aux remèdes qui nécessitera à terme d'autres vaccins et, par conséquent, une augmentation des coûts.

Bref, l'important ici est surtout de constater qu'à la différence du marché traditionnel de biens matériels de consommation, c'est-à-dire classique, le marché de la santé, si tant est qu'on puisse vraiment parler d'un marché dans ce cas, est fondé sur des principes qui rendent l'application de l'analyse économique néoclassique à ce secteur problématique, voire hasardeuse. Les moyens par lesquels on pense actuellement augmenter la productivité dans le système sociosanitaire ont justement pour effet de transformer les conséquences économiques des principes soulevés par Phelps par un contrôle des incertitudes, de l'asymétrie des connaissances et même des externalités. Mentionnons à titre d'exemple les projets d'auto-soin où l'information est mise à disposition des patients en leur permettant d'assurer eux-mêmes une partie du service médical dont ils ont besoin. Ce qui contribue à diminuer les coûts de la prise en charge de la maladie tout en réduisant l'incertitude associée aux visites «préventives» chez le médecin. Il est à cet égard pertinent de s'interroger sur la qualité des soins dans un tel contexte. Nous y reviendrons.

On constate donc que l'analyse de la santé en termes de marché modifie la perspective d'appréhension du système sociosanitaire. D'enjeu social, la santé devient un enjeu économique à partir du moment où l'on admet qu'il existe un marché de la santé

---

[288] *Ibid*., p. 18.

dans lequel se présentent des producteurs (le personnel soignant) et des consommateurs (les patients) qui font des choix rationnels. Dès lors, en suivant le raisonnement économique néoclassique, chaque individu vise à maximiser son utilité dans l'atteinte d'un optimum.

1.5.1.3 La demande induite par l'offre

L'analyse du secteur de la santé en termes de marché implique que soient pris en compte tous les comportements des producteurs (le personnel soignant) et des consommateurs (les patients usagers du système sociosanitaire). La prise en compte de ces comportements s'effectue, chez les économistes de la santé, dans un but précis : déterminer un certain «prix d'équilibre» pour tel ou tel type de soin. Pour y arriver, l'analyse de l'offre de santé et de la demande de santé est par conséquent pertinente pour les économistes de la santé - néoclassiques -, car elle détermine les moyens à prendre pour favoriser ce fameux «prix d'équilibre».

Ainsi, selon ces économistes, le marché de la santé possède, tel que nous l'avons vu plus haut, une logique particulière selon laquelle l'offre (représentée par le personnel soignant et les institutions médicales) stimule elle-même la demande (les patients-consommateurs), ce qui est tout à fait conforme à la loi de Say que nous avons expliquée plus haut, tel que le souligne Lambert en ces termes :

> L'expression est aujourd'hui courante de «loi de Say hospitalière» pour expliquer que la création d'un hôpital, son extension et son acquisition d'équipements lourds suscitent inéluctablement une demande d'accès aux nouveaux traitements. Plus encore, l'analyse de la demande induite est étendue à la médecine ambulatoire, pour expliquer comment, même en présence d'une densité médicale excessive, l'ouverture de nouveaux cabinets susciterait un élargissement de clientèle[289].

Ainsi, suivant cette conception, une consultation chez le médecin de la part d'un patient va nécessairement entraîner, ainsi que le pensent les économistes de la santé qui sont aussi des économistes de l'offre[290], des prescriptions de médicaments ou l'utilisation

---

[289] Denis-Clair Lambert, *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, ouvrage cité, p. 47-48.

[290] Les économistes de l'offre sont ceux qui, depuis plus de vingt ans, s'appuient sur la conception

de technologies (diagnostiques ou thérapeutiques) lesquels engendrent par conséquent des coûts. Suivant ce raisonnement néoclassique, c'est donc le personnel soignant, principalement le médecin, qui serait à l'origine d'une deuxième demande déterminée par la demande initiale du patient à l'égard des soins dont il a besoin («dit avoir besoin», selon les économistes néoclassiques). Dit autrement, comme l'indique Lambert, la loi de Say hospitalière montre que l'accroissement de l'offre va spontanément entraîner une augmentation de la demande :

> [...] il apparaissait que l'accroissement du nombre de médecins était suivi d'une augmentation du recours aux soins, de leurs prix et du revenu des médecins[291].

Phelps souligne la même chose en disant que les décisions des médecins déterminent, à terme, la variation de la demande et par le fait même la croissance des coûts du système sociosanitaire :

> Significativement, ses désisions [celles des médecins] affectent non seulement les dépenses le concernant, mais aussi celles des hôpitaux, de la plus grande partie des médicaments et appareillages, et au moins d'une part de la catégorie des «divers autres» (incluant principalement les soins de longue durée)[292].

Pour Lévy, cette demande de soins est également stimulée par les progrès techniques en médecine qui conduiront à l'institutionnalisation d'une nouvelle offre de soins qui contribuera à la manifestation d'une nouvelle demande de soins :

> Tout progrès des techniques médicales qui se traduit par une offre de services hospitaliers nouveaux révèle des besoins latents (dialyse rénale) et «appelle» une demande équivalente à l'offre nouvelle jusqu'à ce qu'une certaine saturation se manifeste[293].

économique de Say pour justifier leur critique de l'économie keynésienne (de la demande) en montrant que les politiques économiques doivent d'abord et avant tout s'orienter vers le contrôle et la régulation de la demande et non de l'offre.

[291] Denis-Clair Lambert, *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, ouvrage cité, p. 55.

[292] Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, ouvrage cité, p. 54.

[293] Emile Lévy, «L'hôpital est-il une entreprise ?», article cité, p. 11.

Les premières analyses de l'offre et de la demande remontent à Robert G. Evans qui fut l'un des premiers, en 1974, à mettre en évidence comment la demande de soins est modelée par une offre de soins[294]. Ce qui justifiait peu à peu à cette époque les politiques restrictives qui sont apparues à partir de la fin des années soixante-dix et au cours des années quatre-vingts, où les restrictions budgétaires dans le domaine de la santé provenaient d'une **décision politique** de réduire les dépenses publiques de santé par une diminution de l'offre de services de soins, ce qui avait logiquement pour effet de diminuer la croissance des coûts associés au système sociosanitaire. La tentative de réduire la demande de soins s'est concrétisée par la diminution des lits d'hôpitaux, des soins de longue durée, des établissements sanitaires, du personnel soignant, etc. Mais cette réduction de la demande ne s'est faite qu'artificiellement, c'est-à-dire dans un but économique précis qui consistait à rendre le système sociosanitaire moins coûteux, même au détriment de l'accessibilité et de la qualité des services de soins offerts à la population. Le leitmotiv consistait dès lors à offrir le maximum de soins avec des ressources (financières et humaines) les plus restreintes possible, ce que les économistes de la santé mesuraient à l'aide d'une fonction de production de type néoclassique.

1.5.1.4 La fonction de production de santé

La fonction de production néoclassique appliquée aux services de soins, au même titre que son utilisation dans le cadre de l'analyse de la productivité des entreprises, sert à quantifier l'ensemble des facteurs de production mis à contribution dans le cadre d'un service de soins, sous le rapport *input* / *ouput*. Rappelons-nous que ce rapport engendrait plusieurs problèmes de conceptions dans le cadre de l'économie des services et de l'économie de l'information. Problèmes qui trouvaient leur origine dans la difficulté de distinguer, d'une part, des quantum physiques d'objets servant à catégoriser et standardiser les *inputs* et les *outputs* et, d'autre part, dans la difficulté de déterminer la valeur des intangibles caractérisant les activités tertiaires et informationnelles dès lors qu'elle ne s'imposait pas techniquement[295].

---

[294] Robert G. Evans, «Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications», Mark Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, Proceedings of a Conference held by the Internationale Economic Association, Tokio, 1974, p. 162-173.

[295] Jean Gadrey, *L'économie des services*, ouvrage cité, p. 76.

Pour les économistes de la santé, les *inputs* et les *outputs* dans le domaine de la santé sont nombreux. Parmi les *inputs*, on retrouve les établissements sanitaires, les équipements technologiques, les professionnels de la santé, les médicaments, etc. Les *outputs*, quant à eux, représentent le nombre de cas traités dans un temps donné, la quantité d'admissions et d'hospitalisations.

Les économistes de la santé analysent ces *inputs* et *outputs* dans le cadre de la fonction de production qui pose chaque *input* par rapport à son rendement marginal dans une combinaison d'*inputs* donnée. Le but consiste alors à mesurer à la marge le rendement de chaque *input* pour voir s'il est avantageux, sur le plan économique, d'augmenter sa quantité. Voici comment cette démarche économique peut être appliquée à la santé, selon Paul Joseph Feldstein :

> La santé peut-être [sic] produite en utilisant différentes combinaisons d'intrants. On admet dans les études expérimentales de fonctions de production de santé que les rapports estimatifs sont techniquement efficaces ; c'est à dire [sic] que les intrants produisent l'extrant maximum possible. Mais ce qui intéresse l'économiste (et le décideur), c'est de déterminer la combinaison d'intrants la plus efficace, c'est à dire [sic] la moins chère, pour produire l'extrant : la santé. Avant de pouvoir déterminer cette combinaison la moins chère pour atteindre un niveau de santé donné, il faut déterminer la fonction de production pour la santé. Une fois celle-ci déterminée et une fois que les estimations ont été développées pour les effets marginaux de chacun des intrants sur la santé, on peut faire des comparaisons entre les dépenses croissantes sur différents intrants. La méthode d'attribution de ressources pour améliorer la santé peut-être perfectionnée une fois que l'information est connue sur deux points : les coûts relatifs des différents programmes et leurs effets sur la situation sanitaire. Il arrive souvent que l'on puisse inférer l'objectif réel des dépenses d'un programme en déterminant l'effet de ses ressources[296].

Le but de l'application de cette fonction de production aux services de soins est d'en arriver à déterminer un certain optimum qui correspond au plus grand nombre de services de soins pouvant être offert au meilleur coût possible. Or, cette conception de la productivité des services de soins ne peut que difficilement tenir compte, comme l'a souligné Gadrey sur qui nous avons insisté plus haut, de la qualité des soins qui pourtant

---

[296] Paul Joseph Feldstein, *Analyse économique de la santé*, Paris, Seillans, 1992, p. 15.

constitue le fondement de la prestation de services de soins. Il est donc pertinent de poser un regard critique sur la validité de cette fonction de production servant à déterminer les ressources pour les différents programmes de santé, dans le cadre de l'élaboration de politiques sanitaires.

Par ailleurs, il est important de mentionner que la fonction de production de santé va beaucoup plus loin que ce qu'elle prétend mesurer. En effet, elle se fonde sur la base du postulat des rendements décroissants selon lesquels la productivité marginale d'un *input* augmente jusqu'à un certain seuil au-delà duquel sa productivité tend à décroître. Ainsi, au même titre que la loi des rendements décroissants appliquée au secteur des biens matériels rares, les économistes de la santé conçoivent des rendements décroissants dans les dépenses ou investissements qui sont faits dans le domaine de la santé. Ce qui, encore une fois, pose problème, car la loi des rendements décroissants est fondée sur la valeur et les prix de chacun des *inputs*. Or, dans le cadre de la santé, les *inputs*, si tant est qu'on puisse réfléchir en ces termes, ont une portée plus large que leur simple prix unitaire puisqu'ils traduisent une relation sociale entre un usager et un prestataire, laquelle relation est fondamentale dans l'établissement d'un diagnostic et du processus de guérison d'un patient comme nous l'avons d'ailleurs souligné à plusieurs reprises plus haut. Ce qui contredit les rendements décroissants dans le domaine de la santé, étant donné le caractère fortement subjectif de l'évaluation qu'un patient peut faire du service de soins qu'il a reçu. Or, les économistes évacuent de leur conception ce phénomène en ne réfléchissant qu'en termes de coûts.

Bref, de cet éventail de principes issus de la science économique néoclassique va naître à partir des années quatre-vingts, dans la plupart des pays industrialisés, l'idée que la santé peut et doit être gérée selon les mêmes règles économiques qui sont appliquées aux entreprises. Ce qui au Québec se traduira par le projet de rendre le système sociosanitaire plus productif, moins coûteux.

1.5.2 Du diagnostic de la crise du système sociosanitaire à la «nécessité» d'en augmenter globalement la productivité

Tel que nous venons de le voir, la science économique a commencé à s'intéresser à la santé à partir de la fin des années soixante et plus précisément au cours des années soixante-dix. Cela ne relève pas du hasard ou d'une curiosité «désintéressée», objective, de quelques économistes à l'égard d'un phénomène déjà analysé par les sociologues et les

historiens. Si les économistes se sont intéressés à la santé, c'est d'abord en réponse à son poids dans l'ensemble de l'économie. Rappelons que les critiques de l'interventionnisme étatique propre au fordisme-keynésisme trouvent de plus en plus d'échos dans les années soixante-dix compte tenu de la crise économique qui se dessine[297]. Celle-ci donnera le coup d'envoi aux idées provenant des milieux intellectuels néolibéraux préconisant des changements au niveau de la gestion des finances publiques, compte tenu notamment du problème de l'inflation qui sévit à partir de 1975. Il n'est donc pas surprenant de constater le type d'analyse qui est élaboré sur la santé. Aussi n'est-il pas étonnant que l'idée selon laquelle le système sociosanitaire doit être géré comme une entreprise aboutisse jusque dans les milieux politiques qui évoqueront la nécessité de diminuer substantiellement les coûts publics du système sociosanitaire, compte tenu des priorités monétaristes accordées par exemple à la lutte à l'inflation et au contrôle de la masse monétaire conçues comme plus importants, plus fondamentales dans la gestion globale de l'économie.

1.5.2.1 Les grandes causes de la crise du système sociosanitaire

L'organisation et le financement du système sociosanitaire au Québec sont issus, ainsi que nous l'avons vu, de la phase longue d'expansion fordiste-keynésiste. Comme le montre Contandriopoulos, l'interventionnisme étatique en matière de santé et des services sociaux repose sur quatre principes «interdépendants»[298] : **1)** un principe de nature technique qui a fait en sorte que la médecine, avec ses découvertes et ses succès sur le plan médical, a contribué à l'accroissement de son champ d'action au-delà de la guérison des maladies, ayant acquis progressivement une légitimité sur le bien-être global des citoyens ; **2)** un principe qui repose sur la nature même des services de soins dont l'État a voulu assurer un accès équitable face aux contingences de la vie sociale et des risques associés à la maladie ; **3)** un principe de nature sociopolitique qui repose sur la volonté collective de trouver des solutions collectives aux problèmes individuels ; **4)** et un principe de nature économique selon lequel les citoyens, consommateurs, devaient voir leur pouvoir d'achat augmenter pour favoriser la croissance économique conformément aux idées fordiste-keynésistes de l'économie globale.

---

[297] Keith Dixon, *Les évangélistes du marché*, Paris, Raisons d'Agir, 1998.

[298] André-Pierre Contandriopoulos, «Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale*. *L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 453-455.

Ces principes ont eu pour effet de faire progresser les interventions étatiques dans toutes les sphères d'activités, particulièrement au niveau des services publics tels que les services d'éducation et de santé, lesquels nécessitaient l'emploi de travailleurs fortement scolarisés qu'on a qualifié, tel que nous l'avons vu plus haut, de «travailleurs du savoir». L'organisation du travail faisait en sorte que ceux-ci étaient capables de contrôler, c'est-à-dire de diriger, l'ensemble du secteur dans lequel ils œuvraient. D'une part compte tenu du savoir détenu par ces travailleurs, par exemple les enseignants et les médecins, et d'autre part compte tenu de l'autorité dont ils bénéficiaient dans l'exercice de leurs fonctions auxquelles correspondait une mission sociale façonnée par le mode de vie fordiste-keynésiste. Comme le soulignent Carré et Lacroix,

> [...] l'intervention de l'État fordien-keynésien a voulu dire une progression très importante et rapide des activités non marchandes, surtout dans le secteur public, tout spécialement en santé, en éducation, en soutien social et en administration publique. Les coûts entraînés par la production de ces services ont eu d'autant plus tendance à augmenter rapidement que le développement de ceux-ci nécessitait, d'une part, de plus en plus d'investissements en immobilisation et en équipements et d'autre part, une main-d'œuvre toujours plus nombreuse, spécialisée et capable, dans certains cas stratégiques - ceux des médecins, des professeurs et d'autres professionnels des sciences sociales - de contrôler, du moins dans une partie substantielle, non seulement l'organisation du travail, mais aussi un part importante du secteur d'activité où elle est impliquée[299].

Ce qui à partir de la crise des années soixante-dix a été perçu par l'État et le milieu des affaires comme un obstacle à la croissance économique, dans la foulée des conceptions néolibérales et néoconservatrices de l'économie selon lesquelles le déficit budgétaire de l'État engendre nécessairement une hausse du taux d'intérêt qui contribue à la baisse des investissements privés. D'où l'idée de réduire considérablement les dépenses publiques consenties au système sociosanitaire et d'augmenter au maximum la productivité des services de soins, de façon à obtenir un rendement optimum dans la façon de dispenser des soins.

Or, compte tenu de la spécificité du secteur des services et de l'information sur lesquels nous avons insisté plus haut, la productivité, fondamentale dans le cadre d'une

---

[299] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, «De la crise du système sociosanitaire au virage ambulatoire», dans Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix (sous la direction), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 26.

économie capitaliste, a progressé de façon moins rapide chez les travailleurs du savoir[300]. Ce qui à terme devait rendre les secteurs dans lesquels ils étaient présents problématiques, compte tenu de l'augmentation tendancielle des dépenses publiques qui accaparaient depuis les années soixante-dix une part grandissante de la richesse collective. Ainsi fut annoncée, décrétée politiquement, la crise du système sociosanitaire. Comme l'a souligné le Gouvernement du Québec en 1989, cette crise est d'ordre financière :

> De l'avis du gouvernement du Québec, les dépenses publiques totales sont, depuis 1982, trop élevées par rapport à la richesse collective. Elles entraînent un lourd déficit annuel cumulatif (dette publique) et exigent un taux d'imposition élevé. Le prélèvement fiscal actuel et l'importance des emprunts rend l'économie du Québec moins compétitive. Voilà pourquoi on cherche à réduire le déficit budgétaire et le fardeau fiscal des contribuables. Le budget de la santé et des services sociaux, financé à même les revues généraux de l'État, dépend essentiellement de l'évolution des grands indicateurs économiques et d'un arbitrage entre les divers secteurs de l'activité gouvernementale. Toute augmentation des dépenses publiques de santé au-delà du taux souhaité nécessite de transférer des sommes prises à même les budgets des autres secteurs de l'activité gouvernementale, de trouver d'autres sources de financement ou encore de désassurer certains services[301].

De façon générale, mentionnons que l'augmentation générale des dépenses de santé est directement attribuable à l'augmentation globale des «prix médicaux» à la base de ce que certains économistes considèrent comme une «tendance inflationniste» des prix médicaux[302].

Bien que les politiques restrictives à l'œuvre à partir des années quatre-vingts aient réussi à contenir l'accroissement des différents coûts liés à la santé au Québec, notamment par une rationalisation accrue du personnel soignant, la demande de services

---

[300] À titre d'exemple, Alan Sorkin a affirmé qu'entre 1969 et 1979 aux États-Unis la productivité du système sociosanitaire fut la moins élevée de l'ensemble des secteurs de l'économie américaine. Voir Alan Sorkin, *Health Care and the Changing Economic Environment*, Lexington, Mass, Toronto, Lexington Books, 1986, cité *Ibid*., p. 27.

[301] Gouvernement du Québec, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*, Québec, MSSS, 1989, cité dans Marie-Andrée Couillard et Ginette Côté, *Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec*, Sainte-Foy, Centre de recherche sur les services communautaires (CRSC), 2000, p. 18.

[302] Voir les analyses de Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, ouvrage cité, et de Alan Sorkin, *Health Care and the Changing Economic Environment*, ouvrage cité.

de soins n'a pas cessé de croître. Ce qui devait inévitablement entraîner une confrontation entre la logique propre au sujet humain, ayant droit de se faire soigner dans les meilleures conditions possibles, et la logique économique du Capital. Comme le soulignent Carré et Lacroix, la nécessité au cours des années quatre-vingts de réorganiser le système sociosanitaire se comprend par rapport à la logique du système productif inhérent au capitalisme, compte tenu de la valeur croissante que les services publics de soins absorbe au détriment d'autres secteurs économiques :

> Il n'est donc pas étonnant que cette tendance à l'alourdissement du poids de la dépense médicale dans la consommation totale et l'inflation des prix médicaux aient été perçus, au début des années 1980, comme une menace pour la structure non seulement du système sociosanitaire lui-même, mais également pour le système productif dans son ensemble. En effet, l'une et l'autre de ces tendances indiquent qu'il y a une modification tendancielle de l'équilibre de la répartition de l'investissement, un secteur, en l'occurence celui de la santé, accaparant de plus en plus de valeur. L'atteinte d'une telle situation a, tout au long du développement du système capitaliste, toujours signifié un état de crise grave, car c'est la reproduction élargie du Capital qui s'en trouve menacée et cela appelle une vive réaction des détenteurs et administrateurs de capitaux[303].

Dans ce contexte, il fallait trouver une solution à ce problème. Cette solution ne pouvait venir que d'une décision politique visant à reconfigurer le système, à le changer structurellement, conformément au leitmotiv selon lequel «il faut faire plus, autrement et avec moins[304]». Le problème consistait donc à assurer la qualité des soins de même que l'accessibilité aux soins tout en réduisant les coûts du système sociosanitaire. C'est ainsi que fut lancée l'idée d'augmentation la productivité des services de soins, comme nous le disions un peu plus haut. De ce fait, l'État et le milieu des affaires devenaient les principaux acteurs de la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information à partir du tournant des années quatre-vingts, reprenant à leur compte les discours économicistes de la productivité dans le cadre de la «nouvelle économie» pour concrétiser leurs objectifs.

---

[303] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 30.

[304] Francine Saillant, «Transformations des soins familiaux et lien social», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Éditions La Découverte et Syros, Paris, 2000, p. 18.

1.5.2.2 Du virage ambulatoire aux autoroutes de l'information : le virage ambulatoire informatisé

Comme dans la plupart des pays industrialisés, la crise du système sociosanitaire au Québec a été diagnostiquée sur la base de critères macro-économiques, statistiques. Compte tenu de l'épuisement des conditions de mise en productivité fordiste-keynésistes, sur lesquelles nous avons insisté plus haut, les politiques interventionnistes dans le domaine de la santé devenaient, selon l'État et le milieu des affaires, de plus en plus contraignantes vis-à-vis des conditions d'émergence de la nouvelle économie. Selon les discours néolibéraux, il fallait donc à tout prix trouver les moyens de transformer le système sociosanitaire. C'est dans ce contexte qu'est proposé, au tournant des années quatre-vingts, le virage ambulatoire qui constitue l'un des volets de la solution à la crise du système sociosanitaire.

Initialement, la «nécessité» de réformer du point de vue organisationnel le système sociosanitaire a été posée au terme de la Commission Rochon d'enquête sur les services de soins et les services sociaux mandatée par le Gouvernement du Québec pour faire le point sur le système de santé. Déposées en février 1988, les recommandations de la Commission sont explicites : réorganiser le système sociosanitaire de façon à le rendre plus performant. Ce qui signifie qu'il fallait trouver une solution concrète pour diminuer les coûts des services de soins assumés par le secteur public. C'est à partir de ce moment que la réorganisation du système sociosanitaire prend le tournant de la logique productiviste, comme le laisse entendre Lacourse :

> Dans le vocabulaire des technocrates du domaine de la santé, deux concepts deviennent le leitmotiv de la réorganisation du système de santé proposée par la commission Rochon : l'efficacité et l'efficience[305].

Le virage ambulatoire doit donc être compris dans le cadre d'une volonté politique de rendre le système sociosanitaire plus productif, moins coûteux. Il constitue par le fait même une solution face aux nombreux problèmes qui se présentent dans le système sociosanitaire. Ainsi, comme le souligne Ginette Bibeau, le virage ambulatoire devient un moyen pour freiner la croissance des dépenses publiques de santé dans un contexte où la demande de soins n'a cessé de croître :

---

[305] Marie-Thérèse Lacourse, *Sociologie de la santé*, ouvrage cité, p. 231.

> La problématique est à peu près la même dans la plupart des pays industrialisés : on fait face à un vieillissement accéléré de la population et, par ricochet, à une pression croissante sur les coûts d'hospitalisation et sur le budget des systèmes de santé. Le concept de soins ambulatoires s'impose de plus en plus comme une solution au manque d'espace, notamment de lits, mais aussi, et peut-être surtout, au manque de ressources financières pour répondre aux besoins d'une clientèle en pleine explosion[306].

Concrètement, le virage ambulatoire suppose la réorientation des services de soins dans le cadre de soins à domicile (au domicile des patients), de soins de courte durée, de chirurgies d'un jour, etc. Autant de services moins coûteux par rapport aux soins conventionnels en centres hospitaliers.

L'objectif du virage ambulatoire est de freiner, voire de réduire, à moyen et long terme l'évolution des coûts dans le système sociosanitaire, par une augmentation globale de la productivité dans le secteur. C'est alors que l'idée de performance est lancée. Une performance qui conjuguerait à la fois la réduction des coûts des soins et l'augmentation de la qualité des soins. Si l'objectif politique est clair, il en est autrement de la signification accordée aux notions de «performance», comme le souligne Christiane Langlois en ces termes :

> C'est parce que le gouvernement veut un système performant qu'il demande au réseau d'effectuer le virage ambulatoire. Les indicateurs de performance ne sont pas clairs. On veut que le virage contribue à l'efficience et à la l'efficacité du système. Que dire de plus ? Ces notions sont des valeurs[307].

La conception de la performance motivant la mise en place du virage ambulatoire s'inscrit en lien avec l'idée selon laquelle le progrès, l'augmentation du niveau de vie, n'est possible qu'en favorisant l'augmentation de la productivité. Comme l'affirme Gadrey, on se situe en plein dans le paradigme de la croissance économique appliqué à un type d'économie, industrielle, dépassé[308]. En souscrivant à cette conception, il est clair

---

[306] Ginette Beaulieu (dossier réalisé par), «Les centres ambulatoires tracent-ils la voie au système de la santé de l'avenir ?», *Le Réseau Informatique*, vol. 12, no. 3, été 2000, p. 16.

[307] Christiane Langlois, *Le virage ambulatoire*, Québec, Deslandes, 1999, p. 69-70.

[308] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*,

que l'État justifiait la nécessité de mettre en place un virage ambulatoire pour réduire le déficit accumulé qu'on concevait comme incompatible avec le progrès et l'augmentation du niveau de vie. Le virage ambulatoire fut donc en mis en place dans cet objectif précis, comme le souligne Francine Saillant :

> Ce programme [le virage ambulatoire] [...] constituait l'une des mesures devant permettre d'atteindre le déficit zéro du Conseil du trésor conformément aux politiques de l'après-État-providence. Il s'inspirait des programmes américains de type *ambulatory care*, mis en place depuis le début des années quatre-vingt[309].

Il s'agissait donc, par l'ambulatoire, de résoudre la crise du système sociosanitaire elle-même héritière de la crise du fordisme-keynésisme. Ce qui justifiait les mesures de rationalisation budgétaire mises de l'avant au cours des années quatre-vingt-dix. Cet effort participe à la transformation globale du système sociosanitaire ; l'emphase étant mise sur les objectifs suivants :

> [...] moins d'hôpitaux et de personnel soignant, particulièrement de médecins ; freinage de l'utilisation intensive et répétitive du système de soins, surtout dans sa portion lourde (hôpitaux conventionnels et médecins) ; blocage du doublement ou triplement des consultations auprès des médecins ; diminution de la durée d'hospitalisation ; implication structurellement accrue des patients (responsabilisation, auto-soin, *selfcare*...) ; «éducation» des patients ; introduction de coûts de base pour l'accès au système («ticket modérateur»...) ; etc[310].

Sur le terrain, cela veut également dire une transformation de l'accès aux soins par un déplacement de la prise en charge des patients. Comme l'indique Saillant, le recours aux familles et à la charité privée refait alors surface :

> Par rapport à la période précédente, l'institution se fait de moins en moins accessible, réservée aux plus malades et aux plus dépendants.

---

ouvrage cité, particulièrement le chapitre II «L'horizon indépassable de la croissance maximale ?», p. 43-54.

[309] Francine Saillant, «Transformations des soins familiaux et lien social», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, ouvrage cité, p. 20.

[310] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La greffe informatique en santé, une solution incontournable ? Nécessaire ? Utile ? Pourquoi ? Pour qui ? Dans quel but ?*, Montréal, GRICIS, Université du Québec à Montréal, texte ronéotypé, 2001, p. 4.

> [...] Dans la communauté, les soins se transforment et l'on sollicite de plus en plus la famille en réaffirmant son rôle [...]. Le domicile redevient, peu à peu, un lieu de soins. [...] Les soins familiaux viennent en complément des soins professionnels dont ils suivent étrangement la direction, en se technicisant. On introduit, par exemple, certaines pratiques médicales dans la maisonnée et on éduque pour cela les individus malades et leurs familles. Des responsabilités nouvelles s'ajoutent. On exige de plus en plus d'autonomie de la personne malade (Gagnon, 1995) qui doit se constituer en bon sujet, attentif aux prescriptions médicales et comportementales, en «sujet compétent», conformément au nouveau rôle de malade qui s'instaure dans le contexte de la prévalence de maladies chroniques (Herzlich et Pierret, 1984)[311].

Cette désinstitutionnalisation comme élément clé du virage ambulatoire devait toutefois être appuyée par des moyens techniques capables de constituer un levier de redéfinition des services de soins pour faciliter les exigences organisationnelles de la médecine ambulatoire. C'est ainsi qu'est lancé sur la place publique, au début des années quatre-vingt-dix, le projet d'informatisation du système sociosanitaire. Les autoroutes de l'information représentent ainsi la solution fondamentale, c'est-à-dire le moteur central, de la réorganisation du système sociosanitaire autour des services de soins ambulatoires. Avec les solutions mises de l'avant dans le cadre du virage ambulatoire, il fallait imaginer non seulement une organisation nouvelle des services de soins mais un levier de redéfinition stratégique de ceux-ci. Donc une façon de soutenir les objectifs des soins ambulatoires en ce qui a trait à la continuité des soins, à la communication à distance (inter-établissements notamment), à la réseautification des pratiques cliniques, etc. L'implantation des autoroutes de l'information est à comprendre dans ce contexte. Leur déploiement progressif à partir du milieu des années quatre-vingt-dix, et plus précisément au tournant de celles-ci, relève d'une logique productiviste visant à offrir à la population des soins à moindre coûts dans le but de réduire les dépenses publiques de santé. Cette réduction des dépenses publiques de santé constituait l'une des composantes stratégiques mises en place par l'État pour gérer la crise qu'il avait politiquement décrété. C'est ainsi que l'État jouait un rôle fondamental dans le cadre de la réorganisation du système sociosanitaire, à telle enseigne qu'il est devenu l'acteur principal du changement :

> Dans cette révolution structurelle, l'État est appelé à jouer un rôle

---

[311] Francine Saillant, «Transformations des soins familiaux et lien social», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, ouvrage cité, p. 18-19.

> central. Comme élément d'impulsion, comme usager modèle et comme chef de file dans les sphères qui relèvent directement de lui, telles que l'éducation ou la santé. [...] Il doit finalement apporter son soutien aux idées novatrices et à l'expérimentation dans la nouvelle économie[312].

Le rôle de l'État s'est principalement illustré, depuis la convergence technologique au début des années quatre-vingt-dix, dans la formation des usages sociaux devant conduire à la généralisation-ramification des TIC dans l'ensemble de la société[313]. Plus précisément, comme le montrent Carré et Lacroix, son rôle s'affirme sur deux plans[314] : sur le plan législatif et sur le plan de la construction des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé.

Sur le plan législatif, l'État a adopté un ensemble de lois favorisant le déploiement généralisé des autoroutes de l'information. Celles-ci se sont avérées le moteur du changement, compte tenu de la logique économique qui préside à leur implantation depuis l'épuisement des conditions de mise en productivité fordiste-keynésistes. Il fallait donc, pour l'État, élargir la mise en valeur du Capital par une série d'initiatives dans le domaine des TIC dont le but est de réarticuler, au sens où Freeman y fait référence, les composantes stratégiques du nouveau système techno-économique en voie d'élaboration et de développement. Ce qui débouche sur le deuxième rôle de l'État, celui de la mise en place des autoroutes de l'information.

D'abord au niveau de la formation des usages, l'État s'est mis à subventionner de façon récurrente des projets privés d'informatisation des structures de soins. Avant même d'avoir mis en place le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) en 1997, l'État s'est avéré être le principal promoteur des potentialités liées à l'utilisation des TIC dans le système sociosanitaire, notamment par la publication d'une série de rapports

---

[312] Gouvernement du Québec, (Page consultée le 2 avril 2001), *La politique québécoise de l'autoroute de l'information. Agir autrement*, 1998, p. 20, document PDF, [En ligne], Adresse URL : http://www.autoroute.gouv.qc.ca/politique/pdf/politiq.pdf

[313] Jean-Guy Lacroix, Gaétan Tremblay et Gilles Pronovost, «La mise en place de l'offre et la formation des usages des NTIC. Les cas de Vidéoway et de Télétel», *Cahiers de recherches sociologiques*, no. 21, 1993, p. 79-122.

[314] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La greffe informatique en santé, une solution incontournable ? Nécessaire ? Utile ? Pourquoi ? Pour qui ? Dans quel but ?* ouvrage cité, p. 11 et suivantes.

destinés au grand-public et aux divers intervenants du système sociosanitaire[315]. Dans ces rapports officiels, l'État faisait part des orientations à prendre pour réorganiser le système sociosanitaire, conformément à l'objectif qu'il pensait atteindre en rendant le système sociosanitaire plus productif, par conséquent moins coûteux. Un tel objectif ne pouvait toutefois se faire sans la contribution de la population, c'est-à-dire sans l'apport des patients eux-mêmes agissant à titre de demandeurs de soins (usagers du système sociosanitaire), et sans celle des professionnels de la santé. D'où la pertinence des nombreuses expérimentations qui ont eu cours tout au long des années quatre-vingt-dix afin de démontrer la faisabilité et le potentiel de déploiement des projets d'informatisation fort nombreux[316]. Il s'agissait pour l'État québécois de transformer l'organisation des services de soins pour augmenter la productivité globale du système sociosanitaire, objectif qui fut clairement affirmé, en juin 2001, dans le cadre de la Commission Clair d'étude sur les services de soins et les services sociaux dont le mandat consistait à trouver des solutions concrètes et efficaces aux problèmes que soulèvent l'organisation et le financement des services de soins et des services sociaux[317]. À ce titre, la Commision Clair a recueilli l'avis de la population, de fonctionnaires, d'administrateurs d'organisations publiques et privées, d'universitaires, etc. Les attentes étaient donc énormes, et relevaient de points de vue différents sur l'avenir du système sociosanitaire au Québec.

La Commission Clair a identifié deux principes sur lesquels reposent ses recommandations : «faire des choix et performer[318]». Ce qui implique la prise de décision adéquate dans la répartition des ressources financières dans le but de rendre le système sociosanitaire plus performant, c'est-à-dire pour la Commission Clair une performance traduisant à la fois une réduction des coûts et une amélioration des services à

---

[315] Voir, pour une analyse exhaustive des actions structurantes de l'État québécois en matière d'implantation des autoroutes de l'information dans le système sociosanitaire, Marc Lemire, *Actions gouvernementales structurantes. Chronologie commentée sur le développement des inforoutes santé et de la télésanté au Québec et au Canada*, Montréal, GRICIS, Université du Québec à Montréal, deuxième version, mai 2000, p. 8-30 notamment.

[316] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 255 et suivantes.

[317] Commission Clair d'étude sur les services de soins et les services sociaux, *Rapport et recommandations. Les solutions émergeantes*, ouvrage cité, p. iii et suivantes.

[318] *Ibid*., p. iv.

la population. Ce qui doit être mesuré par des outils, tels que les systèmes d'information, afin d'obtenir des indicateurs appropriés sur la performance du système sociosanitaire, tel qu'on le précise dans le rapport de la Commission :

> Performer exige de plus, l'obligation de mesurer les résultats obtenus, sur la base d'indicateurs fiables, tant cliniques qu'administratifs et financiers. Pour cela, il faudra des systèmes d'information appropriés, mais surtout une culture de l'excellence qui ne craint pas les comparaisons canadiennes et internationales mais qui, bien plutôt, la recherche[319].

On voit donc ici, très nettement, le rapprochement à faire avec le concept et la mesure de la productivité tels qu'ils se présentent chez les économistes classiques et néoclassiques sur lesquels nous avons insisté plus haut. Ce qui contribue encore plus, selon nous, à cerner précisément l'origine du problème que les autorités gouvernementales pensaient percevoir dans le système sociosanitaire, c'est-à-dire un problème de productivité. Celle-ci étant devenue, avec l'ensemble du raisonnement économiciste qui l'accompagne, le leitmotiv central de la réorganisation du système sociosanitaire. C'est pourquoi, comme nous le disions plus haut, les TIC, facteur structurant de l'ambulatoire, étaient investies de la capacité à augmenter la productivité globale du système sociosanitaire. Ainsi, selon la Commission Clair, les TIC apparraissent comme l'un des moteurs fondamentaux de l'accroissement de la productivité et plus particulièrement de l'obtention de «gains» de productivité :

> Il faudra donc consacrer des investissements massifs si l'on veut réaliser des gains de productivité essentiels. Si l'on veut réorienter notre réseau d'établissements, nos gestionnaires et nos cliniciens vers la performance, on ne saurait trop insister sur le développement de systèmes d'information axés sur l'appréciation des résultats et non sur la seule mesure des intrants comme c'est le cas actuellement. Ces systèmes devront bien sûr s'appuyer sur les technologies de l'information. Il y a donc lieu d'informatiser les établissements, pour des fins administratives et cliniques, mais aussi partager l'information avec les professionnels du cabinet[320].

---

[319] *Ibid*., p. v.

[320] Commission Clair d'étude sur les services de soins et les services sociaux, *Rapport et recommandations. Les solutions émergeantes*, ouvrage cité, p. 174-175.

Plus précisément, de concert avec la Direction des technologies de l'information du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Commission Clair fait état des priorités suivantes en matière d'informatisation :

> *Informatiser les établissements avec un réseau de communication interne et des systèmes d'informations* [...], *mettre en place les infrastructures d'accès et d'échange de l'information entre les établissements, créer et sécuriser les liens de communication avec les cabinets de médecins en mettant en place un portail de santé québécois et en déployant la carte à puce, déployer progressivement la télésanté, mettre en place les systèmes d'information nationaux prioritaires* et *compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social*[321].

De tels investissements exigeront, sur dix ans, plus d'un milliard de dollars[322]. C'est donc dire jusqu'à quel point d'énormes potentialités sont vouées aux TIC pour l'accroissement de la productivité du système sociosanitaire.

Deux types de technologies faisaient l'objet de l'informatisation globale du système sociosanitaire : celles à visée clinique et celles à visée administrative[323]. Les premières ont précisément pour objectif d'intensifier le travail des professionnels de la santé par une modification de leur cadence de travail, alors que les deuxièmes visent à automatiser certaines activités admnistratives (telles que le service de la paie ou des archives) afin de les rationaliser.

Parmi les expérimentations ayant cours depuis le début des années quatre-vingt-dix, quelques-unes s'avèrent intéressantes au niveau de la transformation de l'organisation du travail médical. Mentionnons au Québec le projet de télémédecine de l'Est du Québec, le projet Réseau québécois de télésanté de l'enfant (RQTE), le projet interhospitalier de télémédecine, les expérimentations sur la carte-santé à microprocesseur en 1993 à Rimouski et dans la région de Laval avec le développement du Système d'information pour la programmation régionale des soins ambulatoires (SI-

---

[321] *Ibid*., p. 182-183.

[322] *Ibid*., p. 182.

[323] Soulignons toutefois que certaines technologies sont à la fois à visée clinique et administrative. C'est le cas, entre autres, de la Carte Accès Santé et du Système d'Information Clientèle en centre d'Hébergement Et de Soins de Longue durée (SICHELD).

PRSA) à partir de la fin des années quatre-vingt-dix, les expérimentations sur différents projets en télésanté, notamment le projet de l'Hôtel-Dieu de Montréal, le projet Inforoute de la région Brome-Missisquoi, le projet de Réduction des ordonnances potentiellement non appropriées chez les personnes âgées (ROPNAPA) de l'Hôpital Royal-Victoria, le Système d'Information Clientèle en centre d'Hébergement Et de Soins de Longue durée (SICHELD) dans les CHSLD, le système Picture Archiving and Communication System (PACS) en téléradiologie, le Système d'information pour les services d'urgence (SIURGE), le système de Suivi clinique intelligent à Distance (SCIAD) en télésurveillance, le Dossier réseau informatisé en oncologie au Québec (DRIOQ) et plusieurs autres.

Ces projets expérimentaux reposent sur deux logiques d'implantation : une logique par le haut (*top down*) et une logique par le bas (*bottom up*)[324].

La logique par le haut relève de l'État à travers la mise en place de technologies à vocation provinciale (comme c'est le cas pour la carte accès santé de la RAMQ) alors que la logique par le bas découle d'initiatives des professionnels de la santé qui ont perçus, à partir d'expériences cliniques sur le terrain, une avenue intéressante pour l'amélioration de leur pratique médicale.

Que ce soit par la logique du haut ou du bas, les différentes expérimentations visaient, comme l'indiquent Sicotte et ses collègues à propos du projet interhospitalier de télémédecine[325], à analyser les conditions de mise en place de nouvelles organisations de services de soins. Ce qui est également partagé par Carré et Lacroix pour qui les projets expérimentaux visaient à tester la faisabilité de projets en télésoins tout en démontrant le potentiel de déploiement des TIC en santé[326]. Cela relève d'une stratégie plus globale qui s'articule autour de la nécessité de prendre le virage du «progrès», du nouveau procès de croissance de la productivité dont parlaient plusieurs dans les années soixante et soixante-

---

[324] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 258 et suivantes.

[325] Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, ouvrage cité, 1999, p. 1 et suivantes.

[326] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 255.

dix, en saisissant les avantages de l'information comme fondement de la «nouvelle société».

En effet, l'un des piliers centraux de l'implantation des autoroutes de l'information dans le système sociosanitaire résidait dans la mise à disposition de l'information. L'information constitue en effet le centre sur lequel reposent les changements appréhendés, autant au niveau des pratiques médicales qu'à celui des pratiques administratives. La mise à disposition de l'information constitue en ce sens le véritable fer de lance du «nouveau» système de santé en émergence, car elle contribue selon la revue *Le Réseau informatique* à l'efficience du travail médical :

> L'information devient donc le nerf, non de la guerre, mais bien d'une pratique médicale efficiente[327].

La mise à disposition de l'information, qu'elle soit clinique ou administrative, doit être soutenue par un système d'information capable de stocker et de faire circuler, sur demande, l'ensemble des données requises pour le fonctionnement du nouveau système sociosanitaire en voie d'émergence, avec le virage ambulatoire informatisé. C'est dans cette optique que fut implantée en 1997 au Québec, tel que nous l'indiquions plus haut, le RTSS. Ce réseau provincial est en fait une inforoute privée qui fait le pont entre tous les postes informatiques branchés du système de santé. Construit en partenariat avec le Groupe des télécommunications du Québec - auquel participaient Télébec, Bell et Telus - le RTSS constitue pour le MSSS l'infrastructure globale qui agit comme levier de redéfinition du secteur de la santé autour de l'information. Celle-ci étant conçue, pour le MSSS, comme le moteur des bénéfices économiques attendus dans le cadre de la réorganisation compte tenu de sa capacité à supporter, notamment, les applications de la télémédecine quant à la rapidité du traitement de l'information. Le problème consiste toutefois à s'interroger sur les véritables effets de l'augmentation de la rapidité du traitement de l'information par rapport à la durée des services de soins. Bien que le traitement de l'information puisse s'effectuer plus rapidement, le service de soins en tant que tel ne s'en trouve pas pour autant modifié dans son fondement même. Rappelons en effet que l'établissement d'un diagnostic de la part d'un médecin, la guérison du corps, la relation sociale entre un médecin et un patient, etc., n'obéissent pas à des impératifs temporels d'accroissement de la vitesse. Pourtant, avec la mise en place du RTSS, le

---

[327] Le Réseau Informatique, «Vers un réseau de communication électronique privé pour les médecins», *Le Réseau Informatique*, vol. 11, no. 3, été 1999, p. 21.

MSSS pense véritablement avoir créé une infrastructure capable de supporter les autoroutes de l'information qu'on investit de la capacité à produire des gains de productivité dus à l'augmentation de la rapidité du traitement de l'information. Ce raisonnement repose sur une vision déterministe de la technologie selon laquelle celle-ci conduit nécessairement, inéluctablement, aux effets souhaitées - l'augmentation globale de la productivité - dans le cadre de la réorganisation du système sociosanitaire. Voilà pourquoi un tel raisonnement, qui implique que soient attendus des bénéfices économiques dus à l'augmentation de la vitesse avec laquelle un patient est traité, mérite une réflexion importante sur les enjeux sociomédicaux qu'il dégage sur le plan de la qualité des services de soins offerts à la population.

1.5.3 Pourquoi la conception néoclassique de la productivité ne peut-elle être appliquée aux services de soins ?

De façon générale, tel que nous avons effleuré le sujet plus haut, l'application des critères néoclassiques de la productivité aux activités tertiaires pose plusieurs problèmes. Essentiellement parce que les services sont des relations sociales, souvent complexes, dont le processus de dispensation varie selon le temps nécessaire à l'atteinte de ce que les acteurs qui y sont impliqués considèrent comme résultat adéquat. Ceci est d'autant plus vrai pour les services de soins dont la finalité d'usage s'articule autour d'un problème à résoudre, celui pour lequel un patient consulte, dont la solution implique que soient justement mis à contribution une durée qui est variable selon l'énergie, l'écoute, l'effort, etc., engagés par le professionnel C'est pourquoi les services de soins relèvent davantage d'un *art* plutôt que d'un simple travail de production, détaché de toute implication individuelle et sociale.

1.5.3.1 L'incompatibilité des catégories analytiques de la productivité néoclassique face à la finalité d'usage des services de soins

Nous avons vu plus haut comment le concept et la mesure de la productivité sont conçus dans l'histoire de la pensée économique. Dans le domaine de la santé, la productivité est une fonction de production qui permet de quantifier l'apport marginal de chacun des facteurs impliqués dans les service de soins. À ce titre, on considère qu'il est possible d'obtenir un rendement optimum dans le secteur de la santé, qui correspond au nombre maximal de services de soins dispensés dans un temps donné au meilleur coût possible. Les services de soins sont ainsi assimilés à des produits homogènes dont le coût optimum peut être identifié préalablement, par des normes administratives et

comptables[328]. Ce qui, selon nous, est fort problématique compte tenu du fait qu'on ignore la finalité d'usage des services de soins, c'est-à-dire la «réalité des problèmes à résoudre»[329] qui ne peut se soumettre aux critères néoclassiques de la productivité sans compromettre la qualité des soins. Celle-ci n'est pas un *output* inscrit dans une espèce de matérialité qui serait incarnée par le service (un «service-objet»), mais relève plutôt d'une construction sociale complexe[330] déterminant le résultat du service. Or, ce résultat dépend précisément des patients qui ne vivent pas tous de façon homogène les troubles de santé et la maladie, en plus de ne pas tous entrer de la même façon en relation, en interaction, avec les professionnels de la santé, à plus forte raison lorsqu'il s'agit des soins de première ligne. Plusieurs recherches en anthropologie et sociologie médicales ont bien montré que le rapport à la maladie n'est pas le même pour tous les individus. Chaque cas est individuel et doit être jugé comme tel. Nous avons mentionné plus haut que la maladie, la guérison voire même la représentation de la douleur[331] relevaient de facteurs socioculturels relatifs à l'âge, le sexe, la classe sociale, le niveau d'éducation, etc[332]. Mentionnons l'analyse de Irving Zola qui a démontré que la réaction face aux

---

[328] Denis Bédard évoquait à ce sujet la possibilité que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) utilise un système fondé sur les coûts de service par patient, afin de motiver la recherche d'efficacité (Denis Bédard, *Le financement des soins sociosanitaire : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Observatoire de l'administration publique - ENAP, janvier 2000, p. 44 et suivantes). Un tel système homogénéise les maladies et soins en catégories homogènes de coûts définies *a priori*. Comme il l'explique, «en 1993, la compagnie 3M Health Information Systems a développée une version améliorée des paiements hospitaliers à l'acte appelée APR-DRG (All Patient Refined DRG). À partir de ce modèle qui comprend 384 diagnostics de base (à quatre niveaux de sévérité) le ministère a développé avec le milieu des instruments de gestion "pour assurer une allocation et une utilisation optimales des ressources dans les centres hospitaliers".» (p. 45-46). Or, plusieurs recherches ont pourtant déjà montré les limites d'une régulation budgétaire en ces termes. Voir, entre autres, Gérard de Pouvourville, «La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité», *Sciences Sociales et Santé*, Vol. VIII, no. 2, juin 1990, p. 33-65.

[329] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 323.

[330] *Ibid*., p. 344.

[331] L'une des premières études ayant abordé cette problématique est celle de Mark Zborowski qui, en 1952, a montré que la représentation - et donc la signification - de la douleur varie d'un groupe ethnique à l'autre («Cultural components in responses to pain», *Journal of Social Issues*, 8, 1952, p. 16-30.). De ce fait, il est absurde de prétendre vouloir déterminer la productivité optimum d'un service de soins après lui avoir identifié *a priori* un coût, dans un but de rentabilité, indépendamment de la prestation de service qui se déroule sur le terrain avec différents types de patients. Dit autrement, du fait que les patients ne se comportent pas tous de la même façon dans le cadre d'un service de soins, il demeure extrêmement problématique de vouloir homogénéisé ceux-ci en *temps* et en *coûts*.

[332] Voir Henri Dorvil, «Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale», dans Jacques Dufresne, Fernard Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 305-332.

symptômes que ressentent différents individus, différents groupes, n'est pas homogène dans toute la société[333]. Tout au contraire, le degré d'importance et d'anxiété associé à tel ou tel symptôme varie d'un patient à l'autre. C'est ce qui ressort de plusieurs autres études menées dans les années soixante-dix portant sur la réaction psychosociologique des individus face à la maladie[334]. Comme l'évoquent Philippe Adam et Claudine Herzlich dans *Sociologie de la maladie et de la médecine*[335], les analyses du rôle du stress dans la maladie et dans la façon de l'éprouver ont débouché, dans les années soixante et soixante-dix, sur la mise en lumière de facteurs psychosociologiques qui pourraient, en partie, expliquer les raisons pour lesquelles certains individus, à un niveau de stress comparable, *deviennent* malades et d'autres pas. Adam et Herzlich expliquent à ce titre l'importance de l'étude de deux cardiologues américains, Meyer Friedman et Ray H. Rosenman, qui constatèrent dans les années soixante-dix que certains de leurs patients n'avaient pas la même probabilité de développer des troubles cardiaques[336]. Pour eux, il y a différents types de personnalité qui jouent un rôle central sur le plan épidémiologique : les personnalités de type A au tempérament hyper-productiviste et les personnalités de type B plus calmes et donc mieux susceptibles d'affronter les situations stressantes de la vie quotidienne. Ce qui fait en sorte que tel ou tel patient n'entrera pas de la même façon en interaction avec son médecin, conduisant souvent celui-ci à accorder une plus grande écoute, ou la mobilisation de plusieurs ressources[337], aux patients qui exigent un tel comportement de la part du professionnel de la santé dans le cadre du service de soins. D'où le caractère hautement problématique, encore une fois, de vouloir réduire la relation médecin-patient, dans le cadre du déroulement d'un service de soins, à des considérations quantitatives de temps et de coûts. Comment dans un tel cas déterminer *a priori*, de façon exogène au service de soins, le temps requis pour tel ou tel service de soins en

---

[333] Irving Zola, «Culture and Symptoms. An Analysis of Patient's Presenting Complaints», *American Sociological Review*, vol. 31, 1966, p. 615-630.

[334] Voir, entre autres, Dominique Le Disert, *La Maladie : la part du social*, Paris, Éditions du CDSH, 1985.

[335] Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994, p. 51 et suivantes.

[336] Meyer Friedman et Ray H.Rosenman, *Type A Behavior and Your Heart*, New York, Knopf, 1974.

[337] Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte et William D'Hoore, «Concepts et mesures de l'efficience à l'hôpital», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, no. 1, 1999, p. 86.

fonction de sa productivité optimum ? Il appert que la maladie, le service de soins auquel un patient fait appel, résultent de processus sociaux fort complexes qui empêchent toute idée d'homogénéisation et de standardisation des soins en fonction de la rapidité, par exemple, avec laquelle ils sont dispensés. Nous sommes ainsi d'accord avec Gérard de Pouvourville qui souligne que l'exercice de la médecine ne peut être analysée de façon industrielle, à l'aide des critères néoclassiques et marginalistes de la productivité :

> De surcroît, l'exercice de la médecine se prête mal à une analyse de type industriel, où l'on met en rapport des facteurs de production et des produits, et où l'on peut ainsi mesurer la productivité d'un process. En effet, le choix et l'efficacité d'un traitement dépendent de l'état général du patient et de certaines de ses caractéristiques psychiques et sociales, et il n'existe pas non plus toujours de consensus au sein du corps médical sur la réponse thérapeutique à apporter à un problème clinique donné[338].

C'est pourquoi, tel que nous l'avons montré plus haut lorsque nous avons discuté de l'économie des services de façon générale, le service de soins ne peut se réduire à la logique productiviste qui prévalait dans le cadre de l'économie de biens matériels rares caractéristiques de l'économie industrielle. Fondamentalement parce que les services de soins, contrairement aux biens matériels de consommation, ne sont pas des *marchandises*. Derrière le service se posent des individus, humains, impliqués dans une relation sociale étrangère à l'homogénéité, à la standardisation qui en découle, à l'intensification, etc. Ce qui suffit pour invalider l'analyse néoclassique et marginaliste de la santé, qui n'a pas su prendre de distance par rapport au paradigme néoclassique qui l'a construit, tel que nous l'avons vu plus haut, et tel que le soulignaient il y a déjà 20 ans Sébastien Darbon et Alain Letourmy :

> Les développements récents de la micro-économie néo-classique du secteur médical nous semblent contestables à plus d'un titre. Contre vents et marées, ils reproduisent une représentation réductrice de l'activité médicale sous la forme de services supposés homogènes, alors que cette activité se présente d'emblée à l'observation sous des aspects très diversifiés. Ils maintiennent au centre des préoccupations théoriques les notions d'offre, de demande et de marché, alors que celles-ci se révèlent toujours aussi problématiques. Ils contribuent à la promotion de modèles de plus en plus sophistiqués, alors qu'ils ne font aucune place aux conditions institutionnelles dans lesquelles se

---

[338] Gérard de Pouvourville, «La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité», article cité, p. 33-34.

> déroule l'activité médicale. S'il faut insister sur ces lacunes de la théorie, c'est que le recours à une vulgate de l'économie dans les débats politico-administratifs tend à les occulter et à laisser entendre que toute intervention sur le système de santé a une justification économique très solide[339].

Ce commentaire illustre avec éloquence la nécessité d'une prise de distance radicale avec l'analyse néoclassique et marginaliste de la santé, des services de soins. C'est pourquoi nous sommes d'accord avec Carré et Lacroix pour dire que la conception néoclassique et marginaliste de la productivité des services de soins demeure inadéquate :

> Cela [les critères de l'économie néoclassique] pose le problème du caractère adéquat de cette pensée économiciste pour analyser la prestation du service dans un tel champ d'activité, car on peut fortement douter de la pertinence de poser la question de la santé et de sa «réparation» en termes de quantité / temps / optimum. Dit autrement, cette façon de penser l'activité dans le secteur de la santé et des services de soins est inadéquate parce que ses catégories analytiques sont épistémologiquement impropres, différentes, étrangères à la nature, à l'essence, à l'usage de la réalité qu'elle prédend évaluer. Quant à la comprendre, on peut penser qu'elle ne s'en soucie guère, ce qui nous ramène au caractère épistémologiquement adéquat de ce discours pour légitimement oser prendre la parole sur cet objet existentiellement humain[340].

Néanmoins, l'État québécois dans son projet de réorganisation du système sociosanitaire ne semble pas avoir opté pour une démarche complémentaire à la conception néoclassique de la productivité, étant convaincu que l'informatisation pouvait surmonter les problèmes ci-haut soulevés, notamment en ce qui a trait à l'homogénéité et à la standardisation.

1.5.3.2 Logique productiviste et services informatisés de soins

À la lumière de ce que nous venons d'affirmer, nous pensons qu'il est fondamental de poser un regard critique sur la mise en place du virage ambulatoire

---

[339] Sébastien Darbon et Alain Letourmy, «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ?», article cité, p. 68.

[340] Dominique Carré et Jean-Guy-Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 27.

informatisé, dont le principe de base est de contribuer à l'accroissement de la productivité des services de soins dans une logique paradigmatique de la croissance économique. Surtout dans un contexte où il y absence de démonstration de la part des autorités sur les bienfaits de la mise à disposition et en circulation de l'information dans le système sociosanitaire à l'égard de l'amélioration de la qualité des soins. Bien que les TIC aient le potentiel d'accroître de façon qualitative la capacité de stockage et de circulation des informations, elles ne rendent pas pour autant «stratégiquement» pertinentes les informations disponibles pour le personnel soignant. Celui-ci ayant davantage besoin d'informations cliniques alors que certaines TIC semblent plutôt favoriser la mise à disposition d'informations administratives au bénéfice des gestionnaires. Ce qui dans ce cas n'apporte rien à la pratique médicale et clinique.

D'autre part, même dans le cas où des technologies contribuent à la mise à disposition d'informations cliniques, l'effet souhaitable sur l'amélioration de la qualité du travail médical n'est pas certaine. En effet, les TIC peuvent à ce titre conduire à des effets pervers au niveau du travail médical même, c'est-à-dire des obstacles au maintien de la qualité des soins. Ces obstacles sont liés à l'attitude que pourraient avoir certains patients à l'égard de la circulation d'informations concernant leur état de santé. La remise en question de l'aspect confidentiel et privé de la relation médecin-patient pourrait ainsi être à l'origine d'une crainte chez certains patients susceptibles de ne donner que les informations qu'ils jugent «appropriées», non «gênantes». On pourrait ainsi imaginer des scénarios où les professionnels de la santé n'auraient pas accès à ces informations que détiennent en secret certains patients, alors que de telles informations pourraient être fondamentales dans l'établissement d'un diagnostic, dans le suivi d'un patient voire même dans le processus de guérison[341].

En ce qui a trait à l'augmentation de la rapidité avec laquelle l'information peut circuler par le biais des autoroutes de l'information, la preuve n'est pas du tout faite de l'impact souhaitable sur l'amélioration de la qualité des soins ou du travail médical. La rapidité de circulation de l'information n'implique pas nécessairement, automatiquement, un effet favorable pour le personnel soignant et pour le patient. Les coupures budgétaires

---

[341] Ce que nous avons constaté dans une recherche menée pour le compte du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la communication, l'information et la société (GRICIS) sur l'utilisation des TIC dans le système sociosanitaire intitulée *Le rôle structurant des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé et dans le processus d'informatisation de la santé*, 1999-2002, subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

et les rationalisations au niveau des professionnels de la santé ont eu pour effet d'alourdir sans cesse la tâche du personnel soignant. Ainsi, même si des informations circulent plus rapidement mais qu'aucun professionnel n'est en poste ou disponible pour la traiter, la logique de la rapidité devient dans ce cas inutile, incompatible au travail clinique et médical quotidien. Il en va de même pour la relation que le médecin entretient avec un patient. Si le dossier médical informatisé accélère la prise de connaissance des informations qu'il contient, le temps «nécessaire» à l'établissement d'un diagnostic ne s'en trouve pas pour autant réduit. La compression du facteur «temps», même si elle peut dans certains cas d'urgence constituer une condition nécessaire, n'est pas une condition suffisante à l'amélioration de la qualité des soins surtout lorsqu'il s'agit de soins de première ligne. Comme le souligne Gadrey, l'informatisation des services de soins, même si elle conduit à une accélération des informations nécessaires au travail médical, ne modifie pas pour autant la quotidienneté du travail médical qui n'obéit pas aux impératifs quantitatifs de temps :

> L'infirmière et le médecin seront de plus en plus amenés à travailler avec des écrans, ils seront reliés à des réseaux, parfois pour contrôler plus étroitement leur travail, leurs «actes», leurs prescriptions, parfois pour leur fournir des informations précieuses sur les malades, les médicaments, les réseaux de soins. Fort bien, mais cela influe-t-il notablement sur leur productivité, dans ce qui constitue l'essentiel de leur activité : recueillir des informations sur les symptômes, diagnostiquer, rassurer, soigner, prescrire, suivre, etc. ?[342]

Dit autrement, l'utilisation des TIC, même si elle peut conduire à des économies de temps, n'entraîne pas automatiquement une amélioration de la qualité du travail médical et une amélioration de la qualité du service offert au patient. Il nous est même permis de douter que l'économie de temps ainsi procurée débouchera de façon significative sur une amélioration de la qualité des services de soins, à plus forte raison si les professionnels de la santé sont confrontés à des TIC implantées de façon *top down*. Dans un tel cas, les économies de temps pourraient contraindre les professionnels de la santé à effectuer plus de tâches dans un temps donné, pour des raisons économiques et non cliniques.

L'autre réserve que nous émettons à l'égard de la façon dont les autoroutes de

---

[342] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 70.

l'information sont conçues par l'État pour augmenter la productivité des services de soins se situe au niveau de l'aspect social, culturel, du travail médical. On peut penser que l'utilisation des TIC peut dans certains cas, lorsqu'elles sont implantées suivant une logique *top down* et donc substitutive, contribuer à dévaloriser l'aspect social du travail médical. Ce qui est à notre avis une contradiction fondamentale dans l'enjeu qui se dégage de la relation traditionnelle personnel soignant - patient. La prestation médicale est d'abord et avant tout, tel que nous l'avons souligné plus haut, une activité où la relation sociale entre les parties impliquées est essentielle au déroulement de l'activité, et donc dans l'amélioration de l'état de santé du patient[343]. Or, la médiation de cette relation (personnel soignant - médecin) contribue à éliminer le caractère social et humain des pratiques de soins. Les effets négatifs des TIC peuvent dans un tel contexte être nombreuses : diminution de l'autorité du médecin, élimination de la connaissance tacite caractéristique de la pratique médicale, absence de soutien moral de la part du médecin, création d'une logique de la rapidité surdéterminante de la durée nécessaire aux consultations des patients, etc. Il est clair ici que nous défendons une vision humaniste des services de soins, dont la finalité est de *soigner* et non de *traiter* des patients. Comme le souligne Claude Béraud,

> Traiter, c'est établir un diagnostic afin de mettre en œuvre les thérapeutiques qui pourront lutter contre une maladie et ses symptômes. Soigner, c'est servir, prendre en compte les besoins physiologiques, matériels et spirituels des malades, s'intéresser à la personne et pas seulement à la maladie ; c'est analyser les fonctions de l'organisme pour en assurer le fonctionnement, c'est chercher en permanence à accroître le confort du malade et la qualité de sa relation avec tous ceux, soignants ou non, qui l'entourent. Soigner, c'est chercher à libérer : car c'est faire renaître et vivre l'espérance ; car c'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement pour bâtir un projet ; car c'est vouloir rompre la dépendance aux soignants et offrir des choix de vie ; car c'est, par la parole, chercher à dissiper l'angoisse qui naît du silence ; car c'est refuser une relation infantilisante, bienveillante et paternaliste, en aidant l'autre à assumer des choix d'adulte. Soigner c'est encourager le malade à faire de sa maladie, de son mal-être, de ses malaises, un moment de vérité et de connaissance de soi. Soigner c'est libérer car c'est aider le malade à vaincre ses angoisses et ses peurs puis à retrouver des raisons de vivre, mais c'est aussi apprendre avec lui à mourir. Traiter peut sauver une vie. Soigner peut sauver une mort, en préservant la dignité d'un malade et son confort physique et moral, en aidant ses proches à faire

---

[343] Voir à ce sujet Jean Oulès, *La psychologie médicale*, Toulouse, Privat, 1966, p. 94 et suivantes sur la relation soigant-soigné.

le deuil de cette vie qui s'en va et à accepter la mort d'un être aimé[344].

Cette conception de ce qu'est *soigner* un patient fait ressortir un volet fort important des services de soins que constitue le soutien moral et compréhensif à l'égard du problème pour lequel un patient consulte. Comme le souligne Maurice McGregor,

> Un volet très important de la pratique des professions soignantes est à peu près dépourvu de tout élément technologique. C'est celui que constituent les soins infirmiers et médicaux dispensés aux malades et aux mourants, le soutien moral apporté à leurs familles et l'indication de conseils de santé. "Il s'agit, dit Thomas [*The Lives of a Cell*, New York, Bantam Books, 1974.], de ce que l'on appelle parfois thérapie par soutien moral. Par elle, des patients se sortent de maladies dont on ne tient pas, tant s'en faut, l'explication. Elle est indispensable. Ce n'est cependant pas, à proprement parler, une technologie car il n'y a pas recherche d'une action sur le mécanisme sous-jacent de la maladie[345]."

Ainsi, comme nous le disions plus haut dans notre discussion sur les services, la relation entre le médecin et le patient est fondamentale dans le cadre du déroulement d'une prestation de soins. Plusieurs études ont en effet démontré l'importance de la «communication» dans l'interaction médecin-patient qui joue un rôle central dans l'amélioration de l'état de santé d'un patient, au-delà du trouble organique qui amène le patient à consulter. C'est ainsi que Michael Balint démontra, dans les années soixante, que l'efficacité thérapeutique repose pour une large part sur l'interaction spécifique entre le médecin et le patient[346]. D'où justement la formulation de son concept de «remède-médecin» qui, comme l'évoquent Adam et Herzlich, pose le caractère souvent suffisant de l'écoute et de l'attention accordées au patient sur le plan de l'efficacité thérapeutique[347]. Or, cette même écoute et attention du soignant vis-à-vis de son patient serait fondamentale dans l'apaisement de la douleur d'un patient, laquelle douleur ne peut souvent pas être exprimée par le biais du langage compte tenu de sa complexité mais

---

[344] Claude Béraud, «Apprendre à soigner», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, ouvrage cité, p. 137.

[345] Maurice McGregor, «L'impact de la technologie sur le système sociosanitaire», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 388.

[346] Michael Balint, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Presses universitaires de France, 1960.

[347] Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, ouvrage cité, p. 74.

plutôt par une gestuelle, une mimique, que le soignant décode compte tenu de son expérience. David Le Breton fait ici référence à ce qu'il conçoit comme une «médecine de la personne» comme critère d'efficacité du soin de santé :

> La parole attentive, l'écoute, le contact physique, la présence, sont également des données décisives d'apaisement du malade. Dans le soulagement de la douleur la technicité médicale et le recours judicieux aux antalgiques vont de pair avec une écoute de la plainte et une qualité de présence au chevet du malade. [...] Le soulagement efficace de la douleur sollicite une médecine centrée sur la personne et non plus seulement sur des paramètres biologiques. Elle impose à la médecine un nouveau paradigme : le passage d'une médecine du corps à une médecine de la personne. L'expérience des services de soins palliatifs est décisive à cet égard en montrant combien l'accompagnement des malades en fin de vie à [sic] une valeur d'atténuation ou de supression d'une douleur qui n'est jamais seulement «physique», mais touche l'homme dans son entier. La reconnaissance du malade en tant que sujet est une condition de l'efficacité plénière des soins reçus[348].

L'efficacité thérapeutique ne relèverait donc pas uniquement de considérations biologiques, organiques, mais également de la relation sociale encadrant le déroulement de l'activité de soins. C'est pourquoi celle-ci ne peut se réduire à des impératifs de quantum, de temps et d'optimum dans la mesure où elle nécessite justement une écoute attentive du patient de la part du personnel soignant dont l'activité ne se réduit pas uniquement à *traiter* un patient mais surtout à le *soigner*. D'où l'importance du temps, de la durée, dans la prestation de soins.

Par ailleurs, même si l'on se situe dans le paradigme économique, la mise en place d'une logique productiviste en santé à l'aide des autoroutes de l'information pose un certain nombre de problèmes par rapport à leur réelle capacité de constituer la solution à la crise de productivité en santé. Comme le soulignent François Closets et Bruno Lussato, les réflexions sur les gains de productivité apportés par les TIC excluent *a priori* une série de problèmes - tels que les bogues notamment - grâce auxquels les TIC peuvent devenir que ce soit à court ou long terme des freins à la croissance de la productivité[349]. Nous en avons justement fait état un peu plus haut à propos de la problématique du

---

[348] David Le Breton, «Réflexions sur la médicalisation de la douleur», dans Pierre Aiach et Daniel Delanoë (sous la direction), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p. 159-174.

[349] Voir, entre autres, François Closets et Bruno Lussato, *L'imposture informatique*, Paris, A. Fayard, 2000.

paradoxe de productivité dans le cadre de l'utilisation des TIC.

Malgré tous ses problèmes posés par la mise en place d'une logique productiviste néoclassique dans le secteur de la santé avec l'informatisation générale du système sociosanitaire, l'État, dans le cadre de son diagnostic de la «crise» du système sociosanitaire, s'est fait le promoteur de la mise en place des autoroutes de l'information en adoptant une position nettement déterministe des technologies, comme si celles-ci allaient résoudre nécessairement les problèmes de stagnation de la productivité observés dans le système de santé fordiste-keynésiste et améliorer automatiquement la qualité des soins. Pourtant, plusieurs recherches, dont celle de Sicotte et ses collègues à propos du réseau interhospitalier de télémédecine, démontrent que les réseaux de communication en santé constituent des «défis technologiques, professionnels et organisationnels importants[350]» qui ne sont pas relevés aussi facilement qu'on le laisse entendre.

Or, le problème de l'implantation des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé ne réside pas tant dans sa réelle capacité à apporter des gains de productivité, mais sur la pertinence, ou la validité, de la conception néoclassique de la productivité pour transformer le système sociosanitaire pour le rendre plus productif. Nous avons bien souligné plus haut que les services de soins s'inscrivent dans une réalité qui va au-delà de l'économique, une réalité fondée sur la qualité du travail médical et sur la qualité des soins offerts à la population. C'est notamment pour cette raison qu'on peut penser que les critères néoclassiques de productivité - que nous avons étudiés plus haut - ne peuvent que de façon hautement problématique s'appliquer à l'évaluation de la *performance* du système sociosanitaire, des établissements sanitaires et des professionnels de la santé. Nous pensons que cette performance doit reposer sur des conventions d'évaluation construites de façon multidimensionnelle, avec une emphase centrale sur la qualité du travail clinique et médicale conforme à la finalité d'usage des services de soins. Ce qui ne semble pas une dimension intégrée dans la conception de la performance de l'État québécois, présentée dans les discours officiels, qui entend se servir de l'ambulatoire informatisé pour réduire les coûts des services de soins.

Pourtant, de nouvelles approches se sont construites ces dernières années,

---

[350] Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, ouvrage cité, p. 2.

approches qui auraient pu être prises en compte par les décideurs puisqu'elles ont le mérite de dépasser la conception néoclassique et marginaliste de la productivité appliquée aux services de soins. Mentionnons en outre les travaux effectués en management sur la théorie des organisations, entre autres[351] ceux de Kim S. Cameron et David A. Whetten[352], Thomas D. D'Aunno[353], Estelle M. Morin[354], Robert E. Quinn et John Rorhbaugh[355] et, surtout, de Sicotte et ses collègues. Ceux-ci, au Québec, se sont distingués sur le plan conceptuel en proposant une conception de la performance hospitalière qui tente d'intégrer le point de vue, souvent complexe[356], des différents acteurs impliqués dans la dispensation des services de soins au sein des hôpitaux ou des organismes publics de santé[357]. Ceci afin d'éviter d'évaluer la performance hospitalière de façon unidimensionnelle, en ne prenant en compte qu'une dimension (généralement les coûts) de cette performance fort complexe. Le modèle mis au point par Sicotte et ses collègues est donc intégrateur, en ce sens qu'il propose, en s'inspirant de la théorie du sociologue Talcott Parsons[358], de mettre en lumière toutes les dimensions de la performance organisationnelle pour comprendre leur articulation globale au sein d'un

---

[351] Pour une revue sommaire de ces travaux, voir Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore, «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», article cité, p. 68 et suivantes.

[352] Kim S. Cameron et David A. Whetten, «Organizational effectiveness : one model or several ?», dans *Organizational effectiveness : a comparaison of multiple models* (sous la direction de Kim S. Cameron et David. A Whetten), Sans Diego, Academic Press, 1983, p. 1-20.

[353] Thomas D'Aunno, «The effectiveness of human service organizations. A comparison of models», dans *Human services as complex organizations* (sous la direction de Yeheskel Hasenfeld), Londres, Sage Publications, 1992, p. 341-361.

[354] Estelle M. Morin, «L'efficacité de l'organisation : conception intégrée». dans *L'efficacité de l'organisation. Théories, représentations et mesures* (sous la direction de André Savoie et Guy Beaudin), Montréal, Gaëtan Morin, 1994, p. 73-87.

[355] Robert E. Quinn et John Rorhbaugh, «A spatial model for effectiveness criteria : towards a competing value approach to organizational analysis», *Management Science*, no. 29, 1983, p. 363-377.

[356] Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore, «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», article cité, p. 65-104.

[357] Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos, «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», article cité, p. 34-46.

[358] Talcott Parsons, *The social system*, New York, Free Press, 1951; et *Social systems and the evolution of action theory*, New York, Free Press, 1977.

établissement sanitaire. Un parallèle intéressant serait à faire entre cette «nouvelle» conception de la performance et celle mise au point par les tenants de l'économie des grandeurs[359], lesquels proposent un modèle d'évaluation qui tient compte de la multiplicité des intérêts et points de vue qui permettent de rendre compte de la complexité de l'opération.

Bref, au-delà de ces conceptions novatrices, nous pensons à la suite de plusieurs qu'un changement de perspective s'impose. Il importe selon nous, comme l'affirme Gadrey, de passer d'une «économie de la comptabilité des flux et des coûts à une socio-économie du jugement des améliorations d'état, de qualité et de bien-être individuel et collectif[360]».

1.5.3.3 L'efficience clinique et thérapeutique des services de soins

Le passage à une socio-économie du jugement des améliorations d'état, de qualité et de bien-être individuel et collectif implique le recours à un concept dépassant celui de productivité. Ce concept, en ce qui a trait aux services de soins, nous le nommerons ***efficience clinique et thérapeutique***. Plusieurs aspects du contexte actuel de transformation du système sociosanitaire motivent le développement d'un tel concept.

Comme nous venons de le voir, plusieurs auteurs ont démontré que les services de soins ne pouvaient être évalués à l'aide d'une mesure néoclassique et marginaliste de la productivité, pour des raisons d'inadéquation avec la nature même des activités tertiaires. Dans la foulée des discours optimistes des TIC, plusieurs ont vu en elles un moyen pour accroître la productivité des services de soins par l'impact qu'elles pouvaient avoir sur le travail médical. Ces discours trouvaient sens dans le cadre de l'affirmation d'une «nouvelle économie» qui s'affirmait de plus en plus à partir des années cinquante-soixante, comme nous l'avons vu plus haut dans ce chapitre. Bien que des changements sont à prévoir dans le cadre de l'utilisation généralisée des TIC dans le secteur de la santé, on peut toutefois penser que le concept et la mesure néoclassiques de productivité, tel que construits par les économistes néoclassiques et marginalistes, sont toujours inadéquats

---

[359] Pour un regard critique sur cette théorie, voir Jean-René Tréanton, «Tribulations de la justice», *Revue française de sociologie*, vol. XXXIV, no. 4, octobre-décembre 1993, p. 627-656.

[360] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 50.

pour évaluer la réelle efficience des services de soins comme indicateur de la qualité du travail et de la qualité des soins. C'est ici que le concept d'efficience clinique et thérapeutique, contrairement à celui de productivité néoclassique et marginaliste, trouve sa pertinence lorsque appliqué à la réalité des services de soins. On doit concevoir l'efficience clinique et thérapeutique comme un indicateur de l'amélioration de la qualité du travail médical et de la qualité des soins telles que jugées et validées par les professionnels de la santé et les patients, autour de conventions sur ce qu'ils considèrent comme efficients[361]. Il s'agit donc d'un indicateur intégrant plusieurs critères («multicritères»[362]) construits socialement sur la base des problèmes à résoudre[363] (ce qui conduit les patients à consulter), c'est-à-dire en adéquation avec la **finalité d'usage** des services de soins visant à améliorer la qualité du travail médical dans un souci d'amélioration de la qualité des soins, pour le bien-être individuel et collectif[364]. Pour Gadrey, ces critères relèvent d'un processus complexe qui dépend non seulement de la diversité des résultats de ces constructions, mais également des processus sociaux qui les produisent, c'est-à-dire les négociations, les rapports de force correspondants, l'insertion du produit les systèmes de valeurs et dans des réseaux de relations sociales. Il ajoute que cela ne renvoie pas nécessairement «l'économiste au vestiaire», mais l'amène à élaborer avec d'autres (historiens, sociologues, etc.)[365], bref comme le dit Henri Bartoli à le mettre au service de la vie plutôt qu'aux ordres de l'économie en soi[366]. Ce qui nécessite une prise de distance radicale avec les indicateurs néoclassiques et marginalistes de la productivité qui ramène les services de soins à des impératifs de réduction de coûts, suivant la logique du paradigme de la croissance économique et du progrès[367].

---

[361] Jean Gadrey, *L'économie des services*, ouvrage cité, p. 76.

[362] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 21.

[363] *Ibid*., p. 323.

[364] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 50.

[365] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 344.

[366] Henri Bartoli, *L'économie, service de la vie. Crise du capitalisme. Une politique de la civilisation*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1996.

[367] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 43 et suivantes.

Ainsi, cette notion d'efficience clinique et thérapeutique a le mérite de proposer une évaluation de la performance des services de soins autrement que par les indicateurs néoclassiques de la productivité, en invitant à passer du paradigme de la croissance de la productivité au paradigme du développement social comme indicateur du progrès[368].

1.6 HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Nous voulons analyser la crise du système sociosanitaire québécois et la solution - le virage ambulatoire informatisé - qui est préconisée pour la résoudre, afin de comprendre les conceptions de la productivité qui président à la réorganisation du système sociosanitaire au Québec, de 1975 à 2000.

À la lumière de ce dont nous venons de discuter plus haut, on peut postuler que le virage ambulatoire informatisé est fondamentalement implanté dans le but d'augmenter la productivité de l'ensemble du système sociosanitaire pour le rendre, dans sa portion publique, moins coûteux. Or, nous pensons que les conceptions qui sont sous-jacentes à cet objectif central du virage ambulatoire informatisé sont modelées par des conceptions économiques, néoclassiques, qui reposent sur des critères de contrôle administratifs de temps, de quantité, de coûts et d'optimum, incompatibles avec l'*efficience clinique et thérapeutique* des services de soins. Dans ce contexte, il y a assimilation de ces derniers à des *objets*, des *produits*, voire des marchandises, qu'on veut transformer, dans le but d'en extraire des économies, indépendamment de l'impact que cette transformation a sur la qualité du travail médical et sur la qualité des services de soins offerts à la population québécoise. Il y aurait donc transformation de la prise en charge clinique de la maladie et des patients dans le but d'effectuer des économies à même la prestation de soins, d'où selon nous le passage d'une vision «fordiste-keynésiste» de la santé (où l'accessibilité universelle et la qualité des soins sont les impératifs les plus importants à atteindre dans les services de soins) à une vision productiviste de la santé où l'objectif de réduction constante des coûts publics des services de soins s'impose comme objectif premier et déterminant par rapport à la qualité des soins offerts à la population.

---

[368] *Ibid*., p. 50 et suivantes.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Notre objectif consistait à analyser les conceptions de la productivité qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé en santé au Québec, comme solution à la crise du système sociosanitaire québécois. Plus précisément, nous voulions analyser les conceptions sur les moyens par lesquels les acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire pensent résoudre la crise du système sociosanitaire en transformant celui-ci. C'est pourquoi notre projet de recherche reposait d'une part sur l'analyse des fondements réels de la crise telle que «diagnostiquée», décrétée politiquement, par l'État québécois et, d'autre part, sur l'analyse de la solution privilégiée - le virage ambulatoire informatisé - à cette crise en santé.

2.1 UNE DOUBLE APPROCHE : QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Puisque nous nous intéressions aux conceptions de la productivité qui président à l'implantation du virage ambulatoire informatisé en santé comme solution à la crise du système sociosanitaire, notre analyse devait s'effectuer à plusieurs niveaux. En effet, nous devions analyser, dans un premier moment, la crise du système sociosanitaire, c'est-à-dire les indicateurs macro-économiques à partir desquels la crise fut politiquement décrétée par l'État québécois. Cela afin de nous permettre, dans un deuxième moment, de comprendre les raisons qui ont motivé l'État québécois à réorganiser le système sociosanitaire, à le modifier structurellement. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur l'interprétation qu'a fait l'État québécois de la crise en santé et sur la solution - le virage ambulatoire informatisé - qu'il a préconisé pour la résoudre. Ce qui nous a conduit, dans un troisième et dernier temps, à mettre en lumière les conceptions des acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire, c'est-à-dire celles les «décideurs» et celles des professionnels de la santé. C'est pourquoi nous avons utilisé à la fois une approche quantitative et une approche qualitative.

L'approche quantitative permet de dresser un portrait d'un phénomène à partir d'une mise en rapport de différentes données quantitatives, c'est-à-dire à partir

d'indicateurs macro-économiques. Quant à l'approche qualitative, elle permet notamment de comprendre le sens et les nuances accordés à un phénomène donné à travers tel ou tel discours, qu'il soit oral ou écrit.

Compte tenu de notre objet de recherche, les approches quantitative et qualitative nous ont permis, dans un premier temps, de mettre en lumière les diverses composantes socioéconomiques de la crise du système sociosanitaire pour, ensuite, comprendre les conceptions, donc le sens organisant le discours employé par les acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire, sur les moyens par lesquels ils pensent résoudre la crise en santé. C'est donc dire que nous avons abordé le problème à la fois d'un point de vue macro et d'un point de vue microsociologique. Pour ce faire, nous avons utilisé trois techniques de collecte de données : la compilation de statistiques officielles, la collecte des documents officiels sur le projet de virage ambulatoire informatisé et des entrevues semi-directives auprès d'acteurs impliqués dans cette réorganisation.

2.1.1 Une analyse de l'évolution des principaux indicateurs de performance dans le système sociosanitaire

Analyser les conceptions qui président à l'implantation du virage ambulatoire informatisé dans le système sociosanitaire comme solution à la crise en santé, c'est replacer cette crise dans le contexte de l'épuisement du fordisme-keynésisme dans les années soixante-dix. Ce qui suppose que nous remontions à la base de l'évolution des indicateurs à partir desquels la crise du système sociosanitaire a été annoncée dans les années quatre-vingts par différents acteurs - c'est-à-dire l'État et les administrateurs publics de la santé - impliqués dans la mise en place de la solution à cette crise en santé dans les années quatre-vingt-dix, dans le cadre de l'instauration de la société néolibérale. Dans un souci d'exhaustivité, nous avons analysé les indicateurs de dépenses, démographiques et organisationnels dans le système sociosanitaire.

Les indicateurs macro-économiques relatifs aux dépenses de santé sont ceux qui expriment, dans le temps, des valeurs monétaires. À ce titre, nous avons retenu les indicateurs des dépenses totales, publiques et privées de santé au Québec. Ces mêmes indicateurs ont été analysés plus rigoureusement en fonction des différentes catégories d'affectation de fonds. Lorsque les données étaient exprimées en dollars courants, nous avons tenu compte de l'évolution de l'IPC, à partir duquel on détermine le taux d'inflation. Une mise en rapport de l'évolution des dépenses a également été faite avec

l'évolution du PIB. Ce qui nous a permis de contextualiser l'évolution des dépenses par leur véritable ampleur sur l'ensemble du système productif-reproductif.

Au-delà de l'évolution des indicateurs macro-économiques de dépenses, nous avons analysé les indicateurs organisationnel, c'est-à-dire le nombre d'établissements sanitaires, de lits et places et d'effectifs médicaux. Nous les avons analysés en rapport avec le rythme de croissance de la population québécoise totale (indicateurs démographiques) de façon à déterminer l'évolution de différents ratios.

L'analyse statistique de l'ensemble des données recueillies, une fois regroupées[369], nous a permis d'expliquer l'évolution du système sociosanitaire par les grandes tendances qui l'ont traversé depuis les années soixante-dix, afin de comprendre les transformations du système sociosanitaire de 1975 à 2000, donc : **1)** depuis l'affirmation par l'État de la crise en santé à partir du tournant des années soixante-dix ; **2)** depuis la mise en place de politiques de gestion de cette crise dans les années quatre-vingts ; et **3)** depuis l'instauration de la société néolibérale au Québec dans les années quatre-vingt-dix.

2.1.2 Une analyse de contenus écrits

Comme deuxième méthode d'analyse des données, nous avons privilégié l'analyse qualitative de contenus des principaux documents officiels portant sur le projet de virage ambulatoire informatisé. L'analyse de contenu permet de faire ressortir les différentes significations d'un texte suivant l'interprétation qu'on peut faire des termes et concepts qui sont employés, en fonction d'une grille de lecture permettant de comprendre le sens du message et donc du discours exprimé par le texte. Plusieurs raisons expliquent ce choix méthodologique de notre part.

En effet, l'analyse de contenu nous a permis, une fois complétée l'analyse statistique des données relatives à l'évolution des indicateurs macro-économiques sélectionnés dans le secteur de la santé, de comprendre les motifs pour lesquels l'État a

---

[369] Une grande partie de notre effort a consisté à regrouper les données pour ainsi dégager des tendances et des comparaisons. Il s'agit en fait d'une étape fondamentale de l'analyse statistique, comme l'a indiqué André Lamoureux (*Une démarche scientifique en sciences humaines. Méthodologie*, Laval, Éditions études vivantes, 1992, p. 446).

décidé de réorganiser, sur la base d'une décision politique, le système sociosanitaire. Il s'agissait donc d'analyser les buts et les objectifs du virage ambulatoire informatisé préconisé par l'État pour résoudre la crise en santé. Nous avons à cet effet plus précisément analysé l'incidence générale des autoroutes de l'information en santé selon le point de vue des rédacteurs de ces documents. Ainsi, nous avons analysé les effets souhaités et attendus des autoroutes de l'information - du virage ambulatoire informatisé - en santé, les modifications souhaitées et attendues au niveau de l'organisation du travail, les effets souhaités et attendus sur les services de soins, le rôle de la mise à disposition numérique de l'information et les termes dans lesquels sont définis la productivité et les autres notions afférentes tels que la performance, l'efficience et l'efficacité. Ce qui nous a permis de cerner le type de productivité auquel l'État réfère dans son projet de mise en place de l'ambulatoire informatisé.

Pour ce faire, nous avons mis en exergue la signification des propos explicitement rédigés dans les textes que nous avons analysés. L'analyse de ces propos nous a conduit à mettre l'accent sur le sens des différentes notions employées par les acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire pour justifier la nécessité selon eux d'implanter les autoroutes de l'information en santé, de mettre en place l'ambulatoire informatisé.

Nous avons construit notre grille d'analyse à partir des indicateurs suivants, que nous avons répartis en trois grandes catégories d'analyse textuelle :

1. Sur la mise en place du virage ambulatoire informatisé dans le secteur de la santé
    - sur la description et l'origine du projet
    - sur les motifs d'implantation
    - sur les objectifs visés
    - sur les partenaires impliqués
    - sur les stratégies de déploiement
    - sur les facteurs de développement et les freins

2. Sur l'incidence générale du virage ambulatoire informatisé
    - sur les effets généraux attendus
    - sur l'impact souhaité
    - sur les effets sur la prestation de service
    - sur les effets de la mise à disposition numérique de l'information

3. Sur le type de productivité visée
    - sur les termes dans lesquels est définie la productivité
    - sur l'importance de la productivité dans la réorganisation

- sur les moyens par lesquels on pense augmenter la productivité en santé
- sur les termes afférents utilisés (performance, efficacité, efficience, rentabilité, optimum)

2.1.3 Une analyse d'entrevues semi-directives

L'analyse qualitative des contenus des entrevues semi-directives conduites auprès des acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire a constitué le troisième volet de notre méthodologie. Complémentaire à l'analyse de contenus écrits, elle nous a permis de saisir et d'approfondir - auprès d'informateurs clés sélectionnés sur la base de leur rôle et statut dans la mise en place de l'ambulatoire informatisé - les raisons pour lesquelles ce dernier représentait la solution à ce qui était conçue comme une crise de productivité du système sociosanitaire. Nous voulions saisir quels étaient les objectifs assignés à cet ambulatoire informatisé, ce qui nous a conduit à cerner, identifier, le type de conception qui préside à la réalisation du projet d'augmenter la productivité du système sociosanitaire.

Ainsi donc, en correspondance avec l'analyse de contenus écrits, nous avons tenté de comprendre le contexte général de la réorganisation du système sociosanitaire en mettant en lumière, à partir des témoignages recueillis, les conceptions qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé et plus précisément les moyens par lesquels on pensait, à l'aide de celui-ci, augmenter la productivité des services de soins. Les entrevues semi-directives nous ont ainsi permis, en donnant toute la latitude d'expression à nos informateurs, d'analyser la logique qui façonne la rhétorique qu'ils utilisent pour évoquer la nécessité de mettre en place l'ambulatoire informatisé en santé au Québec.

Pour ce faire, nous avons effectué les entrevues à l'aide d'un canevas d'entrevue qui repose sur deux dimensions relatives à ce que nous voulions connaître et comprendre du virage ambulatoire informatisé dans le système sociosanitaire comme solution à la crise de productivité en santé.

Premièrement, nous avons interrogé les informateurs sur la logique d'implantation de l'ambulatoire informatisé, c'est-à-dire pourquoi il est implanté, pour qui, dans quels buts et en fonction de quels objectifs. Nous voulions ainsi saisir les stratégies de mise en place et de déploiement de cet ambulatoire informatisé dans le

secteur de la santé et sur les ressources consenties pour rencontrer les objectifs poursuivis.

Deuxièmement, les informateurs ont été interrogés sur les incidences du virage ambulatoire informatisé sur le système sociosanitaire. Ainsi, nous avons mis l'accent sur les effets souhaités et attendus du virage ambulatoire informatisé, en interrogeant les informateurs sur ce que cette solution allait changer dans l'organisation du travail médical. À ce titre, nous avons demandé aux informateurs en quoi l'ambulatoire informatisé modifiait, ou pouvait modifier, le contenu du travail du personnel soignant, la structure des institutions, la prestation de service et l'interaction personnel soignant - patients et finalement la productivité. Nous avons insisté sur la façon dont celle-ci est conçue et définie, sur le rôle qu'elle occupe dans la mise en place du virage ambulatoire informatisé et sur les moyens mis en œuvre pour l'augmenter de façon à résoudre la crise du système sociosanitaire.

2.2 CORPUS DE DONNÉES ET POPULATION D'ENQUÊTE

Nous avons assemblé trois corpus de données : **1)** le premier est constitué de données statistiques secondaires ; **2)** le deuxième de documents officiels ; **3)** et le dernier de témoignages d'acteurs clés impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire.

Dans un premier temps, les données statistiques que nous avons analysées proviennent de différentes sources issues du secteur public. Mentionnons entre autres les données provenant de l'Institut de la Statistique du Québec, du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS), du Conseil du Trésor, de Statistique Canada, de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Notre analyse s'est arrêtée sur les données évolutives de 1975 à 2000 au Québec. Le choix de cette période reposait sur l'importance de saisir les tendances ayant marqué l'évolution des indicateurs sociosanitaires en partant de la crise des années soixante-dix jusqu'à aujourd'hui.

Deuxièmement, pour nous avons sélectionné treize (13) documents officiels publiés par l'État québécois dans les années quatre-vingt-dix, c'est-à-dire depuis la mise en place des premières expérimentations dans le domaine de la télésanté[370]. L'État

[370] À ce titre, notre choix des documents analysés provient en partie d'une recension effectuée par Marc

québécois évoquait à ce moment la nécessité d'adopter un plan concret de mise en œuvre des orientations technologiques de façon à favoriser un déploiement cohérent des autoroutes de l'information en santé :

> En 1992, les partenaires du réseau sociosanitaire se dotaient d'une stratégie d'ensemble pour guider l'évolution des technologies de l'information. Les orientations technologiques ont en effet permis aux partenaires de prendre une direction commune, qui s'est enrichie graduellement avec la publication de nombreux écrits sur le sujet[371].

Nous avons donc analysé les documents suivants :

- Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources d'information, Service d'orientations, planification et normes, *Contexte technologique du réseau sociosanitaire en matière d'informatisation*, Québec, MSSS, octobre 1992, 47 p.

- Conseil de la science et de la technologie, *Miser sur le savoir : les nouvelles technologies de l'information, rapport de conjoncture*, Québec, CST, octobre 1994, 11 p.

- Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, Québec, CCAI, juillet 1995, 53 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction générale de l'administration et des immobilisations et Direction générale des ressources informationnelles, *Prendre l'autoroute de l'information... Les prémisses du plan d'action pour le secteur sociosanitaire, document de travail*, Québec, MSSS, octobre 1995, 19 p.

- Secrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*, Québec, SAI, février 1996, 54 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, Québec, MSSS, novembre 1996, 100 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources

---

Lemire (*Actions gouvernementales structurantes. Chronologie commentée sur le développement des inforoutes santé et de la télésante au Québec et au Canada*, ouvrage cité.).

[371] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, MSSS, novembre 1996, p. iii.

informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, Québec, MSSS, novembre 1996, 186 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, Québec, MSSS, novembre 1996, 28 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, Québec, MSSS, mai 1997, 76 p.

- Secrétariat de l'autoroute de l'information - Secrétariat du Conseil du Trésor, *Actions structurantes soumises par les ministères et organismes du gouvernement du Québec, clientèles visées et objectifs poursuivis*, SAI, Québec, novembre 1997, 60 p.

- Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 1998, 98 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux, *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*, Québec, MSSS, avril 1998, 52 p.

- Ministère de la Santé et des services sociaux, *Bilan de la planification stratégique 1998-2001 des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire québécois*, Québec, MSSS, mars 2000, 31 p.

Enfin, dans le volet final de notre approche méthodologique, nous avons sélectionné, pour nos entrevues semi-directives, vingt-cinq (25) informateurs clés, c'est-à-dire des acteurs impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire autour du virage ambulatoire informatisé. Ces informateurs clés ont été sélectionnés en fonction de leur statut et de leur degré d'implication dans ce processus de transformation du système sociosanitaire. Nous avons divisé notre population d'enquête en quatre principales catégories d'informateurs : **1)** une catégorie de hauts fonctionnaires, à la tête des directions au sein du MSSS, des régies régionales ou au sein d'établissements sanitaires, impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire autour du virage ambulatoire informatisé ; **2)** une catégorie de responsables administratifs d'expérimentations ou de projets en télémédecine à visée clinique au sein d'établissements de santé ; **3)** une catégorie de professionnels de la santé à la tête d'expérimentations ou de projets en télémédecine à visée clinique et **4)** une catégorie de promoteurs de nouvelles technologies, c'est-à-dire de gestionnaires et dirigeants impliqués dans l'informatisation du secteur de la santé au sein d'une entreprise fournissant des solutions technologiques

dans le secteur de la santé au Québec[372].

Le choix de ces informateurs résidait dans l'importance que nous devions accorder au rôle stratégique qu'ils jouaient dans le cadre de la mise en place de la solution technico-organisationnelle à la crise du système sociosanitaire. Nous avons donc interrogé des acteurs issus de la base (les professionnels de la santé) et du haut (les hauts fonctionnaires, administrateurs, gestionnaires et promoteurs) de façon à obtenir des témoignages qui rendent compte du rôle de chaque informateur dans le déploiement du virage ambulatoire informatisé en santé, pour ainsi mettre en lumière les contradictions susceptibles d'exister dans la façon de concevoir les objectifs ultimes du virage ambulatoire informatisé en santé. Ce qui nous a permis de rendre compte de toutes les nuances qui existent dans les différentes logiques d'implantation, qu'elles soient *top down* ou *bottom up*[373].

La prise de contact avec ces informateurs s'est principalement faite par courrier électronique, à la suite de la lecture de reportages parus dans la revue *Le Réseau informatique* où il était question de plusieurs projets expérimentaux au Québec menés par plusieurs acteurs dont on indiquait les coordonnées, le statut, le rôle et la fonction.

---

[372] Notons que nous n'avons interrogé que des acteurs impliqués dans des expérimentations à **visée clinique**, c'est-à-dire des expérimentations qui se font dans le but de réorganiser le travail médical pour également modifier les services de soins offerts aux patients. Nous avons donc exclut les acteurs impliqués dans des expérimentations à visée uniquement administrative. Un tel choix méthodologique résidait dans la portée même de notre hypothèse et de ce que nous voulions comprendre à travers les témoignages, c'est-à-dire les différentes conceptions de la productivité qui président à la mise en place du virage ambulatoire informatisé.

[373] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 258 et suivantes.

CHAPITRE III

L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE, 1975 À 2000

Dans ce chapitre, nous dresserons un portrait quantitatif de l'évolution du système sociosanitaire au Québec par la mise en lumière des grandes tendances qui l'ont marqué de 1975 à 2000. Nous analyserons ainsi l'évolution des principaux indicateurs de dépenses, démographiques et organisationnels afin de mettre en contexte le décret de crise du système sociosanitaire qui a conduit à la mise en application de politiques restrictives dans les années quatre-vingts et, par la suite, à l'instauration de la société néolibérale dans les années quatre-vingt-dix.

3.1 UNE CROISSANCE GIGANTESQUE DES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ

3.1.1 Croissance des dépenses totales de santé

Au Québec les dépenses totales de santé ont considérablement augmenté de 1975 à 2000. En effet, comme l'indique le tableau suivant, elles ont été multipliées par 1,8 de 1975 à 2000, passant de 10,7 à 19,1 milliards de dollars constants [de 1997], pour un taux de croissance de 77,7 %[374].

[374] Notons que les dépenses totales de santé par habitant ont, quant à elles, augmenté moins rapidement que les dépenses totales de santé. Elles ont été multipliées par 1,5 pour un taux de croissance de 52,5 %, ayant passé de 1 696,47 $ en 1975, à 2 586,45 $ en 2000 (voir tableau 1, appendice 3).

TABLEAU 3.1
Dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000 - dollars constants
(en ’000 000 $ de 1997)

Année	Dépenses totales $	Variation en %
1975	10 738,0	---
1980	11 629,2	8,3
1985	14 150,8	21,7
1990	16 236,4	14,7
1995	17 426,4	7,3
2000p	19 081,8	9,5
2000/1975 en %	77,7	---

P : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l’ICIS (2000-2001).

Comme l’indique le tableau ci-haut, on constate que la plus forte augmentation des dépenses totales de santé au Québec a été enregistrée entre 1975 à 1985, la variation par tranche de cinq ans dépassant les 8,0 % (8,3 et 21,7). Soulignons que ces fortes augmentations avaient lieu au moment même où la crise du système sociosanitaire était décrétée, tel que nous l’avons souligné dans notre problématique (chapitre 1). À partir de 1985, dans le passage à la société néolibérale, le rythme de croissance des dépenses totales de santé devient d’abord beaucoup plus faible, pour ensuite se faire timide avant d’augmenter quelque peu par la suite, puisque les variations par tranche de cinq ans ont été de 14,7 %, de 7,3 % et de 9,5 %[375].

3.1.2 Croissance comparée des dépenses totales de santé et du PIB

Cette croissance des dépenses totales de santé a eu d’autant plus d’ampleur sur l’économie québécoise qu’elle était beaucoup plus forte que celle du produit intérieur brut (PIB). Comme le montre le tableau suivant, les dépenses totales de santé ont augmenté de 77,7 % sur l’ensemble de la période (de 10,7 milliards de dollars constants [de 1997] en 1975 à 19,1 milliards de dollars constants [de 1997] en 2000), alors que le PIB a augmenté, quant à lui, de seulement 28,5 % de 1981 à 1995 (passant de 132,6 milliards de dollars constants [de 1992] en 1981 à 170 milliards de dollars constants [de 1992] en 1995[376]), selon les données dont nous disposons[377]. De plus, nous constatons que le

[375] Ce qui est également observé pour les dépenses totales de santé par habitant, dont les variations par tranche de cinq ans ont été de 2,7 %, 0,9 % et -2,2 % (voir tableau 1, appendice 3).

[376] Le PIB par habitant (en dollars constants) n’a augmenté que de 16,2 % de 1981 à 1995. C’est nettement

rythme de croissance des dépenses totales de santé a été, en général, par tranche de cinq ans, supérieur à celui du PIB ; par exemple de 1980 à 1985, où la variation des dépenses totales de santé est de 21,7 % comparativement à 6,5 % pour le PIB[378].

TABLEAU 3.2
Dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000 (dollars constants de 1997) et PIB (dollars constants de 1992)

Année	Dépenses totales $ ('000, 000)	Variation en %	PIB en $ constants de 1992	Variation en %	Prop. Dép. tot. dans le PIB
1975	10 738,0	---	---	---	---
1980	11 629,2	8,3	132 580 (1981)	---	8,8
1985	14 150,8	21,7	141 169	6,5	10,0
1990	16 236,4	14,7	160 838	13,9	10,1
1995	17 426,4	7,3	170 366	5,9	10,2
2000p	19 081,8	9,5	---	---	---
2000/1975 en %		77,7		28,5 (1995/1981)	15,9 (1995/1981)

P : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l'ICIS (2000-2001).

Les données de ce tableau nous permettent également de constater que la proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB n'a cessé d'augmenter pour l'ensemble de la période analysée[379]. En effet, cette proportion des dépenses totales de santé par rapport au PIB est passée de 8,8 % du PIB en 1980 à 10,2 % en 1995, pour un taux de croissance de 15,9 %. Cela indique, d'une part, que ces dépenses ont accaparé une part de plus en plus grande de la richesse produite et, d'autre part, que cette augmentation croissante du poids de ces dépenses dans l'ensemble de l'activité

---

inférieur au rythme de croissance des dépenses totales de santé par habitant qui était de 52,5 % (voir tableau 1, appendice 3).

[377] Par cette mention, nous indiquons au lecteur que certaines données pour la période analysée (1975 à 2000) n'étaient pas disponibles au moment où nous les avons colligées.

[378] Ce qui n'est pas le cas pour les dépenses totales de santé par habitant et le PIB par habitant. On constate en effet qu'à partir de 1985, le PIB par habitant augmente plus rapidement que les dépenses totales de santé par habitant (voir tableau 1, appendice 3).

[379] C'est également le cas pour les dépenses totales de santé par habitant (voir tableau 1, appendice 3).

économique devenait une tendance qui à terme allait mettre à mal le fonctionnement de l'économie en général, comme l'ont d'ailleurs indiqué plusieurs économistes néoclassiques dont les travaux allaient inspirer le décret de crise du système sociosanitaire[380]. Notons de plus que cette proportion des dépenses totales de santé dans le PIB a constamment augmenté, même si cet accroissement est assez faible (de 10,0 % en 1985, à 10,1 % en 1990, à 10,2 % en 1995), ce qui laisse entrevoir une tendance constante à la hausse de cette proportion, malgré l'application des politiques néoconservatrices restrictives et néolibérales ayant frappé le secteur de la santé dans les années quatre-vingts et quatre-vingt-dix.

3.2 L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES[381] DE SANTÉ : UNE DOUBLE TENDANCE

3.2.1 La croissance de la proportion des dépenses publiques et privées de santé dans les dépenses totales de santé

La forte augmentation des dépenses totales de santé au Québec de 1975 à 2000 résulte en grande partie de l'augmentation des dépenses privées de santé. C'est du moins ce qui se dégage du tableau suivant qui montre que la proportion des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé diminue, à l'inverse des dépenses privées qui, elles, augmentent notablement. En effet, il y a croissance de la proportion des dépenses privées dans les dépenses totales de santé de 19,3 % de 1975 à 2000, alors que la proportion des dépenses publiques décroît de -5,2 %. Le tableau 3.3 nous permet également de constater que la proportion des dépenses privées dans les dépenses totales de santé est passée de 21,2 % en 1975 à 25,3 % en 2000, tandis que la proportion pour les dépenses publiques décroît, passant de 78,8 % en 1975 à 74,7 % en 2000.

---

[380] Voir à ce sujet Denis-Clair Lambert, *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, ouvrage cité ; Alan Sorkin, *Health Care and the Changing Economic Environment*, ouvrage cité ; et Charles Phelps, *Les fondements de l'économie de la santé*, ouvrage cité.

[381] Notons que les dépenses publiques de santé incluent les dépenses provenant de transferts fédéraux au Québec, les transferts provinciaux aux municipalités, les dépenses dites particulières assumées par le Gouvernement fédéral (par exemple les dépenses consacrées aux autochtones, aux Forces armées, aux anciens combattants notamment, pour la promotion de la santé et la recherche), les dépenses pour la santé publique et les dépenses pour les caisses de sécurité sociale (gérées et administrées par différents organismes para-gouvernementaux tels que les commissions des accidents de travail et, au Québec depuis 1997, le Fonds d'assurance-médicaments). Les dépenses privées regroupent, quant à elles, les dépenses assumées par les citoyens pour différents produits ou services de soins, les réclamations d'assurance défrayées par les assureurs, les dépenses commerciales, les coûts d'administration des réclamations, les revenus des établissements sanitaires (par exemple les dons, revenus de placement), les dépenses pour différents équipements et installations et les dépenses pour la recherche privée. Pour plus de détails, voir ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*, ouvrage cité, p. 56-57.

TABLEAU 3.3

Proportion des dépenses publiques et privées de santé dans les dépenses totales de santé au Québec, 1975 à 2000

Année	Proportion des dépenses privées en %	Variation en %	Proportion des dépenses publiques en %	Variation en %
1975	21,2	---	78,8	---
1980	18,5	-0,1	81,5	3,4
1985	21,0	13,5	79,0	-3,1
1990	24,4	16,2	75,6	-4,3
1995	26,5	8,6	73,5	-2,8
2000p	25,3	-4,5	74,7	1,6
2000/1975 en %	19,3	---	-5,2	---

P : Prévision
Sources : Données construites sur la base des données de l'ICIS, décembre 2000, MSSS, SDI.

Ces données indiquent que l'évolution des dépenses totales en santé au Québec est marquée durant cette période 1975-2000, par la diminution de la dépense publique dans le total des dépenses et l'augmentation de la dépense privée. Il faut donc penser que les citoyens québécois ont dû consacrer une part de plus en plus grande de leur revenus personnels à la santé. On constate ainsi que la diminution relative de la dépense publique en santé a constitué une véritable base objective pour le développement d'un marché de la santé. Cependant, alors que cette double tendance à l'augmentation des dépenses privées et à la diminution relative de la dépense publique de santé s'affirme, le revenu moyen des québécois stagne ou n'augmente que très faiblement, soit de 2,7 % (ligne 4, colonne 6 de la section B du tableau 3.4), passant de 28 230 à 28 997 dollars de 1980 à 2000 (ligne 5 de la section A du tableau 3.4).

TABLEAU 3.4

Répartition (en %) des personnes gagnant un revenu, Québec, (1980-2000)

Section A
Variation en dollars

	(1) 1980	(2) 1985	(3) 1990	(4) 1995	(5) 2000
(1) 0 - 24 999 $	50,9	55,2	53,1	54,4	52,6
(2) 25 000 – 49 999 $	34,4	31,4	33,8	32,9	31,3
(3) 50 000 $ et plus	14,7	13,4	13,3	12,7	16,1
(4) TOTAL Gains moyens	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(5) ($ constants de 2000) Gains médians	28 230	26 254	27 499	26 705	28 997
(6) $ constants de 2000)	24 552	22 428	23 166	22 656	23 191

Section B
Variation en pourcentage

	(1) 1980	(2) 1985	(3) 1990	(4) 1995	(5) 2000	(6) 2000 / 1975
(1) 0 - 24 999 $	---	8,4	-3,8	2,4	-3,3	3,3
(2) 25 000 – 49 999 $	---	7,8	-8,9	-2,7	-4,9	-9,0
(3) 50 000 $ et plus	---	-8,8	-0,7	-4,5	26,8	9,5
(4) TOTAL Gains moyens	---	---	---	---	---	---
(5) ($ constants de 2000) Gains médians	---	-7,0	4,7	-2,9	8,9	2,7
(6) $ constants de 2000)	---	-8,7	3,3	-2,2	2,4	-5,5

Source : Statistique Canada, *Tendances du revenu au Canada*, 1980-2000.

On constate également que le revenu médian a, quant à lui, diminué sensiblement, étant passé de 24 552 dollars en 1980 à 23 191 dollars en 2000 (ligne 6 de la section A du tableau 3.4), soit une diminution de 5,5 % (ligne 5, colonne 6, section B du tableau 3.4).

En tenant compte simultanément de ces deux constats, on réalise : **1)** que le revenu global a augmenté ; **2)** qu'il y a plus de personnes à haut revenu ; **3)** qu'il y a plus de personnes à bas revenu. L'écart entre ceux qui gagnent plus et ceux qui gagnent moins

s'est donc agrandi. Ce que montrent très clairement les lignes 1, 2 et 3 des sections A et B du tableau 3.4. En effet, la proportion des personnes dont le revenu se situe entre 0 et 24 999 dollars a sensiblement augmenté, de 3,3 % (ligne 1, colonne 6, section B du tableau 3.4), passant de 50,9 % en 1980, à 52,6 % en 2000 (ligne 1 section A du tableau 3.4), alors que la proportion des personnes dont le revenu se situe dans la tranche des 50 000 dollars et plus augmente de 9,5 % (ligne 3, colonne 6, section B du tableau 3.4), passant de 14,7 % en 1980 à 16,1 % en 2000 (ligne 3, colonne 1 et 5, section A, tableau 3.4).

Ces derniers constats indiquent que, si on a créé un espace pour l'échange marchand dans le secteur de la santé, l'évolution de la répartition des revenus montre que l'accès aux produits et services mis en circulation dans cet espace est forcément inégal, la capacité de payer l'étant.

Pour soutenir le développement de ce marché, comme d'autres d'ailleurs, il fallait que les citoyens disposent davantage de moyens de payer. La politique de la baisse des impôts allait y pourvoir, du moins en partie, comme en atteste l'évolution des tables d'imposition applicables de 1975 à 2000. On constate en effet à la lecture du tableau suivant (3.5), qu'il y a eu une réduction globale du taux d'imposition pour les trois classes de revenu.

TABLEAU 3.5
Évolution des tables d'imposition applicables de 1975 à 2000, au Québec (en %)

Année	0 $ - 26 000 $	26 000 $ - 52 000 $	52 000 $
1975	16 – 24	24 – 26	26 – 28
1980	13 – 27	27 – 32	30 – 33
1985	13 – 27	27 – 32	30 – 33
1990	16 – 23	21 – 24	24
1995	16 – 23	21 – 24	24
2000	19	22,5	25
2000/1975 en %	-5,0	-10,0	-3,8

* les montants sont approximatifs
Source : Données construites sur la base des données du Ministère des Finances, de l'Économie et de la Recherche

Elle fut de -5,0 % pour la tranche des revenus variant de 0 à 26 000 dollars, de -

10,0 % pour celle allant de 26 000 à 52 000 $ et de -3,8 % pour les personnes disposant d'un revenu supérieur à 52 000 dollars. Notons toutefois que le minimum d'imposition a, sur l'ensemble de la période, augmenté pour les personnes aux revenus inférieurs, passant de 16 à 19 %. Elle a baissé pour celles se situant dans la tranche des revenus intermédiaires (26 000 à 52 000 dollars), déclinant de 24 à 22,5 %, et pour ceux qui se situent dans la tranche supérieure de revenu (52 000 $ et plus), passant de 26 à 25 %. Cela tend à confirmer le constat formulé plus haut sur la possibilité inégale d'accès à la partie marchande des dépenses de santé.

3.2.2 La croissance comparée des dépenses publiques et privées

L'évolution de la proportion des dépenses publiques et privées dans les dépenses totales de santé montre que le rythme de croissance des dépenses privées a été, de 1985 à 1995, largement supérieur au rythme de décroissance des dépenses publiques, comme l'indique le tableau suivant.

TABLEAU 3.6
Dépenses publiques et privées de santé au Québec, 1975-2000,
(en '000 000 $ de 1997)

	Dépenses publiques	**Variation en %**	**Dépenses privées**	**Variation en %**	**Ratio publiques / privées**
1975	8 386,8	---	2 351,1	---	3.6
1980	9 105,8	8,6	2 523,4	7,3	3.6
1985	1 0788,8	18,5	3 362,1	33,2	3.2
1990	1 2042,7	11,6	4 193,8	24,7	2.9
1995	1 2694,6	5,4	4 731,8	12,8	2.7
2000p	1 4216,8	12,0	4 865,0	2,8	2.9
2000/1975 en %	---	69,5	---	106,9	-17,1

p : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l'ICIS (2000-2001).

On remarque en effet, d'une part, que les dépenses publiques de santé ont été de 1975 à 2000 multipliées par 1,7, passant de 8,4 à 14,2 milliards de dollars constants [de 1997] en 2000, pour un taux global de croissance de 69,5 %. D'autre part, les dépenses privées de santé sont, quant à elles, passées de 2,4 milliards de dollars en 1975, à 4,9

milliards de dollars en 2000. Elles ont donc plus que doublé, ayant été multipliées par 2,1, pour un taux total de croissance de 106,9 % sur l'ensemble de la période. Ces données nous amènent à constater que la part privée de la dépense de santé non seulement augmente de façon constante, mais qu'elle croît plus rapidement que la part publique, donc que le poids de l'échange marchand s'accroît de plus en plus, ainsi que le montre l'évolution à la baisse du ratio dépenses publiques / dépenses privées qui passe de 3.6 en 1980 à 2.7 en 1995, pour remonter à 2.9 en 2000. Par ailleurs, cela veut dire que le financement du système sociosanitaire au Québec tend, à partir du tournant des années quatre-vingts, dans le passage à la société néolibérale, à s'appuyer de plus en plus sur la dépense privée, donc sur l'espace marchand dont il a été plus haut question[382].

3.2.3 La croissance comparée des dépenses publiques et privées par rapport à l'évolution du PIB

En poussant un peu plus loin l'analyse, on constate que l'augmentation rapide de la proportion des dépenses privées dans les dépenses totales de santé a également voulu dire une plus grande croissance de la proportion des dépenses privées de santé dans le PIB, que la croissance de la proportion des dépenses publiques de santé. Le tableau suivant montre en effet que cette proportion des dépenses privées dans le PIB est passée de 1,9 % en 1980, à 2,8 % en 1995, pour un taux global de croissance de 47,4 %, tandis que la proportion des dépenses publiques dans le PIB est passée quant à elle de 6,9 % à 7,5 %, pour un taux de croissance de seulement 8,7 %[383].

---

[382] La même tendance se manifeste également pour les dépenses publiques et privées de santé par habitant. On constate en effet que les dépenses publiques par habitant ont augmenté de 45,4 % contre 77,5 % pour les dépenses privées de santé par habitant, de 1975 à 2000 (voir tableau 2, appendice 3).

[383] Notons que des tendances similaires se sont également manifestées pour les dépenses publiques et privées de santé par habitant (voir tableau 2, appendice 3).

TABLEAU 3.7

Dépenses de santé publiques, privées (en '000 000 $ de 1997) et PIB au Québec, 1975-2000

Année	PIB en $ de 1992	Dépenses publiques	Proportion dans le PIB	Dépenses privées	Proportion dans le PIB
1975	---	8 386,8	---	2 351,1	---
1980	132 580 (1981)	9 105,8	6,9	2 523,4	1,9
1985	141 169	10 788,8	7,6	3 362,1	2,4
1990	160 838	12 042,7	7,5	4 193,8	2,6
1995	170 366	12 694,6	7,5	4 731,8	2,8
2000p	---	14 216,8	---	4 865,0	---

Variation en pourcentage

Année	PIB en $ de 1992	Dépenses publiques	Proportion dans le PIB	Dépenses privées	Proportion dans le PIB
1975	---	---	---	---	---
1980	---	86	---	7,3	---
1985	6,5 (1985/1981)	185	10,1	33,2	26,3
1990	13,9	116	-1,3	24,7	8,3
1995	5,9	54	0,0	12,8	7,7
2000p	---	120	---	12,8	---
2000/1975 en %	28,5 (1995/1981)	69,5	8,7 (1995/1981)	106,9	47,4 (1995/1981)

P : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l'ICIS (2000-2001) et de Statistique Canada (Division des comptes nationaux et de l'environnement)

Notons également que la proportion des dépenses privées de santé dans le PIB a continuellement augmenté pour l'ensemble de la période analysée, à l'inverse de la proportion des dépenses publiques qui a même régressé de 1,3 % de 1985 à 1990, donc au moment de l'entrée de la société québécoise dans la société néolibérale. Ainsi, au moment même où le revenu total augmente, tel que nous l'avons indiqué plus haut, la part publique des dépenses de santé diminue relativement. Mais puisque le besoin de soins continue d'augmenter, comme l'accroissement de la dépense totale de santé l'indique et

tel que nous l'avons remarqué plus haut, l'espace ainsi «libéré» dans le domaine de la santé peut faire l'objet d'une dépense privée accrue, ne serait-ce qu'à partir de l'augmentation de la richesse même. Il y a donc accroissement relatif d'un espace de valorisation pour le Capital, dû à l'accroissement, à la création et à l'élargissement d'un marché de la santé, concrétisant ainsi un des objectifs de la réorganisation du système sociosanitaire, dont il a été question dans notre problématique. Cela montre bien comment s'est réalisé le passage à la forme néolibérale d'emprise sur et dans plusieurs activités humaines et sociales, dont celle des soins médicaux. Ce qui ne s'est pas fait sans conséquence pour l'organisation interne du système sociosanitaire.

3.2.4 Les dépenses publiques et privées par affectation de fonds[384]

3.2.4.1 La croissance comparée des dépenses publiques et privées par affectation de fonds

L'analyse des dépenses de santé (publiques et privées) par catégories d'affectation de fonds révèle d'abord que ces dépenses ont partout augmenté (voir la colonne 7, section B, tableau 3.8) et ensuite que les dépenses pour certains segments du système sociosanitaire ont augmenté beaucoup plus rapidement que d'autres (colonne 7, section B, tableau 3.8). C'est le cas des médicaments pour lesquels on note une

---

[384] Dans le dernier rapport de l'ICIS sur les *Tendances des dépenses nationales de santé*, on distingue sept catégories d'affectation de fonds : les hôpitaux, les autres établissements, les médecins, les autres professionnels, les médicaments, les immobilisations et les autres dépenses de santé (pour les définitions exactes voir Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*, Ottawa, ICIS, 2000, p. 58-60.). Selon l'ICIS, la catégorie formée par les «**hôpitaux**» regroupe les institutions, reconnues par le Gouvernement du Canada, qui offrent des services de soins courants ou plus spécifiques (soins pour malades chroniques, soins de réadaptation et de convalescence et soins psychiatriques), à court ou à long terme. Les «**autres établissements**» comprennent les établissements qui offrent des soins pour des patients souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique. Ces établissements sont en fait des foyers pour personnes âgées, pour personnes handicapées (mentales et physiques), pour personnes ayant des troubles d'alcool ou de drogues ainsi que pour les enfants qui ont des problèmes affectifs. L'ICIS précise toutefois que les établissements en service de garde de même que ceux destinés aux itinérants sont exclus de cette catégorie. La catégorie «**médecins**» renvoie aux dépenses pour les honoraires médicaux - payés par l'assurance-maladie du Québec - du personnel soignant en clinique privée. Sont également inclus les honoraires du personnel soignant en milieu hospitalier, les salaires, vacation et capitation. Notons toutefois que l'ICIS n'inclut pas dans cette catégorie les salaires versés au personnel soignant par la liste de paye des hôpitaux ou d'organismes publics de santé. La catégorie «**autres professionnels**» comprend toutes les dépenses associées aux services offerts par des professionnels de la santé autres que médecins, tels que les dentistes, psychologues, chiropraticiens, denturologistes, physiothérapeutes, podiatres, psychologues, optométristes, etc. La catégorie des «**médicaments**» renvoie aux médicaments prescrits ou vendus sans ordonnance. N'entrent pas dans cette catégorie les médicaments distribués gratuitement dans les établissements de soins de santé. Les «**immobilisations**» représentent toutes les dépenses de construction, d'acquisition de matériel et d'équipements des hôpitaux et des autres établissements. Finalement, la catégorie «**autres dépenses de santé**» inclut les dépenses pour les soins à domicile, pour le transport en ambulance, pour les prothèses, pour l'administration des programmes, pour la santé publique (activités liées à la promotion de la santé, à la prévention, etc.) et pour la recherche sur la santé.

augmentation considérable des dépenses publiques leur étant affectés pour la période 1975 à 2000. En effet, la ligne 9, section A, du tableau suivant indique que les dépenses publiques pour les médicaments sont passées de 45,4 millions de dollars courants en 1975, à 1,5 milliards en 2000, ce qui représente un taux gigantesque de croissance de 3 171,6 %[385] (voir la ligne 9, colonne 7 de la section B du tableau 3.8).

[385] Cette tendance est également remarquée en ce qui a trait aux dépenses publiques de santé par habitant destinées aux médicaments (voir ligne 9, colonne 7 de la section B, tableau 3, appendice 3).

TABLEAU 3.8

Dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds, Québec, 1975 à 2000 (dollars courants '000 000$)

Section A
En $

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p
Hôpitaux						
(1) - publiques	1 509,2	2 627,1	4 172,3	5 883,4	6 431,0	7 369,5
(2) - privées	92,3	199,8	405,3	635,1	426,1	289,4
Autres établissements						
(3) - publiques	199,4	550,0	956,7	881,9	926,2	1 170,0
(4) - privées	53,6	123,6	229,1	372,1	573,7	643,3
Médecins						
(5) - publiques	486,1	867,3	1 323,3	1 852,0	2 228,2	2 382,9
(6) - privées	4,3	6,3	12,9	15,3	20,2	32,7
Autres professionnels						
(7) - publiques	31,1	125,3	165,7	243,8	271,7	270,8
(8) - privées	231,4	298,7	717,8	1 146,6	1 492,9	1 873,0
Médicaments						
(9) - publiques	45,4	129,9	280,0	518,1	830,1	1 485,3
(10) - privées	243,3	211,6	573,1	1 107,1	1 639,1	1 983,6
Immobilisations						
(11) - publiques	116,3	80,9	213,7	307,3	485,9	809,4
(12) - privées	38,0	100,6	81,5	21,1	18,0	69,9
Autres dépenses						
(13) - publiques	102,4	192,6	323,5	600,4	766,1	1 027,2
(14) - privées	52,8	48,6	84,7	200,0	402,0	309,8
TOTAL						
(15) - publiques	2 489,9	4 573,0	7 415,2	10 286,9	11 939,2	14 514,1
(16) - privées	715,5	1 089,0	2 104,4	3 497,4	4 572,1	5 201,6

Section B
Variation en pourcentage

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000/1975 en %
Hôpitaux							
(1) - publiques	---	74,1	58,8	41,0	9,3	14,6	388,3
(2) - privées	---	116,3	103,1	56,7	-35,6	-32,4	213,5
Autres établissements							
(3) - publiques	---	175,8	73,9	-7,8	5,0	26,3	486,8
(4) - privées	---	130,6	85,4	62,4	54,2	12,1	1 100,2
Médecins							
(5) - publiques	---	78,4	52,6	40,0	20,3	6,9	390,2
(6) - privées	---	46,5	10,5	18,6	32,0	61,9	660,5
Autres professionnels							
(7) - publiques	---	302,9	32,2	47,1	11,4	-0,3	770,7
(8) - privées	---	72,3	80,0	59,7	30,2	25,5	709,4
Médicaments							
(9) - publiques	---	186,1	115,6	85,0	60,2	78,9	3 171,6
(10) - privées	---	-13,0	170,8	93,2	48,1	21,0	715,3
Immobilisations							
(11) - publiques	---	-30,4	164,2	43,8	58,1	66,6	596,0
(12) - privées	---	164,7	-19,0	-74,1	-14,7	288,3	83,9
Autres dépenses							
(13) - publiques	---	88,1	68,0	85,6	27,6	34,1	903,0
(14) - privées	---	-8,0	74,3	136,2	101,0	-22,9	486,7
TOTAL							
(15) - publiques	---	83,7	62,2	38,7	16,1	21,6	483,0
(16) - privées	---	52,5	93,2	66,2	30,7	13,8	627,0

Section C
Répartition en pourcentage des ‘000 000$*

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000/1975 en %
Hôpitaux							
(1) - publiques	60,1	57,4	56,3	57,2	53,9	50,8	-15,5
(2) - privées	12,9	18,3	19,3	18,2	9,3	5,6	-56,6
Autres établissements							
(3) - publiques	8,0	12,0	12,9	8,6	7,8	8,1	1,3
(4) - privées	7,5	11,3	10,9	10,6	12,5	12,4	65,3
Médecins							
(5) - publiques	19,5	19,0	17,8	18,0	18,7	16,4	4,3
(6) - privées	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,6	0,0
Autres professionnels							
(7) - publiques	1,2	2,7	2,2	2,4	2,3	1,9	58,3
(8) - privées	32,3	36,6	34,1	32,8	32,7	36,0	11,5
Médicaments							
(9) - publiques	1,8	2,8	3,8	5,0	7,0	10,2	314,8
(10) - privées	34,0	19,4	27,2	31,7	35,8	38,1	12,1
Immobilisations							
(11) - publiques	4,7	1,8	2,9	3,0	4,1	5,6	25,4
(12) - privées	5,3	9,2	3,9	0,6	0,4	1,3	-75,5
Autres dépenses							
(13) - publiques	4,1	4,2	4,4	5,8	6,4	7,1	42,2
(14) - privées	7,4	4,5	4,0	5,7	8,8	6,0	-18,9
TOTAL							
(15) - publiques	100	100	100	100	100	100	---
(16) - privées	100	100	100	100	100	100	---

P : Prévision
* : n’inclut pas la catégorie d’affectation de fonds «Santé publique et administration» nouvellement créée par l’ICIS en 2001.
Source : Données construites sur la base des données de l’ICIS (2000-2001).

L'augmentation hyperbolique des dépenses publiques affectées aux médicaments a voulu dire, pour l'ensemble de la période analysée, un accroissement du poids relatif de cette dépense dans le total des dépenses publiques pour l'ensemble des catégories d'affectation de fonds. Une augmentation de 314,8 %, compte tenu du fait que les dépenses publiques pour les médicaments ne représentaient que 1,8 % du total des dépenses publiques en 1975, alors que cette proportion s'élevait à 10,2 % en 2000 (ligne 9, section C du tableau 3.8).

À l'inverse de cette tendance à l'augmentation gigantesque des dépenses publiques en médicaments, on constate que se sont les dépenses publiques destinées aux hôpitaux et aux médecins qui ont augmenté le moins rapidement, respectivement de 388,3 % et de 390,2 %, comparativement aux autres catégories d'affectation de fonds, même si leur croissance demeure forte pour l'ensemble de la période[386] (lignes 1 et 5, colonne 7, section B, tableau 3.8). En effet, on note que les dépenses publiques affectées aux hôpitaux et aux médecins sont passées respectivement, entre 1975 et 2000, de 1,5 milliards de dollars courants, à 7,4 milliards, et de 486 millions de dollars courants à 2,4 milliards (lignes 1 et 5, colonnes 1 et 7 de la section A du tableau 3.8). Mais ce qu'il importe le plus de constater en ce qui regarde ces dépenses, c'est que leur poids relatif par rapport au total des dépenses publiques de santé n'a cessé de diminuer, contrairement à ce que nous venons de constater pour les dépenses publiques de santé affectées aux médicaments. Pour le cas des hôpitaux, la diminution globale est de 15,5 %, du fait qu'ils représentaient 60,1 % du total des dépenses publiques en 1975 et 50,8 % de ce même total en 2000 (ligne 1 de la section C du tableau 3.8). Dans le cas des médecins, le poids relatif des dépenses publiques leur étant affectées par rapport au total des dépenses publiques n'a augmenté que de 4,3 %, passant de 19,5 % de la dépense publique totale en santé en 1975, à 16,4 % en 2000 (ligne 5 de la section C du tableau 3.8).

À titre de comparaison avec la croissance du poids relatif des dépenses publiques affectées aux médicaments que nous avons soulignée un peu plus haut, il est pertinent de constater qu'il y a un déclin du poids relatif des hôpitaux et une faible croissance du poids relatif des médecins dans le total des dépenses publiques de santé au même moment où on assiste à une très forte croissance du poids relatif des médicaments. Ce qui confirme les constats effectués plus haut au sujet de la diminution relative des dépenses publiques de

---

[386] Ce qui est également le cas pour les dépenses publiques de santé par habitant destinées aux hôpitaux et aux médecins (voir lignes 3.1 et 5.1, sections A et B, tableau 3, appendice 3).

santé et de l'augmentation relative des dépenses affectées au privé à la base du développement d'un espace marchand en santé. En effet, cette augmentation hyperbolique des dépenses publiques consacrées aux médicaments veut dire un élargissement proportionnel des conditions de mise en valeur des investissements de l'industrie pharmaceutique à l'œuvre dans l'espace marchand du système sociosanitaire. De plus, la réduction relative des dépenses publiques consacrées aux hôpitaux - qui s'est concrétisée par la réduction de lits d'hôpitaux et la très faible croissance relative des effectifs médicaux sur lesquelles nous reviendrons un peu plus loin - implique une prise en charge clinique de la maladie et du patient différente[387] à partir du moment où la société est confrontée aux conditions objectives de substitution du travail vivant (effectué par les membres du personnel soignant dans les hôpitaux) par du travail «mort», objectivé en produits, les médicaments. L'évolution des résultats financiers des entreprises pharmaceutiques indique d'ailleurs clairement l'accroissement considérable de la mise en valeur et de la «profitabilité» de la santé (ou de la «mal-santé[388]») et de sa réparation. Ce que confirme la croissance globale plus rapide de la dépense totale privée comparativement à la dépense totale publique (lignes 15 et 16, colonne 7, section B du tableau 3.8).

Le même raisonnement vaut pour expliquer l'accroissement des dépenses privées destinées aux établissements sanitaires, aux professionnels de la santé autres que médecins, aux médecins et aux dépenses de santé pour les frais d'ambulance, prothèses, etc. («autres dépenses de santé»), respectivement de 1 100,2 %, 709,4 %, 660,5 % et 486,7 % (lignes 4, 8, 6 et 14, colonne 7, section B, tableau 3.8). Or il s'agit très nettement d'objets de marchandisation beaucoup plus profitables pour le secteur privé que les immobilisations, par exemple, où les dépenses privées n'ont augmenté que de 83,9 % de 1975 à 2000, contre 596,0 % pour les dépenses publiques (lignes 11 et 12, colonne 7, section B, tableau 3.8). D'ailleurs, il est intéressant de noter, au fur et à mesure que certains espaces de marchandisation étaient exploités par le secteur privé, le poids relatif des dépenses privées en immobilisations par rapport au total des dépenses

---

[387] Cette substitution par le médicament se fait inévitablement au bénéfice du secteur privé qui, comme le souligne André-Pierre Contandriopoulos, augmente les «bourses de l'industrie». Or, il s'agit d'une chose dont l'État ne parle pas souvent («Rencontre avec André-Pierre Contandriopoulos», [Page consultée le 24 mai 2003], *Bulletin de santé publique*, automne 2000, vol. 21, no. 3, [En ligne]. Adresse URL http://www.aspq.org/bulletins/bsp/vol21/vol21n3Contandriopoulos.htm).

[388] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 283.

privées de santé n'a cessé de diminuer. Une diminution de 75,5 %, passant de 5,3 % du total des dépenses privées de santé en 1975 à seulement 1,3 % en 2000 (ligne 12, section C, tableau 3.8).

Globalement, cela montre bien les transformations du financement du système sociosanitaire, lequel fonctionne avec un espace marchand de plus en plus important, espace que l'État a contribué à ouvrir à la suite de la réduction relative des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé, comme nous l'avons constaté plus haut.

3.2.4.2 La croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par affectation de fonds et du PIB

L'augmentation fulgurante des dépenses publiques de santé pour les médicaments sur laquelle nous avons insisté plus haut, a eu d'autant plus d'effets sur les finances publiques québécoises qu'elle a été de façon générale supérieure à la croissance du PIB[389]. Comme l'indique le tableau suivant, la proportion des dépenses publiques destinées aux médicaments n'a cessé d'augmenter pour l'ensemble de la période analysée, passant de 0,2 % du PIB en 1980, à 0,7 % du PIB en 2000 (ligne 5.2, section A du tableau 3.9), pour un taux de croissance global de 250 % (ligne 5.2, colonne 7, section B, tableau 3.9). Or, le PIB n'a augmenté durant cette période que de 175,9 % (lignes 0,0, colonne 7, section B, tableau 3.9). Cette tendance se manifeste également pour la proportion des dépenses privées de santé destinées aux médicaments par rapport au PIB. En effet, cette proportion est passée de 0,3 % du PIB en 1980, à 0,9 % du PIB en 2000 (ligne 5.4, section A, tableau 3.9), pour un taux de croissance de 200,0 % sur l'ensemble de la période[390] (ligne 5.4, colonne 7, section B, tableau 3.9). Ce qui montre bien, à travers l'ampleur de cet accroissement à la fois pour les dépenses publiques et privées, l'espace marchand en santé qui a été créé de 1975 à 2000 au Québec. Un espace marchand qui s'appuie, tel que nous l'indiquions plus haut, sur la mise en profitabilité de la «mal-santé» comme condition de possibilité de son développement. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que les dépenses privées de santé par rapport au PIB pour les établissements sanitaires autres que les hôpitaux et pour les professionnels de la santé autres que les médecins aient augmenté, respectivement de 50,0 % et de 100,0 % (lignes

---

[389] Ce qui est également le cas pour les dépenses publiques de santé par habitant affectées aux médicaments (voir ligne 7.2, section B, tableau 3, appendice 3).

[390] La même tendance s'est manifestée pour les dépenses publiques et privées de santé par habitant destinées aux médicaments (voir ligne 7.2, sections A et B, tableau 3, appendice 3).

2.4 et 4.4, colonne 7, section B, tableau 3.9) pour l’ensemble de la période.

TABLEAU 3.9

Croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds et du PIB ($ courants), Québec, 1975 à 2000 (dollars courants '000 000$)

Section A

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p
(0,0) PIB en $ courants	---	80 994 (1981)	108 041	154 162	178 436	223 481
Hôpitaux						
(1.1) -publiques	1 509,2	2 627,1	4 172,3	5 883,4	6 431,0	7 369,5
(1.2) - % du PIB	---	3,2	3,9	3,8	3,6	3,3
(1.3) -privées	92,3	199,8	405,3	635,1	426,1	289,4
(1.4) - % du PIB	---	0,2	0,4	0,4	0,2	0,1
Autres établissements	199,4	550,0	956,7	881,9	926,2	1 170,0
(2.1) - publiques	---	0,7	0,9	0,6	0,5	0,5
(2.2) - % du PIB	53,6	123,6	229,1	372,1	573,7	643,3
(2.3) - privées	---	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
(2.4) - % du PIB						
Médecins						
(3.1) - publiques	486,1	867,3	1 323,3	1 852,0	2 228,2	2 382,9
(3.2) - % du PIB	---	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1
(3.3) - privées	4,3	6,3	12,9	15,3	20,2	32,7
(3.4) - % du PIB	---	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres professionnels	31,1	125,3	165,7	243,8	271,7	270,8
(4.1) - publiques	---	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
(4.2) - % du PIB	231,4	298,7	717,8	1 146,6	1 492,9	1 873,0
(4.3) - privées	---	0,4	0,7	0,7	0,8	0,8
(4.4) - % du PIB						
Médicaments						
(5.1) - publiques	45,4	129,9	280,0	518,1	830,1	1 485,3
(5.2) - % du PIB	---	0,2	0,3	0,3	0,5	0,7
(5.3) - privées	243,3	211,6	573,1	1 107,1	1 639,1	1 983,6
(5.4) - % du PIB	---	0,3	0,5	0,7	0,9	0,9
Immobilisations						
(6.1) - publiques	116,3	80,9	213,7	307,3	485,9	809,4
(6.2) - % du PIB	---	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4
(6.3) - privées	38,0	100,6	81,5	21,1	18,0	69,9
(6.4) - % du PIB	---	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses						
(7.1) - publiques	102,4	192,6	323,5	600,4	766,1	1 027,2
(7.2) - % du PIB	---	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5
(7.3) - privées	52,8	48,6	84,7	200,0	402,0	309,8
(7.4) - % du PIB	---	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
TOTAL						
(8.1) - publiques	2 489,9	4 573,0	7 415,2	10 286,9	11 939,2	14 514,1
(8.2) - % du PIB	---	5,6	6,9	6,7	6,7	6,5
(8.3) - privées	715,5	1 089,0	2 104,4	3 497,4	4 572,1	5 201,6

TABLEAU 3.9

Croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds et du PIB ($ courants), Québec, 1975 à 2000

(dollars courants '000 000$)

Section A

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p
(0,0) PIB en $ courants	---	80 994 (1981)	108 041	154 162	178 436	223 481
Hôpitaux						
(1.1) -publiques	1 509,2	2 627,1	4 172,3	5 883,4	6 431,0	7 369,5
(1.2) - % du PIB	---	3,2	3,9	3,8	3,6	3,3
(1.3) -privées	92,3	199,8	405,3	635,1	426,1	289,4
(1.4) - % du PIB	---	0,2	0,4	0,4	0,2	0,1
Autres établissements						
(2.1) - publiques	199,4	550,0	956,7	881,9	926,2	1 170,0
(2.2) - % du PIB	---	0,7	0,9	0,6	0,5	0,5
(2.3) - privées	53,6	123,6	229,1	372,1	573,7	643,3
(2.4) - % du PIB	---	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Médecins						
(3.1) - publiques	486,1	867,3	1 323,3	1 852,0	2 228,2	2 382,9
(3.2) - % du PIB	---	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1
(3.3) - privées	4,3	6,3	12,9	15,3	20,2	32,7
(3.4) - % du PIB	---	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres professionnels						
(4.1) - publiques	31,1	125,3	165,7	243,8	271,7	270,8
(4.2) - % du PIB	---	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
(4.3) - privées	231,4	298,7	717,8	1 146,6	1 492,9	1 873,0
(4.4) - % du PIB	---	0,4	0,7	0,7	0,8	0,8
Médicaments						
(5.1) - publiques	45,4	129,9	280,0	518,1	830,1	1 485,3
(5.2) - % du PIB	---	0,2	0,3	0,3	0,5	0,7
(5.3) - privées	243,3	211,6	573,1	1 107,1	1 639,1	1 983,6
(5.4) - % du PIB	---	0,3	0,5	0,7	0,9	0,9
Immobilisations						
(6.1) - publiques	116,3	80,9	213,7	307,3	485,9	809,4
(6.2) - % du PIB	---	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4
(6.3) - privées	38,0	100,6	81,5	21,1	18,0	69,9
(6.4) - % du PIB	---	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses						
(7.1) - publiques	102,4	192,6	323,5	600,4	766,1	1 027,2
(7.2) - % du PIB	---	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5
(7.3) - privées	52,8	48,6	84,7	200,0	402,0	309,8
(7.4) - % du PIB	---	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
TOTAL						
(8.1) - publiques	2 489,9	4 573,0	7 415,2	10 286,9	11 939,2	14 514,1
(8.2) - % du PIB	---	5,6	6,9	6,7	6,7	6,5
(8.3) - privées	715,5	1 089,0	2 104,4	3 497,4	4 572,1	5 201,6
(8.4) - % du PIB	---	1,3	1,9	2,3	2,6	2,3

Section B
Variation en pourcentage

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000 / 1975 en %
(0,0) PIB en $ courants	---	---	33,4	42,7	15,7	25,2	175,9
Hôpitaux							
(1.1) -publiques	---	74,1	58,8	41,0	9,3	14,6	388,3
(1.2) - % du PIB	---	---	21,9	-2,6	-5,3	-8,3	3,1
(1.3) -privées	---	116,3	103,1	56,7	-35,6	-32,4	213,5
(1.4) - % du PIB	---	---	100,0	0,0	-50,0	-50,0	-50,0
Autres établissements							
(2.1) - publiques	---	175,8	73,9	-7,8	5,0	26,3	486,8
(2.2) - % du PIB	---	---	28,6	-33,3	-16,7	0,0	-28,6
(2.3) - privées	---	130,6	85,4	62,4	54,2	12,1	1 100,2
(2.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	5,0	0,0	50,0
Médecins							
(3.1) - publiques	---	78,4	52,6	40,0	20,3	6,9	390,2
(3.2) - % du PIB	---	---	9,1	0,0	0,0	-8,3	0,0
(3.3) - privées	---	46,5	10,5	18,6	32,0	61,9	660,5
(3.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres professionnels							
(4.1) - publiques	---	302,9	32,2	47,1	11,4	-0,3	770,7
(4.2) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	0,0	50,0	-50,0
(4.3) - privées	---	72,3	80,0	59,7	30,2	25,5	709,4
(4.4) - % du PIB	---	---	75,0	0,0	14,3	0,0	100,0
Médicaments							
(5.1) - publiques	---	186,1	115,6	85,0	60,2	78,9	3 171,6
(5.2) - % du PIB	---	---	50,0	0,0	66,7	400,0	250,0
(5.3) - privées	---	-13,0	170,8	93,2	48,1	21,0	715,3
(5.4) - % du PIB	---	---	66,7	40,0	28,6	0,0	200,0
Immobilisations							
(6.1) - publiques	---	-30,4	164,2	43,8	58,1	66,6	596,0
(6.2) - % du PIB	---	---	50,0	0,0	50,0	25,0	150,0
(6.3) - privées	---	164,7	-19,0	-74,1	-14,7	288,3	83,9
(6.4) - % du PIB	---	---	-50,0	-100,0	0,0	0,0	-100,0
Autres dépenses							
(7.1) - publiques	---	88,1	68,0	85,6	27,6	34,1	903,0
(7.2) - % du PIB	---	---	50,0	33,3	0,0	25,0	150,0
(7.3) - privées	---	-8,0	74,3	136,2	101,0	-22,9	486,7
(7.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	100,0	-50,0	0,0
TOTAL							
(8.1) - publiques	---	83,7	62,2	16,1	21,6		483,0
(8.2) - % du PIB	---	---	-2,9	0,0	-3,0		16,1
(8.3) - privées	---	52,2	66,2	30,7	13,8		627,0
(8.4) - % du PIB	---	---	21,0	13,0	-11,5		76,9

P : Prévision

À l'opposé de ces tendances à la marchandisation, nous constatons que les dépenses publiques consacrées aux établissements sanitaires (hôpitaux et établissements non hospitaliers) et aux professionnels de la santé autres que médecins ont décliné par rapport au PIB. En effet, à partir de 1985, la proportion des dépenses publiques destinées aux hôpitaux dans le PIB n'a cessé de diminuer. Elles représentaient 3,9 % du PIB, en 1985, pour n'occuper que 3,3 % en 2000 (ligne 1.2, section A, tableau 3.9). Pour les établissements sanitaires autres que les hôpitaux, cette diminution est de l'ordre de 28,6 % (ligne 2.2, colonne 7, section B, tableau 3.9), du fait que la proportion des dépenses publiques leur étant affectées par rapport au PIB est passée de 0,7 %, en 1980, à 0,5 % en 2000 (ligne 2.2, section A, tableau 3.9). Enfin, pour les professionnels de la santé autres que médecins, on constate que la proportion des dépenses publiques par rapport au PIB est passée de 0,2 % à 0,1 % (ligne 4.2, section A, tableau 3.9) pour une décroissance de 50,0 % (ligne 4.2, colonne 7, section B, tableau 3.9).

Notons également que la proportion des dépenses publiques consacrées aux médecins par rapport au PIB a été relativement stable de 1975 à 2000, demeurant à 1,1 % du PIB (ligne 3.2, section A, tableau 3.9), ce qui corrobore le constat effectué dans le point précédent, à savoir que c'est la croissance des dépenses consacrées aux médecins qui a été le facteur, avec les hôpitaux, ayant le moins contribué à l'accroissement des dépenses totales et publiques de santé, contrairement à ce qu'a soutenu un certain discours officiel sur la crise du système sociosanitaire.

Ces constats montrent par ailleurs que le système sociosanitaire s'est progressivement élargi par la création et le développement d'un espace marchand que la réduction des dépenses publiques de santé a rendu possible. En effet, à mesure que les dépenses publiques consacrées aux établissements sanitaires autres que les hôpitaux et aux professionnels de la santé autres que les médecins diminuaient en proportion avec la richesse produite (le PIB), les dépenses privées pour ces segments augmentaient. On peut donc constater qu'il y a progressivement un «déplacement» dans le mode de financement global du système sociosanitaire.

3.2.4.3 La croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par affectation de fonds et de l'IPC

Pour saisir cette dynamique, il est nécessaire d'analyser la croissance des dépenses en santé selon l'origine du financement et en rapport avec la croissance de

l'indice des prix à la consommation (IPC), dans la mesure où les données dont nous disposons sur les dépenses selon l'affectation de fonds sont exprimées en dollars courants contrairement aux données des tableaux 3.8 et 3.9 qui le sont en dollars constants. Ainsi, à la lumière du tableau suivant, nous constatons que les dépenses publiques et privées[391] pour chacune des catégories d'affectation de fonds ont augmenté, de façon générale pour la période 1975-2000, plus rapidement que l'IPC[392].

Ce rythme de croissance par rapport à l'IPC est particulièrement marqué pour l'évolution des dépenses publiques affectées aux médicaments, aux dépenses de santé pour les prothèses, aux frais ambulanciers, etc. (catégorie «autres dépenses de santé») et aux professionnels de la santé autres que médecins ; il en va de même pour l'évolution des dépenses privées consacrées aux établissements sanitaires autres qu'hôpitaux, aux médicaments et aux professionnels de la santé autres que médecins.

En effet, les dépenses publiques de santé pour les médicaments, pour les prothèses, les frais ambulanciers, etc. (catégorie «autres dépenses de santé») et les professionnels de la santé autres que médecins ont augmenté respectivement, de 1975 à 2000, de 3 171,6 %, de 903,0 % et de 770,7 % (lignes 10, 14 et 8, colonne 7, tableau 3.10), alors que l'IPC n'a augmenté que de 114,3 % (ligne 1, colonne 1, tableau 3.10). Les dépenses privées affectées aux établissements sanitaires autres qu'hôpitaux, aux médicaments et aux professionnels de la santé autres que médecins ont, quant à elles, crû de 1 100,2 %, de 715,3 % et de 709,4 % (lignes 5, 11 et 9, colonne 7).

---

[391] Seules les dépenses privées en immobilisations ont augmenté, de 1975 à 2000, moins rapidement que l'IPC (83,9 % contre 114,3 % pour l'IPC) (tableau 3.10, lignes 1 et 13, colonne 7).

[392] Ce qui est également le cas, sauf pour les dépenses privées de santé destinées aux immobilisations, pour les dépenses publiques et privées de santé par habitant par catégories d'affectation de fonds, de 1975 à 2000 (voir colonne 7, section B, tableau 3, appendice 3).

TABLEAU 3.10

Taux de croissance comparée des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds et de l'IPC (1992=100), Québec, 1975 à 2000 (dollars courants '000 000$)

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000/1975 en %
(1) IPC	---	---	43,8	23,3	11,3	8,6	114,3
Hôpitaux							
(2) - publiques	---	74,1	58,8	41,0	9,3	14,6	388,3
(3) - privées	---	116,3	103,1	56,7	-35,6	-32,4	213,5
Autres établissements							
(4) - publiques	---	175,8	73,9	-7,8	5,0	26,3	486,8
(5) - privées	---	130,6	85,4	62,4	54,2	12,1	1 100,2
Médecins							
(6) - publiques	---	78,4	52,6	40,0	20,3	6,9	390,2
(7) - privées	---	46,5	10,5	18,6	32,0	61,9	660,5
Autres professionnels							
(8) - publiques	---	302,9	32,2	47,1	11,4	-0,3	770,7
(9) - privées	---	72,3	80,0	59,7	30,2	25,5	709,4
Médicaments							
(10) - publiques	---	186,1	115,6	85,0	60,2	78,9	3 171,6
(11) - privées	---	-13,0	170,8	93,2	48,1	21,0	715,3
Immobilisations							
(12) - publiques	---	-30,4	164,2	43,8	58,1	66,6	596,0
(13) - privées	---	164,7	-19,0	-74,1	-14,7	288,3	83,9
Autres dépenses							
(14) - publiques	---	88,1	68,0	85,6	27,6	34,1	903,0
(15) - privées	---	-8,0	74,3	136,2	101,0	-22,9	486,7
TOTAL							
(16) - publiques	---	83,7	62,2	38,7	16,1	21,6	483,0
(17) - privées	---	52,5	93,2	66,2	30,7	13,8	627,0

P : Prévision

Source : Données construites sur la base des données de l'ICIS (2000-2001) et de la Base de données E-Stat de Statistique Canada

À l'inverse, mentionnons que ce sont les dépenses publiques affectées aux hôpitaux et aux médecins et les dépenses privées consacrées aux hôpitaux et aux immobilisations qui, par rapport à l'IPC, ont augmenté le moins rapidement. Une augmentation respective de 388,3 %, 486,8 %, 213,5 % et 83,9 % (lignes 2, 4, 3 et 13, colonne 7), alors que pour la période concernée l'IPC augmentait, tel que nous le soulignions plus haut, de 114,3 %.

Ces tendances confirment ce que nous avons constaté plus haut au sujet de l'espace de marchandisation qui se déploie de plus en plus dans le secteur de la santé et qui tend à prendre forme dans les segments où la dépense publique diminue relativement par rapport à l'ensemble des dépenses en santé (voir tableau 3.8, sections B et C). Notons également que la croissance des dépenses publiques de santé trouve son origine dans la croissance des dépenses des médicaments, davantage que dans la croissance des dépenses consacrées aux hôpitaux et aux médecins, qui pourtant sont les deux segments du système sociosanitaire qui ont été les plus visés par la mise en place du virage ambulatoire informatisé, comme solution à la crise décrétée du système sociosanitaire. Il y a donc lieu de s'interroger en profondeur sur la pertinence et la véracité de la vision économiciste concernant le caractère inflationniste des coûts du système sociosanitaire.

3.3 L'ÉVOLUTION DES BESOINS DE SOINS ET DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE AU QUÉBEC (1975 À 2000)

3.3.1 L'accroissement de la population au Québec

Tel que l'avons constaté plus haut dans ce chapitre, le développement du système de santé fordiste-keynésiste au Québec a voulu dire une augmentation croissante des dépenses totales et surtout privées de santé. Une augmentation qui s'est poursuivie tout au long des années soixante-dix et quatre-vingts, au moment même où, comme nous le mentionnions dans notre problématique (chapitre 1), le mode de régulation fordiste-keynésiste commençait à être remis en question. D'où la «crise» des services de soins et plus largement de l'ensemble des services publics, dont le mode de financement public faisait problème, selon les tenants de la réorganisation du fonctionnement de l'appareil d'État qui s'était développé sous l'idée fordiste-keynésiste de la société. Le raisonnement consistait à poser la crise du système sociosanitaire sur la base de l'évolution des indicateurs macro-économiques, comme ceux analysés plus haut, en la mettant en rapport avec l'évolution des indicateurs démographiques et organisationnels du système sociosanitaire. Pour les tenants d'une vision restrictive des dépenses publiques,

néoconservatrice, puis néolibérale, il était évident que l'augmentation tendancielle de la population ne pouvait qu'entraîner une poursuite, voire une accélération, de la croissance des coûts. Il fallait donc briser cette relation d'entraînement tendanciel à la hausse des coûts par une réorganisation structurelle du système sociosanitaire[393]. D'ailleurs, dans le rapport de la Commission Clair, il est question de «transitions[394]» pour qualifier ces tendances auxquelles le Gouvernement du Québec devait répondre par une gestion plus productive des services de soins grâce à laquelle ceux-ci atteindraient le seuil de performance et de rentabilité souhaité[395].

L'une des principales tendances pouvant être observée au Canada et au Québec est en effet liée à l'accroissement de la population. Pour le Canada, comme le montre le tableau 3.11, on note une augmentation constante de la population totale durant la période 1975-2000. On passe ainsi d'une population de 23,1 millions en 1975 à 30,8 millions en 2000, pour un taux de croissance de 32,9 % pour l'ensemble de la période 1975-2000. Cette augmentation de la population se manifeste également pour le Québec, dont la population a crû de 16,5 % sur la même période, passant de 6,3 millions en 1975 à 7,4 millions en 2000.

---

[393] Nous avons constaté plus haut qu'il ne s'agissait pas simplement pour les autorités gouvernementales de «freiner» la tendance inflationniste des dépenses de santé au Québec, mais plus particulièrement de les réduire structurellement par des politiques restrictives imposées aux établissements sanitaires et au personnel soignant.

[394] Trois transitions sont distinguées par la Commission Clair : démographique, épidémiologique et technologique. La première fait essentiellement référence au vieillissement global de la population du Québec. La deuxième au développement de certaines maladies, telles que le SIDA, le cancer ou les maladies dégénératives, qui touchent un nombre croissant d'individus. Quant à la troisième transition, elle évoque la montée des coûts due au développement technologique que nécessite la médecine contemporaine et aux prix des médicaments (Commission Clair d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ouvrage cité, p. 12-17.

[395] *Ibid*., p. 17-19.

TABLEAU 3.11

Évolution de la population du Québec et du Canada, 1975-2000 (‘000)

Année	Québec en %	Variation	Canada Variation en %	
1975	6 329,6	---	23 142,3	---
1980	6 507,4	2,8	24 516,3	5,9
1985	6 665,7	2,4	26 842,6	9,5
1990	7 004,4	5,1	27 700,9	3,2
1995	7 241,4	3,4	29 353,9	6,0
2000p	7 372,4	1,8	30 750,1	4,8
2000/ 1975 en %	16,5	---	32,9	---

P : Prévision

Source : Données construites sur la base des données de la Division de la démographie, Statistique Canada

TABLEAU 3.12

Répartition de la population au 1er juillet, selon l'âge, Québec, 1976 à 2021 (en pourcentage)

Année	Moins de 20 ans	20 à 64 ans	65 ans et plus
	%	%	%
1976	35	57	8
1981	31	60	9
1986	27	63	10
1991	26	63	11
1996	26	62	12
2001	24	63	13
2001/ 1976 en %	-31,4	10,5	62,5
Projections jusqu'en 2021			
2006	23	63	14
2011	21	63	16
2016	20	62	19
2021	19	59	21

Sources : Statistique Canada et projections du Bureau de la statistique du Québec 1976 à 1991 : Statistique Canada, estimations de la population 1996 à 2021 : Institut de la statistique du Québec, scénario de référence, perspectives démographiques régionales 1996-2041. Tiré de CESSSS, Rapport sur la santé des québécois, (Page consultée le 26 novembre 2002), *Santé au Québec : quelques indicateurs*, juin 2000, [En ligne], Adresse URL : http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-106-4f.pdf

Pour le Québec, cet accroissement démographique s'accompagne par ailleurs d'un vieillissement toujours plus grand de la population, comme l'indique le tableau 3.12,

où on note que, de 1976 à 2001, le poids relatif des moins de 20 ans par rapport aux autres catégories d'âge a diminué de 31,4 %, alors que celui des plus de 65 ans a augmenté de 62,5 %.

Pourtant, au même moment où l'accroissement de la population et l'augmentation du poids relatif des personnes âgées dans la société se manifestaient, les dépenses publiques de santé, entre autres celles consacrées aux hôpitaux et aux médecins, diminuaient. Cela ne pouvait qu'entraîner une dégradation des conditions d'accessibilité aux services de soins, tel que nous le verrons plus loin, devant une augmentation de la demande de soins[396].

3.3.2 L'évolution du nombre des établissements sanitaires

Nous avons vu plus haut que la réduction relative des dépenses publiques de santé a surtout touché les établissements sanitaires (les hôpitaux et institutions autre qu'hôpitaux) et les médecins. En effet, le poids relatif des premiers dans l'ensemble des dépenses publiques de santé a été celui dont le rythme de croissance a été l'un des plus faibles par rapport aux catégories d'affectation de fonds ; de fait, le nombre d'établissements sanitaires a diminué sur l'ensemble de la période analysée. En effet, comme le montre le tableau suivant, le nombre des établissements sanitaires au Québec a fortement décrû pour la période 1980-1996. Ceux-ci sont passés de 842 en 1980 à 714 en 1996, pour une décroissance de 15,2 % (lignes 1, 5 et 11, colonne 5, sections A et B, tableau 3.13), au moment même où on assistait à un vieillissement et à un accroissement démographique de la population québécois, comme nous l'avons souligné un peu plus haut.

---

[396] Mentionnons quelques chiffres soulevés par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) au sujet de cette augmentation de la demande au sein des établissements : «Dans les salles d'urgence des hôpitaux de Montréal durant les deux dernières années [donc pour 1998 et 1999], le nombre de patients arrivés en ambulance au [sic] augmenté de 19,2 % depuis deux ans (21 808) ; le nombre de patients admis a quant à lui augmenté de 11 823 (hausse de 6,8 %) ; dans la région de Québec, le nombre de patients admis a augmenté systématiquement durant les quatre dernières années [donc de 1995 à 1999]. En hémato-oncologie, le nombre d'heures travaillées a augmenté de 59 % depuis 1992 et la tendance continue. En cardiologie, il y a eu une augmentation des admissions de 9,48 % depuis 1993-1994. En santé mentale, l'augmentation des admissions est de 14,48 % depuis 1993-1994, malgré un virage ambulatoire important. Dans les cas de maladies respiratoires et de chirurgie cardiaque, la consommation de services a augmenté respectivement de 3,83 % et de 4,21 % durant les deux dernières années. Les hausses ont été les plus marquées parmi le groupe des 75 à 79 ans.» (Association des hôpitaux du Québec, [Page consultée le 29 septembre 2002], «L'augmentation de la demande de services est responsable des difficultés budgétaires des hôpitaux», [En ligne], Adresse URL : http://www.ahq.org/info/nouvelles/presse/c060700.html)

TABLEAU 3.13

Nombre d'établissements (par mission), au Québec, de 1980 à 1996 (1)

Section A

Année	**(1) CH**	**(2) CLSC (2)**	**(3) CR (3)**	**(4) CHSLD**	**(5) TOTAL**
(1) **1980**	134	75	149	470	842
(2) **1984**	131	104	135	506	890
(3) **1988**	140	148	137	511	950
(4) **1992**	140	155	133	440	882
(5) **1996**	146	156	83	313	714

Section B
Variation en pourcentage

Année	**(1) CH**	**(2) CLSC (2)**	**(3) CR**	**(4) CHSLD**	**(5) TOTAL**
(6) **1980**	---	---	---	---	---
(7) **1984**	-2,2	38,7	-9,4	7,7	5,7
(8) **1988**	6,9	42,3	1,5	1,0	6,7
(9) **1992**	0,0	4,7	-2,9	-13,9	-7,2
(10) **1996**	4,3	0,6	-37,6	-28,9	-19,0
(11) **1996/1980 en %**	9,0	108,0	-44,3	-33,4	-15,2

Section C
Répartition en pourcentage de l'ensemble des établissements

Année	**(1) CH**	**(2) CLSC (2)**	**(3) CR**	**(4) CHSLD**	**(5) TOTAL**
(12) **1980**	15,9	8,9	17,7	55,8	100
(13) **1984**	14,7	11,7	15,2	56,9	100
(14) **1988**	14,7	15,6	14,4	53,8	100
(15) **1992**	15,9	17,6	15,1	49,9	100
(16) **1996**	20,4	21,8	11,6	43,8	100
(17) **1996/1980 en %**	28,3	144,9	-34,5	-21,5	---

Notes : 1) Il s'agit ici de catégories mutuellement exclusives ; on attribue une seule mission à un établissement ; 2) Les CLSC ont été créés en 1972 ; 3) à partir de 1995, les CRJDA et les CRMDA sont exclus du groupe des CR ; ils sont regroupés avec les CPEJ.
Source : Données construites sur la base des données de MASTP, SAS, DIRIS, DGPE, MSSS, avril 1997 et Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, mai 2001.

On remarque également que les établissements sanitaires qui ont connu la croissance la plus élevée sont les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Une croissante constante de 1980 à 1996, passant de 75 à 156 pour un taux de croissance de 108 % (lignes 1, 5 et 11, colonne 2, section A et B, tableau 3.13). Aussi peut-on constater que le poids relatif des CLSC par rapport à l'ensemble des établissements sanitaires n'a cessé d'augmenter de 1980 à 1996, passant de 8,9 % à 21,8 % pour un taux global de croissance de 144,9 % (lignes 12, 16 et 17, colonne 1, section C, tableau 3.13). Ce qui fait que le nombre de CLSC par rapport à la population a constamment augmenté pour l'ensemble de la période analysée. En effet, comme le montre le tableau suivant, on passe d'un ratio de 1 CLSC pour 86 765,3 habitants en 1980 à 1 CLSC pour 46 628,2 en 1996 (lignes 1 et 5, colonne 2, tableau 3.14). Notons que les CLSC furent créés en 1972 et qu'ils étaient l'institution sur laquelle l'État comptait organiser l'élargissement du système sociosanitaire. Il est toutefois important de souligner l'abaissement de la croissance du nombre de CLSC de 1988 à 1996, soit de 42,3 % à une croissance quasi-nulle de 0,6 % (lignes 8 et 10, colonne 2, section B du tableau 3.13). Cela indique que cette institution a pris sa place «normale» dans l'ensemble organisationnel du système sociosanitaire et qu'elle a subi, elle aussi, les restrictions budgétaires de la gestion néolibérale, comme l'indique la décroissance du taux d'augmentation des CLSC, celui-ci passant de 42,3 % en 1988, à 4,7 % en 1992 et à 0,6 % en 1996 (lignes 8, 9 et 10, colonne 2, section B, tableau 3.13).

TABLEAU 3.14

Ratio «population par établissement» (par mission), au Québec, de 1980 à 1996

Année	**(1) CH**	**(2) CLSC**	**(3) CR**	**(4) CHSLD**	**(5) TOTAL**
(1) 1980	48 562,7	86 765,3	43 673,8	13 845,5	7 728,5
(1) 1984	50 619,8	63 761,5	49 120,0	13 105,1	7 450,8
(1) 1985	48 854,3	46 213,5	49 924,1	13 384,7	7 199,6
(1) 1992	50 805,7	45 889,0	53 479,7	16 165,5	8 064,4
(1) 1996	49 821,9	46 628,2	87 638,6	23 239,6	10 187,7
(1) 1996/1980 en %	2,6	-46,3	100,7	67,8	31,8

Source : Données construites sur la base des données de MASTP, SAS, DIRIS, DGPE, MSSS, avril 1997 et Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, mai 2001.

À l'inverse de cette tendance à l'augmentation absolue et relative des CLSC, on constate une très forte diminution absolue et relative des centres de réadaptation (CR) et des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Du côté des CR, leur présence sur le territoire québécois a considérablement diminué de 1980 à 1996. Ils sont en effet passés de 149 en 1980 à seulement 83 en 1996, pour une décroissance de 44,3 % pour l'ensemble de la période (lignes 1, 5 et 11, colonne 3, sections A et B, tableau 3.13). Rappelons que durant cette période la population québécoise totale augmentait de 11,8 %, alors que le poids relatif des 65 ans et plus - principaux usagers des CR - par rapport aux autres groupes d'âge a augmenté de 62,5 % de 1976 à 2001, tel que nous l'avons souligné plus haut. Il y avait aussi 1 CR pour 43 673,8 habitants en 1980 et 1 CR pour 87 638,6 en 1996 (lignes 1 et 5, colonne 3, tableau 3.14), ce qui veut dire, si on reprend le critère quantitatif que semble prioriser l'actuelle gouvernance, que la «productivité» de ces établissements a doublée (100,7 %).

Quant aux CHSLD, on constate qu'ils sont passés, entre 1980 et 1996, de 470 à 313, pour une décroissance de 33,4 % (lignes 1, 5 et 11, colonne 3, sections A et B, tableau 3.13), malgré une croissance de la population de 11,8% pour la même période. De 1980-1996, le nombre de CHSLD en proportion de la population diminue, au même titre que les CR. Une diminution de 67,8 % dans la mesure où l'on passe de 1 CHLSD pour 13 845,5 habitants en 1980 à 1 CHSLD pour 23 239,6 en 1996 (lignes 1, 5 et 6, colonne 4, tableau 3.14). Dans ce cas, la «productivité», toujours selon le critère privilégié par l'État, n'augmente que de [!] 67,8 %.

Bref, au-delà des constats que nous effectuons pour les différents établissements sanitaires, il est surtout important de retenir que dans l'ensemble du système sociosanitaire le nombre des établissements diminue. Le Québec est passé de 1 établissement sanitaire pour 7 728,5 habitants en 1980 à 1 établissement sanitaire pour 10 187,7 en 1996 (lignes 1 et 5, colonne 5, tableau 3.14), soit une augmentation de la prise en charge des citoyens par établissement de 31,8 %. Cette augmentation du ratio des habitants / établissements sanitaires (31,8 %) a donc voulu dire un accroissement substantiel de l'achalandage pour chaque établissement sanitaire, ce qui est un indicateur de l'intensification du travail médical, sur laquelle nous reviendrons dans les chapitres 5 et 6, que les politiques restrictives ont entraînées, et explique en partie les problèmes d'engorgement et des listes d'attente qui s'ensuivirent.

3.3.3 L'évolution du nombre de lits et places au permis

Cette tendance à la réduction relative du nombre des établissements sanitaires dans le système sociosanitaire québécois a débouché, globalement, sur la réduction absolue et relative du nombre de lits et de places[397]. C'est précisément ce que nous avons constaté en mettant en rapport l'évolution du nombre de lits et de places pour chacun des établissements sanitaires et la population totale. Pourtant, en nombre absolu, le tableau 3.15 indique que leur nombre total a augmenté légèrement, de 1981 à 1996, passant de 97 362 lits et places à 98 525, pour un taux global de croissance de 1,2 % (lignes 1, 6 et 13, colonne 9, sections A et B, tableau 3.15). Notons que cette croissance est en grande partie attribuable à l'augmentation du nombre de lits et places dans les CH privés qui ont crû de 146,1 % (ligne 13, colonne 2, section B, tableau 3.15), passant de 280 en 1981 à 689 lits et places en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 2, section A, tableau 3.15). Aussi le poids relatifs des lits et places dans les CH privés par rapport à l'ensemble des lits et places disponibles dans tous les établissements sanitaires, publics et privés, a augmenté de 133,3 % (ligne 20, colonne 2, section C, tableau 3.15).

---

[397] Le MSSS distingue les «lits» des «places». Les lits font surtout référence au secteur hospitalier, tandis que les places réfèrent aux centres de réadaptation et d'hébergement.

TABLEAU 3.15

Nombre de lits et places au permis (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996

Section A

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		CH			**CHSLD**		**Pavillon d'héber-gement**	**CR**	**TOTAL**
Année	**Public**	**privé**	**total**	**public**	**privé**	**total**			
(1) 1981	28 782	280	29 062	36 782	9 463	46 245	3 618	18 437	97 362
(2) 1984	28 809	280	30 089	41 640	10 413	52 053	3 921	15 514	101 577
(3) 1987	31 007	497	31 504	42 576	11 159	53 735	4 572	15 322	105 133
(4) 1990	31 366	497	31 863	41 507	11 704	53 211	4 492	15 441	105 107
(5) 1993	31 228	563	31 791	40 731	11 120	51 861	4 428	15 311	103 391
(6) 1996	28 671	689	29 360	41 483	9 836	51 319	4 342	13 506	98 525

Section B

Variation triennale en pourcentage

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		CH			**CHSLD**		**Pavillon d'héber-gement**	**CR**	**TOTAL**
Année	**Public**	**privé**	**total**	**public**	**privé**	**total**			
(7) 1981	---	---	---	---	---	---	---	---	---
(8) 1984	0,1	0,0	3,5	13,2	10,0	12,6	8,5	-15,9	4,3
(9) 1987	7,6	77,5	4,7	2,2	7,2	3,2	16,6	-1,2	3,5
(10) 1990	1,2	0,0	1,1	-2,5	4,9	-1,0	-1,7	0,8	-0,0
(11) 1993	-0,4	13,3	-0,2	-1,9	-5,0	-2,5	1,4	-0,8	-1,6
(12) 1996	-8,3	22,4	-7,6	1,8	-11,5	1,0	-1,9	-11,8	-4,7
(13) 1996/1981 en %	-0,4	146,1	1,0	12,8	3,9	11,0	20,0	-26,8	1,2

Section C

Répartition en pourcentage de l'ensemble des lits et places pour tous les établissements

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		CH			**CHSLD**		**Pavillon d'héber-gement**	**CR**	**TOTAL**
Année	**Public**	**privé**	**total**	**Public**	**privé**	**total**			
(7) 1981	29,6	0,3	29,8	27,8	9,7	47,5	3,7	18,9	100
(8) 1984	28,4	0,3	28,7	41,0	10,3	51,2	3,9	15,3	100
(9) 1987	29,5	0,5	30,0	40,5	10,6	51,1	4,3	14,6	100
(10) 1990	29,8	0,5	30,3	39,5	11,1	50,6	4,3	14,7	100
(11) 1993	30,2	0,5	30,7	39,4	10,8	50,2	4,3	14,8	100
(12) 1996	29,1	0,7	29,8	42,1	10,0	52,1	4,4	13,7	100
(13) 1996/1981 en %	-1,7	133,3	0,0	51,4	3,1	9,7	18,9	-27,5	---

Source : Données construites sur la base des données du Service de l'analyse statistique, DIRIS, DGPE, MSSS.

Cette augmentation du nombre total de lits et places pour l'ensemble des établissements sanitaires masque en fait une diminution si l'on tient compte de l'accroissement de la population. En effet, tel que nous le disions plus haut, on assiste à une baisse relative du nombre de lits et places au permis *par rapport* à l'évolution démographique. Comme l'indique le tableau suivant, le Québec est passé d'un total de 1 lit ou place pour 67,3 habitants en 1981 à 1 lit ou place pour 73,8 habitants en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 9, tableau 3.16).

TABLEAU 3.16

Ratio «population par nombre de lit ou place au permis» (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		CH			**CHSLD**		**Pavillon d'héber-gement**	**CR**	**TOTAL**
Année	**Public**	**privé**	**total**	**Public**	**Privé**	**total**			
(7) 1981	227,5	23 384,6	225,3	178,0	691,9	141,6	1 809,8	355,1	67,3
(8) 1984	230,2	23 682,9	220,4	159,3	636,8	127,4	1 691,2	427,4	65,3
(9) 1987	218,8	13 637,5	215,3	159,3	607,8	126,2	143,6	442,7	64,5
(10) 1990	223,3	14 093,4	219,8	168,8	598,5	131,6	1 559,3	453,6	66,6
(11) 1993	229,4	12 726,8	225,4	175,9	644,4	138,2	1 618,2	468,0	69,3
(12) 1996	253,7	10 557,3	247,8	175,3	739,5	141,7	1 675,3	538,7	73,8
(13) 1996/1981 en %	11,5	-54,9	10,0	-1,5	6,9	0,1	-7,4	51,7	9,7

Source : Données construites sur la base des données du Service de l'analyse statistique, DIRIS, DGPE, MSSS.

La baisse relative du nombre de lits et de places dont nous soulignons ici l'importance résulte très clairement de la baisse du nombre de CH et de CR, entre 1981 et 1996, par rapport à la population. En effet, ce sont ces établissements qui ont connu la baisse la plus considérable du nombre de leurs lits et places. On remarque en effet que le nombre de lits et places dans les CH publics est passé de 28 782 en 1981 à 28 671 en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 1, section A, tableau 3.15), donc de 1 lit ou place pour 227,5 habitants en 1981 à 1 lit ou place pour 253,7 habitants en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 1, tableau 3.16). Quant aux CR, leur nombre de lits et places est passé de 1 pour 355,1 habitants en 1981 à 1 pour 538,7 habitants en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 8, tableau 3.16).

À l'opposé de l'évolution des lits et des places au permis dans les CR et CH, les lits et places dans les CHSLD ont fortement augmenté de 1981 à 1996. En effet, le nombre de lits et places, autant dans les CHSLD publics que privés, est passé de 46 245 en 1981 à 51 319 en 1996, pour un taux de croissance de 11,1 % (lignes 1, 6 et 13, colonne 6, sections A et B, tableau 3.15). Cette augmentation s'est faite au rythme de l'évolution de la population québécoise. En témoigne le ratio qui est resté presque inchangé pour le nombre total de lits et places de 1981 à 1996, à savoir de 1 lit ou place pour 141,6 habitants en 1986 à 1 lit ou place pour 141,7 habitants en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 6, tableau 3.16). Alors que le ratio population / lits-places dans les CHSLD publics a légèrement diminué, passant de 1 lit ou place pour 178,0 habitants en 1981 à 1 lit ou place pour 175,3 habitants en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 4, tableau 3.16), il a fortement augmenté dans les CHSLD privés, passant de 1 lit ou place pour 691,9 habitants en 1981 à 1 lit ou place pour 739,5 en 1996 (lignes lignes 1 et 6, colonne 5, tableau 3.16).

La même tendance se manifeste en ce qui concerne les Pavillons d'hébergement dont le nombre total de lits et places a fortement augmenté de 1981 à 1996, passant de 3 618 en 1981 à 4 342 en 1996 pour un taux de croissance de 20,0 % (lignes 1, 6 et 13, colonne 7, sections A et B, tableau 3.15). Il y avait donc 1 lit ou place dans les Pavillons d'hébergement pour 1 809,8 habitants en 1981 et 1 lit ou place pour 1675,3 en 1996 (lignes 1 et 6, colonne 7, tableau 3.16). Tout au long de la période 1981-1996, les lits et places dans les Pavillons d'hébergement ont ainsi augmenté leur poids relatif par rapport au total des lits et places de l'ensemble des autres établissements sanitaires (colonne 7, section C, tableau 3.15).

Somme toute, comme nous l'avons souligné à la fin du point précédent (3.3.2) en référence à l'évolution du nombre d'établissements sanitaires, la réduction relative du nombre de lits et de places dans le système sociosanitaire constitue un indicateur significatif de la densification des usages de chaque établissement sanitaire et de l'intensification du travail médical, d'autant plus que les baisses considérables de lits et de places ont été enregistrées surtout pour les CH et les CR, là où le travail est le plus lourd en terme de travail médical. Ce qui n'a pu conduire qu'à la dégradation des conditions de travail, de la qualité de vie au travail et à terme à la qualité des soins, comme en attestent les nombreux affrontements entre les différentes catégories de professionnels intervenant dans le système sociosanitaire et l'État au cours des années

quatre-vingt-dix et les fréquents cris d'alarme que lancèrent sur la place publique les travailleurs en soins médicaux. On peut donc, à ce double titre, s'interroger sur la possibilité réelle de faire plus avec une diminution relative des ressources de cette ampleur, comme le voudrait l'idéologie néolibérale.

3.3.4 L'évolution des effectifs médicaux

Contrairement aux constats effectués plus haut qui montrent qu'on assiste, globalement, à une diminution absolue et relative du nombre d'établissements sanitaires et à une diminution relative du nombre de lits et places dans le réseau sociosanitaire, notre analyse de l'évolution des effectifs médicaux indique que ceux-ci n'ont cessé d'augmenter depuis le tournant des années soixante-dix jusqu'à il y a quelques années. Une augmentation qui, comme le souligne Gilles Dussault, résulte du développement d'une forme spécifique d'institution depuis la fin de la seconde guerre mondiale :

> Notre système de distribution de soins a connu une expansion considérable depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Cette expansion a coïncidé avec la prise en charge par l'État de responsabilités accrues dans le domaine de la santé à la fois au niveau du financement des hôpitaux et des services médicaux et au niveau de l'organisation et de la gestion des institutions et équipements sanitaires. La croissance du secteur de la santé ne s'est pas faite sans que les effectifs sanitaires eux-mêmes croissent substantiellement[398].

Les données que nous avons analysées concernant l'évolution des effectifs médicaux confirment les propos de Dussault. En effet, de 1976 à 1996, on constate que toutes les catégories d'effectifs médicaux ont augmenté pour l'ensemble de la période (colonne 6, section A, tableau 3.17). En effet, le total des effectifs médicaux est passé de 75 832 à 130 927, pour un taux global de croissance de 72,7 % (lignes 19, colonnes 1, 5 et 6, section A, tableau 3.17).

---

[398] Gilles Dussault, «Les effectifs sanitaires au Québec», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumond et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 591.

TABLEAU 3.17

Personnel de la santé, selon la profession, Québec de 1976 à 1996

Section A

	(1) 1976	(2) 1981	(3) 1986	(4) 1991	(5) 1996	(6) 1996/1976 en %
(1) **Médecins**	9 152	10 556	12 563	14 241	15 243	103,3
(2) **- Omnipraticiens**	3 719	4 632	6 077	7 019	7 561	41,4
(3) **- Spécialistes**	5 433	5 924	6 486	7 222	7 682	87,2
(4) **MD int./ rés.**	2 110	2 082	2 123	2 136	---	1,2 (1991/1976)
(5) **Dentistes**	2 013	2 580	2 859	3 187	3 779	87,2
(6) **Optométristes**	658	801	915	1 111	1 194	81,5
(7) **Pharmaciens**	2 662	3 534	4 060	4 860	5 761	116,4
(8) **Infirmières**	50 818	69 937	74 601	80 360	83 498	64,3
(9) **- Qualifiées**	35 423	51 582	56 758	60 667	64 926	83,3
(10) **- Auxiliaires**	15 395	18 355	17 843	19 693	18 572	20,6
(11) **Chiropraticiens**	286	360	316	612	---	114,0 (1991/1976)
(12) **Diététistes**	800	1 118	1 398	1 800	1 892	136,5
(13) **Ergothérapeutes**	373	555	828	1 340	---	259,2 (1991/1976)
(14) **Hygiénistes dent.**	327	703	1 190	2 575	3 105	849,5
(15) **Physiothérapeutes**	1 041	1 341	1 649	2 360	3 003	188,5
(16) **Psychologues**	1 768	2 553	3 502	4 915	5 714	223,2
(17) **Tech. radiologie**	2 324	2 679	2 956	3 420	3 685	58,6
(18) **Travailleurs soc.**	1 500	2 044	2 119	3 200	4 053	170,2
(19) **TOTAL**	75 832	100 843	111 079	126 117	130 927	72,7

Section B

Répartition en pourcentage de l'ensemble des professions

	(1) 1976	(2) 1981	(3) 1986	(4) 1991	(5) 1996	(6) 1996/1976 en %
(20) **Médecins**	12,1	10,5	11,3	11,3	11,6	-4,1
(21) **- Omnipraticiens**	4,9	4,6	5,5	5,6	5,8	18,4
(22) **- Spécialistes**	7,2	5,9	5,8	5,7	5,9	-18,1
(23) **MD int./ rés.**	2,8	2,1	1,9	1,7	---	-39,3 (1991/1976)
(24) **Dentistes**	2,7	2,6	2,6	2,5	2,9	7,4
(25) **Optométristes**	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,0
(26) **Pharmaciens**	3,5	3,5	3,7	3,9	4,4	25,7
(27) **Infirmières**	67,0	69,4	67,2	63,7	63,8	-4,8
(28) **- Qualifiées**	46,7	51,2	51,6	48,1	49,6	6,2
(29) **- Auxiliaires**	20,3	18,2	16,2	15,6	14,2	-30,0
(30) **Chiropraticiens**	0,4	0,4	0,3	0,5	---	25,0 (1991/1976)
(31) **Diététistes**	1,1	1,1	1,3	1,4	1,4	27,3
(32) **Ergothérapeutes**	0,5	0,6	0,8	1,1	2,4	120,0 (1991/1976)
(33) **Hygiénistes dent.**	0,4	0,7	1,1	2,0	2,3	500,0
(34) **Physiothérapeutes**	1,4	1,3	1,5	1,9	4,4	64,3
(35) **Psychologues**	2,3	2,5	3,2	3,9	2,8	91,3
(36) **Tech. radiologie**	3,1	2,7	2,7	2,7	3,1	9,7
(37) **Travailleurs soc.**	2,0	2,0	1,9	2,5	100	55,0
(38) **TOTAL**	100	100	100	100		---

Sources : Données construites sur la base des données de Santé Canada, *Le personnel de la santé*, 1988 et 1995 ; pour 1996, ICIS, *Health personnel database, 1988-1997*, 2000 ; pour la population de 1996, Statistique Canada, Division de la démographie.

Cette augmentation du nombre total des effectifs médicaux est surtout attribuable, comme l'indique le tableau 3.17 (section A), à l'accroissement des hygiénistes dentaires (849,5 %), des psychologues (223,2 %), des physiothérapeutes (188,5 %), des travailleurs sociaux (170,2 %), des diététistes (136,5 %), des pharmaciens (116,4 %) et des chiropraticiens (114,0 %) (lignes 14, 16, 15, 18, 12, 7 et 11, colonne 6, section A, tableau 3.17). Le poids relatif de ces professions par rapport à l'ensemble des effectifs médicaux a augmenté plus rapidement que le poids des infirmières (qualifiées et auxiliaires) et des médecins (omnipraticiens, internes et résidants). Une augmentation de 500,0 % pour les hygiénistes dentaires, de 91,3 % pour les psychologues, de 64,3 % pour les physiothérapeutes, de 55,0 % pour les travailleurs sociaux, de 27,3 % pour les diététistes, de 25,7 % pour les pharmaciens et de 25,0 % pour les chiropraticiens (lignes 33, 35, 34, 37, 31, 26 et 30, colonne 6, section B, tableau 3.17).

On remarque également que ce sont surtout les professions qui se concentrent le plus dans les établissements sanitaires publics qui ont augmenté le moins rapidement[399]. En effet, comparativement aux autres professions indiquées dans le tableau 3.17 (section A), l'augmentation des médecins spécialistes (87,2 %), des infirmières qualifiées (83,3 %), des médecins omnipraticiens (41,4 %), des infirmières auxiliaires (20,6 %) et des médecins internes et résidents (1,2 %) (lignes 3, 9, 2 et 4, colonne 6, section A, tableau 3.17) a été beaucoup plus faible. D'ailleurs, le poids relatif de certaines de ces professions par rapport à l'ensemble des effectifs médicaux a diminué. C'est le cas des médecins spécialistes (-18,1 %), des infirmières auxiliaires (-30,0 %) et des médecins internes et résidents (-39,3 %) (lignes 22, 29 et 23, colonne 6, section B, tableau 3.17). Ces données confirment ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'intensification dans les établissements sanitaires, particulièrement dans les lieux lourds, tels que les hôpitaux, où se retrouvent la majorité des catégories de professionnels sur lesquels nous venons d'insister.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accroissement des effectifs, on constate que ce sont les professions dont les effectifs ont crû le plus rapidement qui ont vu leur ratio par rapport à la population s'abaisser le plus. En effet, c'est le ratio des hygiénistes dentaires qui a le plus diminué, soit de 88,1 % (contre 69,0 % pour les ergothérapeutes, 64,9 %

---

[399] À l'exception des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux qui œuvrent surtout dans les CLSC. Ils ont augmenté respectivement de 259,2 % et de 170,2 % de 1981 à 1996 (lignes 13 et 18, section A, colonne 6, tableau 3.17). Ce qui est supérieur à la croissance du nombre des CLSC pour la même période (108,0 %), tel que nous l'avons vu plus haut.

pour les psychologues, 60,7 % pour les physiothérapeutes, 58,1 % pour les travailleurs sociaux, 52,1 % pour les diététistes, 48,4 % pour les chiropraticiens, 47,7 % pour les pharmaciens, 39,7 % pour les dentistes et 37,6 % pour les optométristes) (lignes 15, 14, 17, 16, 19, 13, 12, 8, 6 et 7, colonne 6, section B, tableau 3.18). Ce sont les médecins spécialistes et les infirmières auxiliaires qui ont augmenté le moins par rapport à la population, leur ratio ayant respectivement baissé de 19,9 % et de 6,1 % (lignes 4 et 1, colonne 6, section B, tableau 3.18). Quant aux médecins internes et résident, les données dont nous disposons indiquent que ce sont les seuls parmi toutes les professions médicales dont le ratio par rapport à la population totale a augmenté, de l'ordre de 8,9 %, leur ratio passant de 1 médecin interne ou résident pour 3 042,9 citoyens en 1981, à 1 médecin interne ou résident pour 3 314,9 en 1991 (ligne 5, section B, colonne 6, tableau 3.18).

TABLEAU 3.18

Ratio «population par professionnel» (selon la catégorie professionnelle), au Québec, de 1976 à 1996

	(1) 1976	(2) 1981	(3) 1986	(4) 1991	(5) 1996	(6) 1996/1976 en %
(1) **Population**	6 420 500	6 568 000	6 733 800	7 080 600	7 274 000	13,3
(1) **Médecins**	702,0	622,0	536,0	497,0	477,0	-32,1
(3) **- Omnipraticiens**	1 726,0	1 418,0	1 108,0	1 009,0	962,0	-44,3
(4) **- Spécialistes**	1 182,0	1 109,0	1 038,0	980,4	947,0	-19,9
(5) **MD int./ rés.**	3 042,9	3 154,7	3 171,8	3 314,9	---	8,9 (1991/1976)
(6) **Dentistes**	3 189,5	2 545,7	2 355,3	2 221,7	1 924,8	-39,7
(7) **Optométristes**	9 757,6	8 199,8	7 359,3	6 373,2	6 092,1	-37,6
(8) **Pharmaciens**	2 411,9	1 858,5	1 658,6	1 456,9	1 262,6	-47,7
(9) **Infirmières**	126,3	93,9	90,3	88,1	87,1	-31,0
(10) **- Qualifiées**	181,3	127,3	1 18,6	116,7	112,0	-38,2
(11) **- Auxiliaires**	417,1	357,8	3 77,4	359,5	391,7	-6,1
(12) **Chiropraticiens**	2 449,3	18 244,4	21 309,5	11 569,6	---	-48,4 (1991/1976)
(13) **Diététistes**	8 025,6	5 874,8	4 816,7	3 933,7	3 844,6	-52,1
(14) **Ergothérapeutes**	7 213,1	11 834,2	8 132,6	5 284,0	---	-69,0 (1991/1976)
(15) **Hygiénistes dent.**	19 634,6	9 342,8	5 658,7	2 749,7	2 342,7	-88,1
(16) **Physiothérapeutes**	6 167,6	4 897,8	4 083,6	3 000,3	2 422,2	-60,7
(17) **Psychologues**	3 661,5	2 572,7	1 922,8	1 440,6	1 273,0	-64,9
(18) **Tech. radiologie**	2 762,7	2 451,7	2 278,0	2 070,4	1 973,9	-28,6
(19) **Travailleurs soc.**	4 280,3	3 213,3	3 177,8	2 212,7	1 794,7	-58,1
(20) **TOTAL**	84,7	65,1	60,6	56,1	55,6	-34,4

Sources : Données construites sur la base des données de Santé Canada, *Le personnel de la santé*, 1988 et 1995 ; pour 1996, ICIS, *Health personnel database, 1988-1997*, 2000 ; pour la population de 1996, Statistique Canada, Division de la démographie.

On constate donc que ce sont les professions «classiques» (médecins, infirmières), celles qui sont essentiellement pratiquées dans les lieux «lourds» (notamment les centres hospitaliers) du système sociosanitaire qui ont augmenté relativement le moins. Ce qui tend, encore une fois, à invalider le discours officiel au sujet de l'origine de la crise du système sociosanitaire.

3.4 POUR CONCLURE SUR L'ÉVOLUTION DES GRANDES TENDANCES DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

À la lumière des constats que nous venons d'effectuer à propos de l'évolution des principaux indicateurs de dépenses, démographiques et organisationnels du secteur de la santé depuis 1975, nous sommes maintenant en mesure de faire quelques remarques plus générales auxquelles notre analyse des données statistiques nous conduit.

L'évolution des indicateurs de dépenses, sur lesquels nous avons insisté plus haut pour dresser le portrait de l'évolution du système sociosanitaire, montre une augmentation croissante, pour la période analysée (1975-2000), des dépenses totales (publiques et privées) de santé. Le rythme de croissance de celles-ci a d'ailleurs été supérieur à celui du PIB, ce qui pour l'État, s'inspirant des travaux des économistes néoclassiques, allait à terme représenter un obstacle fondamental au fonctionnement optimal des mécanismes de la croissance économique. Or, cette augmentation des dépenses totales résulte surtout d'une forte augmentation des dépenses privées de santé, dont le rythme de croissance a été supérieur à celui des dépenses publiques, en particulier depuis le tournant des années quatre-vingts où celles-ci ont régressé.

Nous avons en effet noté que l'État ne s'est pas contenté de freiner l'accroissement des dépenses publiques, il les a réduites relativement, ce qui dans les faits a fortement contribué à créer une base objective de développement d'une offre privée de soins, laquelle a crû de façon substantielle à partir des années quatre-vingts. Cet espace réel et potentiel de marchandisation des services de soins s'est appuyé sur la dépense privée, malgré que le revenu des citoyens québécois ait stagné ou n'ait augmenté que de façon très faible, même si les taux d'imposition demeuraient relativement stables, ou pire augmentaient pour les citoyens à plus faible revenu.

Par ailleurs, malgré la baisse relative des dépenses publiques de santé, l'État québécois a fortement accru ses dépenses pour les médicaments, au contraire de ce qu'il a

fait dans le cas des hôpitaux et / ou des médecins. En effet, la diminution des dépenses relatives publiques de santé a résulté de la diminution relative des dépenses consacrées à certains segments du système sociosanitaire, plus particulièrement les hôpitaux et les médecins, dont le poids relatif par rapport à l'ensemble des dépenses pour toutes les catégories d'affectation de fonds a fortement diminué pour l'ensemble de la période analysée. Ce qui montre bien qu'une partie croissante des dépenses publiques de santé a été drainée par d'autres affectations de fonds, particulièrement les médicaments, les prothèses, les frais ambulancier, etc. (Cf catégorie «autres dépenses de santé») qui ont considérablement augmenté, ainsi que la croissance de leurs poids relatifs par rapport au total des dépenses publiques de santé par catégorie d'affectation de fonds le montre. A résulté de ce processus, une transformation de la prise en charge clinique des patients où, dans l'esprit des décideurs politiques et des administrateurs du système sociosanitaire, le virage ambulatoire informatisé devait jouer un rôle majeur, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

Nous avons également constaté, dans un autre ordre d'idées, que la réduction relative des dépenses publiques de santé a eu lieu au même moment où le Québec enregistrait un accroissement de sa population, ce qui, allié à la baisse relative de la dépense publique en santé, surtout au niveau des centres hospitaliers, allait contribuer à une densification de l'usage des établissements sanitaires et de leurs lits et places. Nous avons en effet constaté que le nombre des établissements sanitaires publics et des lits et places avait diminué relativement au cours de la période analysée par rapport à l'évolution démographique, ce qui indique clairement, comme nous l'avons souligné à quelques reprises, qu'il y a eu une intensification importante du travail médical dans les établissements sanitaires. Cette donnée est d'ailleurs corroborée par le constat que nous avons fait à propos de l'évolution des effectifs médicaux, qui dans l'ensemble ont augmenté, surtout au niveau de certaines professions (hygiénistes dentaires, psychologues, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, diététistes, pharmaciens, chiropraticiens, etc.), mais dont l'augmentation fut notablement moins forte pour les professions «classiques» en santé, tels que les médecins et les infirmières, qui n'ont connus qu'une très faible croissance.

Ainsi, l'analyse des indicateurs de dépenses, démographiques et organisationnels du système sociosanitaire, nous amène à conclure que les données quantitatives tendent à invalider le discours officiel qui a été tenu par l'appareil d'État chargé de l'administration

du secteur de la santé au sujet de la crise du système sociosanitaire, discours sur lequel se penche le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

LE DISCOURS OFFICIEL DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS SUR LE VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ AU QUÉBEC

Nous analyserons dans ce chapitre le discours de l'État sur la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information. Nous insisterons sur quatre principaux points : **1)** les principaux motifs par lesquels l'État a justifié la mise en place des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé au Québec ; **2)** les stratégies mises en œuvre pour leur déploiement ; **3)** les objectifs (ou les buts) de leur implantation ; **4)** et le sens de la rhétorique utilisée dans les documents officiels pour promouvoir leur utilisation en santé. Nous tenterons ainsi de mettre en lumière les conceptions qui président à la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information.

4.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA MISE EN PLACE DES AUTOROUTES DE L'INFORMATION DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS

4.1.1 Le rôle de l'État : un point de départ

La crise du système sociosanitaire nécessitait de la part de l'État l'élaboration d'une solution qui devait, selon les décideurs économiques et politiques, ainsi que nous l'avons souligné dans notre problématique, passer par une réduction draconienne des dépenses publiques de santé et la réorganisation en profondeur du système sociosanitaire. D'où la promulgation du virage ambulatoire informatisé comme remède aux maux du système sociosanitaire en crise. Dans ce virage, l'État a joué un rôle stratégique en identifiant ce qui devait être réorganisé et en indiquant les bénéfices qui en découleraient. Pour mener à bien ce vaste projet, il fallait que l'État intervienne sur la place publique. Ce qu'il fit, à l'aide d'une rhétorique qui visait à préparer les esprits à bien recevoir cette solution[400], c'est-à-dire à convaincre les citoyens et professionnels du secteur de la santé des impératifs auxquels la société québécoise était confrontée, notamment sur le plan budgétaire et de la pertinence de la réorganisation du système sociosanitaire autour des

---

[400] Bernard Miège et Yves de la Haye, «De l'ère de la communication aux marchés de la télécommunication», *Communication / Information*, vol. VI, nos. 2-3, hiver 1984, p. 203-222.

autoroutes de l'information.

Ainsi à partir des années quatre-vingt-dix, plusieurs initiatives gouvernementales sur le plan de l'implantation des autoroutes de l'information en santé voient le jour, initiatives que Marc Lemire nomme «actions gouvernementales structurantes[401]». Comme le montre ce dernier, les actions structurantes de l'État québécois démarrent quelques années après la publication du rapport de la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux, déposé en 1988, qui proposait un virage ambulatoire comme solution au «problème» de la croissance des dépenses publiques de santé. Au départ, il manquait cependant une composante centrale à ce virage ambulatoire pour qu'il puisse répondre réellement aux objectifs que l'État s'était fixé. Cette composante va venir du processus d'informatisation sociale avec la convergence des TIC vers 1993-1994, qui constituait le socle sur lequel on allait mener la réorganisation du système sociosanitaire[402]. D'où justement l'orientation des actions de l'État, au cours des années quatre-vingt-dix, vers le développement des autoroutes de l'information de façon à favoriser le déploiement des nouveaux services de soins ambulatoires. Sont ainsi créées au printemps 1990, deux ans après le dépôt du rapport de la Commission Rochon, la Direction des systèmes d'information et la Direction de la gestion de l'information du MSSS, lesquelles auront précisément pour mandat d'élaborer les orientations stratégiques de l'implantation des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé. Cela devait en outre passer par l'acceptation par les différents acteurs du milieu de la santé des orientations technologiques, dont les principes étaient déjà explicités au tournant des années quatre-vingts[403].

Outre les initiatives du MSSS en matière d'informatisation, d'autres organismes gouvernementaux ont également joué un rôle fondamental dans ce vaste projet de

---

401 Marc Lemire, *Actions gouvernementales structurantes. Chronologie commentée sur le développement des inforoutes santé et de la télésanté au Québec et au Canada*, ouvrage cité.

402 Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 47 et suivantes.

403 La Direction des ressources informationnelles du MSSS précisait en 1996 que «les orientations technologiques du réseau sociosanitaire visent pour leur part, à répondre à la double préoccupation de soutenir la Réforme et d'améliorer la performance du réseau» (Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 83.).

réorganisation du système sociosanitaire. C'est le cas du Secrétariat de l'autoroute de l'information et du Comité consultatif sur l'autoroute de l'information créés en 1995. Le rôle du premier était de contribuer au financement d'initiatives dites structurantes et celui du deuxième consistait à agir à titre de conseiller auprès des ministres chargés, entre autres, de la mise en place des autoroutes de l'information. C'est à travers ces organismes que l'État québécois a été à la fois un «catalyseur[404]», un «régulateur» et un «partenaire» dans le projet d'informatisation du secteur de la santé, tel qu'affirmé dans deux documents publiés en 1996, le premier rédigé par le Secrétariat de l'autoroute de l'information et le deuxième par le MSSS :

> [...] le gouvernement jouera un rôle de **catalyseur**, de **régulateur** et de **partenaire**[405]. Ce rôle se réalisera principalement par les actions suivantes : la création d'un environnement favorable, l'arrimage avec les entreprises, l'évolution vers un rôle d'utilisateur modèle de l'autoroute de l'information, des interventions législatives et réglementaires et un soutien financier à certaines initiatives structurantes[406].
>
> Dans le cas des inforoutes publiques et des inforoutes des partenaires, le réseau sociosanitaire jouera selon les circonstances, le rôle d'un partenaire actif, d'un fournisseur d'information ou de services ou d'un promoteur. Sans être le responsable du développement de ces inforoutes, le réseau sociosanitaire cherchera donc à établir le maximum de synergie entre ses propres initiatives et les initiatives de ses partenaires[407].

Ce rôle s'est manifesté, au niveau de l'implantation des autoroutes de

---

[404] C'est d'ailleurs de cette façon que le Gouvernement du Canada a qualifié son rôle en matière d'informatisation : «[...] Le gouvernement fédéral a décidé qu'il pouvait contribuer de façon importante à l'amélioration de la création et de la circulation de l'information en agissant à la fois comme catalyseur et comme agent de changement» (Denis Gauthier, Sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada, (Page consultée le 15 avril 2001), *Discours-programme prononcé à la Information Technology in Community Health (ITCH) : «Connexions et partage d'idées pour une meilleure santé»*, 24 août 2000, [En ligne], Adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/available/documents/itch2000_f.html).

[405] Les extraits mis en gras, en souligné, en italique ou en majuscules qui ne sont pas suivis d'une note indiquant que c'est de nous (L.B.) sont conformes au texte original.

[406] Secrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information, Document de travail et de consultation*, Québec, SAI, février 1996, p. 5.

[407] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, Québec, MSSS, novembre 1996, p. 35.

l'information, par la formulation d'échéanciers serrés, qui indiquaient le caractère «urgent» pour l'État de la mise en place de ces autoroutes de l'information pour concrétiser le virage ambulatoire informatisé. À ce titre, mentionnons l'une des recommandations du Comité consultatif sur l'autoroute de l'information en 1995 au sujet de l'échéancier de la généralisation de la «nouvelle» organisation sociosanitaire qu'on désirait mettre en place à l'aide des TIC :

> ***Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses partenaires fassent en sorte que la plupart des établissements du réseau de la santé et des services sociaux puissent communiquer entre eux, d'ici trois à cinq ans, par des réseaux informatiques régionaux, reliés eux-mêmes à un réseau québécois[408].***

Ce qui fut réaffirmé en 1998 par le Gouvernement du Québec, comme l'indique l'extrait suivant :

> [...] le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuivra les démarches ayant pour objet de doter, d'ici deux ans, le secteur sociosanitaire d'un intranet permettant de tirer profit des nombreuses possibilités de l'inforoute[409].

Si l'échéancier de l'implantation des autoroutes de l'information est court, c'est que l'État québécois cherchait à répondre rapidement aux exigences qu'il s'était données dans le cadre des réformes qu'il a mises en place. En effet, il est important ici de rappeler le lien étroit qui existe entre les initiatives gouvernementales dans le domaine de l'informatisation et les réformes du système sociosanitaire.

Au début des années quatre-vingt-dix, Marc-Yvan Côté, alors ministre de la Santé au Québec, suite aux recommandations de la Commission Rochon, insiste sur la nécessité du contrôle des coûts des services de soins, de l'adaptation des services de soins à des populations spécifiques et de l'accroissement de l'efficacité des services de soins[410]. Plus tard, sept ans après le dépôt du rapport de la Commission qu'il avait

---

[408] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, Québec, CCAI, Juillet 1995, p. 22

[409] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 85.

[410] Marie-Thérèse Lacourse, *Sociologie de la santé*, ouvrage cité, p. 228-230.

présidé, Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des services sociaux au Québec, lance une démarche brutale et intransigeante de réduction des dépenses publiques de santé, ce qui conduira entre autres à une diminution du nombre des établissements publics de santé, des lits et des places dans les établissements sanitaires publics, tel que nous l'avons constaté dans le chapitre précédent.

C'est dans ce contexte que les autoroutes de l'information sont implantées au Québec et qu'on les considèrera comme le levier central du virage ambulatoire et de la réorganisation du système sociosanitaire.

À partir de 1992, les priorités de l'État québécois en ce qui concerne la réorganisation du système sociosanitaire sont les suivantes : «l'intersectorialité et la mise en commun des compétences favorisant la synergie des activité opérationnelles», «la redéfinition du partage des responsabilités entre le Ministère et les Régies régionales», «l'instauration de nouveaux modes de gestion favorisant plus d'efficacité et d'efficience au plan administratif[411]». Ajoutons à cela la «nécessité» de faire appel aux TIC dans le système sociosanitaire[412]. C'est dans ce contexte que la mise en place des autoroutes de l'information a été conçue, par l'État québécois, comme nécessaire et indispensable à la réorganisation du système sociosanitaire.

4.1.2 La recherche d'une solution à la crise du système sociosanitaire

Tel que nous l'indiquions plus haut dans ce chapitre, la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information ne reposait aucunement sur le souci de modernisation en soi, «neutre», du système sociosanitaire. L'informatisation n'était avant tout qu'un moyen de réorganisation pour résoudre les problèmes auxquels était confronté le système sociosanitaire québécois, tel que le soulignait le MSSS dans un document publié en 1996 :

---

411 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources d'information, Service d'orientations, planification et normes, *Contexte technologique du réseau sociosanitaire en matière d'informatisation*, Québec, MSSS, octobre 1992, p. 8.

412 Dans le même ordre d'idées, soulignons que le Gouvernement du Canada parlait en 1998, quant à lui, d'une «nécessité incontournable» d'implanter les autoroutes de l'information en santé (Notes pour une allocution de Allan Rock, ministre de la Santé, (Page consultée le 17 avril 2001), *Conférence nationale sur l'info-structure de la santé*, Edmonton, 9 février 1998, [En ligne], Adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/infstrf.htm).

> Compte tenu de la masse de dossiers à traiter, des ressources disponibles et des distances physiques qui séparent les différents lieux où sont dispensés les services, le recours à l'informatisation et aux technologies de l'information est incontournable. [...] L'informatisation du réseau est donc une nécessité, à la fois pour soutenir la prestation des services aux usagers et l'administration du système sociosanitaire. Les véritables enjeux résident dans le rythme de déploiement des systèmes d'information et des infrastructures technologiques et dans la capacité du réseau d'en assumer une gestion adéquate, plutôt que dans la pertinence de l'informatisation[413].

C'est en affirmant, ainsi, que les autoroutes de l'information contribuaient à résoudre plusieurs problèmes du système sociosanitaire que l'État a légitimé leur implantation en santé. Dès lors, tel que le précisait le MSSS dans l'extrait ci-haut au sujet de la nécessité de l'informatisation, l'implantation des autoroutes de l'information est posée comme étant incontournable. Si cela est incontournable, c'est que pour l'État, qui veut résoudre la crise du système sociosanitaire, l'informatisation constitue le moyen pour y parvenir. Or, le problème fondamental auquel l'État voulait s'attaquer était et demeure surtout d'ordre budgétaire. L'État affirmait dans plusieurs documents officiels que les compressions budgétaires dans le secteur de la santé étaient inévitables, malgré la croissance de la demande de soins, et qu'il fallait trouver un moyen pour diminuer le coût des services soins assumés par le secteur public. En témoignent les extraits suivants tirés de documents publiés entre 1996 et 1998 par le Secrétariat de l'autoroute de l'information, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le MSSS et le Gouvernement du Québec, dans lesquels on précise que le secteur de la santé est un champ particulièrement concerné par l'implantation des autoroutes de l'information compte tenu du contexte budgétaire qui prévalait au Québec et qui nécessitait une transformation du secteur.

> Le système de santé et de services sociaux du Québec a la responsabilité d'offrir des services de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population québécoise. Il regroupe 250 000 employés, c'est-à-dire 10 % de la main-d'œuvre active du Québec. Son budget pour l'année financière 1995-1996 est de 13 milliards de dollars, soit plus de 30 % des dépenses gouvernementales. Il regroupe plus de 750 établissements auxquels s'ajoutent les cliniques et les polycliniques médicales et plus de 2 000 organismes communautaires reconnus et financés par le Ministère ou les régies régionales. Compte

---

413 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 8-9.

tenu de sa mission, des ressources humaines et financières en jeu, le secteur de la santé et des services sociaux est interpellé au premier plan par l'autoroute de l'information[414].

Le système doit faire face à des compressions importantes depuis quelques années. On annonce encore un objectif d'un milliard de dollars de compressions pour les quatre prochaines années, auxquelles viendront s'ajouter des réductions du paiement de transfert du gouvernement fédéral qui seront annoncées en 1996. Malgré ces réductions, la pression de la demande en services ne fait qu'augmenter d'année en année avec le vieillissement de la population et l'accroissement de la pauvreté. Le défi majeur du système de santé et de services sociaux québécois pour les prochaines années sera de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes[415].

Le système de santé et des services sociaux du Québec fait face à de grands défis. D'une part, le système est confronté à des compressions budgétaires importantes depuis quelques années. D'autre part, la demande de services est en constante augmentation, compte tenu du vieillissement de la population et de l'accroissement de la pauvreté. Ainsi, le système de santé et des services sociaux québécois, à l'instar de la majorité des autres systèmes, devra relever le défi de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son "niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes"[416].

Le secteur de la santé et des services sociaux vit actuellement une transformation majeure. Le gouvernement a décidé de modifier en profondeur l'organisation de ces services dans un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité et afin de mieux maîtriser l'évolution des dépenses[417].

Tel était donc le motif fondamental de la réorganisation du système

---

[414] Secrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information. Document de travail et de* consultation, ouvrage cité, p. 38.

[415] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 17.

[416] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 5.

[417] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 1998, p. 84.

sociosanitaire, c'est-à-dire la possibilité de répondre à une demande croissante de services de soins dans un contexte où la diminution des coûts du système sociosanitaire devenait politiquement de rigueur, mais qu'on présentait comme inéluctable[418]. Il est clair que la hausse de ces coûts était devenue inacceptable de la part d'un État devenu néolibéral, État qui d'ailleurs a cherché systématiquement à les réduire depuis le tournant des années quatre-vingts jusqu'à tout récemment. En soulignant que le secteur de la santé «est interpellé au premier plan» par les autoroutes de l'information, le Secrétariat de l'autoroute de l'information signifiait qu'il devenait trop «lourd» sur le plan des dépenses publiques, essentiellement parce qu'il mobilisait trop de ressources financières et humaines. Cela laissait entendre qu'il fallait implanter les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé de façon à contrebalancer la croissance des dépenses publiques de santé, en réduisant les coûts des services de soins (ceux assumés par le secteur public) et en «minimisant» les effets sur la qualité de ceux-ci. Ainsi, compte tenu de leur effet sur la transformation du système sociosanitaire, on voyait les autoroutes de l'information comme un moyen pour sortir ce dernier de la crise à laquelle il était confronté. C'est ce que laissent entendre le MSSS dans des documents publiés entre 1996 et 1997 :

> ***La mise en place d'une infrastructure de télécommunication a un apport direct à la transformation du réseau sociosanitaire. Elle contribue aussi à relever les défis des coûts, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services[419].***
>
> *La mise en place d'une infrastructure de télécommunication a un apport direct à la transformation du réseau sociosanitaire et contribue à relever les défis des coûts, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services[420].*
>
> [...] l'inforoute du secteur sociosanitaire sera mise en œuvre de façon à faciliter la transformation du système sociosanitaire. En plus de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, elle devra

---

[418] Voilà pourquoi le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information affirmait, dans un document paru en 1995, que la transformation du système sociosanitaire se devait d'être radicale : «Le contexte actuel favorise une transformation radicale du système ; axée sur l'efficience». (*Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 17).

[419] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 25.

[420] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, Québec, MSSS, mai 1997, p. 53.

> plus particulièrement contribuer à : augmenter la qualité des services aux usagers ; améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources sociosanitaires et contrôler les coûts des programmes de santé et de services sociaux[421].

Dans d'autres documents officiels, on précisait que les autoroutes de l'information constituaient un outil fondamental de la «réforme» du système sociosanitaire. C'est ce qu'affirmaient, entre 1995 et 1997, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le MSSS et Jean Rochon dans une lettre adressée aux Président(e)s des Régies régionales :

> L'autoroute de l'information devient une ressource de tout premier plan pour la réalisation des objectifs de la Réforme[422].
>
> Les télécommunications sont définitivement l'une des ressources qui soutiendront la réforme du système sociosanitaire québécois et qui permettront à ce système de relever le défi majeur des prochaines années : maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes[423].
>
> Les télécommunications sont devenues une nécessité dans la réingénierie des processus de travail et la mise en œuvre de nouvelles façons de dispenser des services à la population québécoise. [...] Cette infrastructure de télécommunication doit être considérée comme nécessaire et urgente car elle soutiendra la transformation du réseau sociosanitaire en cours ; plusieurs projets d'informatisation en développement [...] ; la mise en place de l'autoroute de l'information est une priorité pour le Gouvernement du Québec, en particulier son implantation dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux[424].
>
> Les technologies de l'information sont maintenant reconnues, et de plus en plus utilisées, comme un puissant levier pour soutenir la

---

[421] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 14.

[422] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 18.

[423] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 25.

[424] *Ibid*., p. 81.

> transformation du réseau et l'amélioration de sa performance[425].
>
> Les technologies de l'information, et plus particulièrement l'inforoute, doivent être un levier de premier plan pour pousser plus loin la transformation du système sociosanitaire[426].
>
> À l'appui de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, l'utilisation des technologies de l'information s'avère essentielle pour atteindre nos objectifs en termes d'amélioration de la qualité des services aux usagers, d'efficience et d'efficacité globale du système sociosanitaire[427].

Ce qui montre bien en quoi les autoroutes de l'information apparaissaient comme un moyen clé du vaste mouvement de réorganisation du système sociosanitaire. Cependant, même si leur utilisation semblait évidente pour l'État, il fallait employer plusieurs stratégies pour convaincre les professionnels du secteur de la santé et plus largement l'ensemble de la population de leur nécessité. C'est précisément en ce sens qu'il faut comprendre le discours de l'État sur l'implantation des autoroutes de l'information en santé.

4.2 LÉGITIMER L'IMPLANTATION DES AUTOROUTES DE L'INFORMATION

4.2.1 Quand l'État veut convaincre les citoyens et les professionnels du secteur de la santé de la pertinence du «nouveau» système sociosanitaire

Pour convaincre les citoyens et les professionnels du secteur de la santé de la «nécessité» de réorganiser le système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information, l'État québécois s'est tout d'abord appuyé sur une rhétorique déterministe des nouvelles technologies, présentant leur utilisation comme inéluctable. En effet, l'État a opté pour une stratégie discursive «affirmant» que les autoroutes de l'information s'inscrivaient dans un processus qui dépasse le seul champ de la santé et qui est lié au

---

425 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. iii.

426 Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 15.

427 Jean Rochon (lettre adressée aux Présidents(es) des Régies régionales), *Nouveau partage des rôles au sein du secteur sociosanitaire en matière de gestion des technologies de l'information*, Québec, Octobre 1997, p. 1.

caractère considéré comme inévitable du «progrès social». La mise en place des autoroutes de l'information devait contribuer à la modernisation du Québec, à son accès à la «nouvelle société» qui se construisait avec l'informatisation de la société, comme le soutenaient le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le Conseil de la science et de la technologie et le Secrétariat de l'autoroute de l'information dans des documents publiés entre 1994 et 1996[428].

> Il est essentiel pour une société comme le Québec de participer pleinement à ce qu'on appelle l'ère du savoir, sous peine de se marginaliser et, surtout, de marginaliser les générations futures[429].
>
> L'autoroute de l'information constitue un outil indispensable pour assurer le développement du Québec et son rayonnement à travers le monde, et pour entrer dans le XXIe siècle[430].
>
> Tout comme les technologies de l'information, l'autoroute de l'information représente une des assises matérielles de la société de l'information. C'est d'abord dans la mise en œuvre de services interactifs à distance, utiles dans la vie de tous les jours, pour l'entreprise comme pour le citoyen, et dans l'accès à des fonctions évoluées de communication que se trouvera la raison, économique et sociétale, du déploiement de l'autoroute de l'information[431].

Ici, l'implantation des autoroutes de l'information est conçue comme étant utile pour la société québécoise qui ne pourra que se féliciter d'avoir effectué le virage technologique, tel qu'on peut le comprendre dans le discours de l'État. Ce qui contribue à légitimer leur utilisation par l'ensemble des professionnels du secteur de la santé. Ne restait qu'à tenter d'en convaincre ces derniers. C'est ainsi que le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information recommandait, dans un document publié en 1995, que le

---

428 Ce qui est également le cas pour le Gouvernement fédéral. Voir «Notes pour une allocution de Alan Nymark», Sous-ministre délégué, (Page consultée le 13 avril 2001), *La situation de la télésanté au Canada : un défi canadien*, Fredericton, le 5 octobre 1998, [En ligne], Adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/textpof.htm

429 Conseil de la science et de la technologie, (Page consultée le 18 juin 1998), *Miser sur le savoir : les nouvelles technologies de l'information, rapport de conjoncture*, CST, Québec, Octobre 1994, [En ligne], Adresse URL : http://www.cst.gouv.qc.ca/rNTI.html

430 Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 1.

431 Secrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information. Document de travail et de consultation*, ouvrage cité, p. 2.

MSSS fasse valoir les bienfaits de l'utilisation des autoroutes de l'information aux professionnels du secteur de la santé :

> Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses partenaires entreprennent le plus tôt possible une action conjointe d'information et de concertation avec l'ensemble des professionnels de la santé et notamment avec les syndicats du réseau de la santé et des services sociaux, afin d'expliquer aux 250 000 employés du réseau comment les nouvelles technologies de l'information, bien utilisées, pourront rendre le système plus productif, plus efficient, et faciliteront une nouvelle organisation du travail[432].

Dans le même ordre d'idées, un an plus tard, en 1996, le MSSS réaffirmait que les autoroutes de l'information - en termes d'«optimisation de l'allocation des ressources», comme il l'affirme - étaient non seulement souhaitables pour les professionnels de la santé mais aussi plus largement pour l'ensemble de la population :

> Les technologies de l'information fourniront un apport appréciable aux fins de l'optimisation de l'allocation des ressources au bénéfice de la population[433].

Ce qui devait solidifier les «arguments» évoqués par l'État au sujet de la pertinence de l'informatisation du système sociosanitaire afin de convaincre les professionnels de la santé et l'ensemble de la population. Chose qui n'était pas acquise, comme en témoigne le fait que l'État ait tenu à souligner les facteurs favorisant l'utilisation ou non des autoroutes de l'information. Dans un document publié en 1995, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information affirmait ceci :

> La condition primordiale de réussite de l'utilisation de l'autoroute de l'information au service de la réforme sera son acceptation par l'ensemble du personnel du réseau. En effet, il reste que toute introduction de nouvelles technologies implique une adaptation de l'utilisateur, l'obligeant ainsi à adopter des nouvelles façons de faire. Le succès de l'utilisation de l'autoroute de l'information comme alliée de la réforme sera avant tout lié à ce que [entre autres] : l'ensemble du personnel soit convaincu que l'autoroute de l'information apporte des réponses à des besoins précis, un gain de temps et une simplification

---

[432] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 5.

[433] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 79.

> des tâches ; la réorganisation du travail qui s'impose fasse l'objet d'un débat ouvert entre la direction et les travailleurs, syndiqués ou non ; les solutions retenues pour l'utilisation de l'autoroute de l'information soient le résultat négocié de tous les intervenants impliqués [...][434].

Dans le même document, après avoir décrit la façon dont l'État devait mener la réorganisation pour qu'elle puisse être acceptée par les professionnels de la santé et l'ensemble de la population québécoise, on évoquait un certain nombre de problèmes qui devaient être surmontés, ceci afin de vaincre les diverses réticences au sujet de cette réorganisation :

> Dans l'état actuel de l'infrastructure technologique du réseau, plusieurs problèmes font obstacle à l'implantation et à l'utilisation de l'autoroute de l'information dans le réseau : la crainte du personnel à l'égard de la nécessaire «réingénierie» du système ; la résistance de certaines catégories de professionnels à utiliser les outils informatiques ; le mode de fonctionnement extrêmement cloisonné du système, tant à l'intérieur des établissements qu'entre les établissements eux-mêmes ; la très grande disparité entre le niveau d'informatisation des différents établissements ; la multiplicité des systèmes d'information peu compatibles qui se sont développés un peu partout à la pièce ; les matériaux et les logiciels associés aux équipements spécialisés acquis et gérés séparément, sans tenir compte des besoins d'intégration avec l'infrastucture technologique et les systèmes d'information des établissements ; l'insuffisance des sommes consenties par les établissements aux technologies de l'information (132 millions de dollars par année) ; la méfiance de la population envers la capacité de la technologie de préserver le caractère confidentiel de l'information ; l'état actuel de la législation, qui empêche la circulation de données nominales entre établissements, de même que certains vides juridiques à combler en ce qui a trait notamment à la reconnaissance légale de la signature électronique et au statut de la pratique médicale à distance[435].

Voilà autant de problèmes qui étaient posés en 1996 par le MSSS au sujet de la mise en application des orientations technologiques, problèmes auxquels devaient s'adapter les différents acteurs du secteur de la santé :

> D'abord, la mise en œuvre des orientations technologiques sous-entend un changement d'habitudes. Or, le changement déstabilise,

---

[434] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 20.

[435] *Ibid*.

> dérange ; modifier ses façons de faire ne va pas nécessairement de soi. Par ailleurs, la ligne de départ n'est pas la même pour tout le monde. Les uns et les autres devront s'ajuster, pour adopter un rythme de croisière commun. Il se peut aussi que certaines décisions ne fassent pas l'affaire de tous... Enfin, pour les gestionnaires d'établissements moins informatisés, l'opération pourra entraîner certains déboursés supplémentaires pour l'achat d'équipements de base indispensables[436].

Deux ans plus tard, soit en 1998, le MSSS parlait de faiblesses en référence aux problèmes soulevés à l'égard de l'acceptation de la réorganisation :

> La principale faiblesse relevée est le manque de cohérence manifeste dans plusieurs domaines, qui résulte de l'absence d'un plan d'ensemble pour le secteur. [...] L'information relative aux ressources humaines dédiées aux technologies de l'information est déficiente à maintes égards [...]. Les investissements dans les ressources informationnelles sont souvent considérés comme des coupures dans les services à la population plutôt que comme un moyen d'augmenter l'efficacité du système de santé. [...] On ne connaît pas précisément le niveau et la répartition des investissements en ressources informationnelles dans le secteur [...]. Les infrastructures technologiques et les actifs informationnels actuellement en place ne permettant pas de soutenir l'intégration des services. [...] Les banques de données et les systèmes d'information sont cloisonnés ce qui oblige la multiple saisie des mêmes données. [...] Les leaders éprouvent beaucoup de difficultés à mobiliser les intervenants et les gestionnaires autour de l'utilité des ressources informationnelles. Le plus souvent, ces derniers perçoivent la mise en place des technologies comme un surcroît permanent de travail et sont réticents à utiliser les outils mis à leur disposition[437].

Malgré ces «faiblesses», le MSSS affirmait dans un document paru en 1998 que tous devaient non pas seulement adhérer à l'idée de la réorganisation du système sociosanitaire, mais se soumettre aux décisions prises par l'État québécois :

> Prendre les moyens pour réussir ce projet, c'est mettre tout le monde à l'œuvre, sans exception et c'est le faire de façon concertée et avec cohérence. La mobilisation des personnes et leur adhésion aux plans,

---

[436] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, Québec, MSSS, novembre 1996, p. 23.

[437] Ministère de la Santé et des services sociaux, *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*, Québec, MSSS, avril 1998, p. 18.

> aux stratégies, aux choix et **aux décisions arrêtées**[438] sont fondamentales pour le succès de l'entreprise. La synergie créée par la concertation et les consensus décuplera la force des efforts investis[439].

Ce qui soutient que la réorganisation du système sociosanitaire sera menée à «sens unique», indépendamment des réticences des individus à l'accepter, de façon à ce que la ligne directrice de l'État fasse autorité au-delà des divergences d'opinions et d'idées. C'est cette même vision unique au sujet de l'implantation des autoroutes de l'information qui était louangée par le Sous-ministre de la Santé et des services sociaux, Pierre Gabrièle, lors du colloque du MSSS sur les ressources informationnelles en 2001[440].

4.2.2 Revoir les modalités de financement des autoroutes de l'information pour élargir l'espace marchand en santé

Le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information énonce en 1995 quatre principes fondamentaux relatifs au financement de la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information :

> Quatre grands principes de base devraient guider le gouvernement dans le financement des projets reliés à «réingénierie» et au recours aux NTI et à l'autoroute de l'information. Le ***premier principe*** est qu'il ne faut pas augmenter les dépenses ni augmenter les taxes ou les impôts. [...] Le ***deuxième principe*** est que, dans le cas des projets rentables (ceux qui permettent de diminuer les coûts dans les années qui suivent l'introduction de l'innovation), ils doivent être financés comme tout projet d'investissement est normalement financé, c'est-à-dire amorti sur un certain nombre d'années, au maximum sur la durée de vie utile de l'investissement. [...] Le ***troisième principe*** est celui du financement partagé. [...] Le ***quatrième principe*** est que la participation du secteur privé sur le plan du financement et de l'innovation est non seulement souhaitable mais nécessaire[441].

---

438 Le souligné est de nous L.B.

439 Ministère de la Santé et des services sociaux, *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*, ouvrage cité, p. 49.

440 Luc Bonneville, «Colloque du MSSS sur les orientations stratégiques et technologiques des ressources informationnelles : un regard sociologique sur les motifs d'implantation des TIC dans le système sociosanitaire», *Observations*, Centre de Bioéthique de Montréal, vol. 3. no. 2, 27 août 2001, [En ligne] : <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/archives/no32.html>

441 Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 43-44.

On constate ici que l'État privilégie le financement par le secteur privé pour la mise en place des autoroutes de l'information. D'où le recours de plus en plus important à l'entreprise privée pour construire le «nouveau» système sociosanitaire. C'est ainsi que le soulignait le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, le MSSS et le Gouvernement du Québec dans des documents publiés entre 1995 et 1998 :

> La réalisation de l'autoroute de l'information implique de nombreux intervenants. En premier lieu, les entreprises de télécommunications vont se charger de mettre en place les infrastructures physiques nécessaires. D'autres entreprises vont s'occuper de développer des contenus et des logiciels pour l'autoroute. [...] Pour sa part, le gouvernement doit adopter les moyens de financer comme des investissements les projets rentables (ceux qui permettent de produire à moindre coût dans les années qui suivent leur introduction) de «réingénierie» des ministères et organismes qui utilisent les nouvelles technologies de l'information. Il ne doit pas hésiter à faire appel à l'expertise du secteur privé par l'impartition, la sous-traitance, dans certains cas, la privatisation pure et simple de certains services, ou encore au moyen de contrats visant à élaborer des plans stratégiques d'implantation des technologies comme l'autoroute de l'information[442].
>
> Le gouvernement a tout intérêt à travailler en partenariat avec le secteur privé pour se faire aider dans son processus de «réingénierie»[443].
>
> La participation de l'entreprise privée dans le développement de l'autoroute de l'information du secteur sociosanitaire constitue l'une des solutions envisagées pour le financement de la mise en œuvre[444].
>
> Une collaboration étroite avec le secteur privé sera nécessaire dans le but d'expérimenter et d'évaluer divers outils domotiques et inforoutiers et de mettre au point les applications techniques nécessaires[445].

---

[442] *Ibid*., p. 3.

[443] *Ibid*., p. 41.

[444] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 11.

[445] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 85.

> Pour nous donner les moyens de réaliser nos ambitions, il faudra faire preuve de créativité en matière de financement et explorer divers types de partenariats et des formules inédites, toujours dans l'objectif de concentrer nos efforts en vue d'atteindre notre VISION et de soutenir l'intégration des services[446].

Ce financement privé était même conçu comme indispensable, c'est-à-dire incontournable et inévitable, par le Gouvernement du Québec dans un document qu'il a publié en 1998 :

> Le recours aux technologies et le déploiement de l'inforoute amènent les administrations publiques à établir de nouveaux liens avec le secteur privé. [...] Le contexte budgétaire actuel amène d'ailleurs les gouvernements à rechercher des formules inédites de financement qui font appel aux ressources du secteur privé. **La collaboration de ce dernier est donc indispensable au renouvellement des services publics**[447].

Le fait de poser la participation du secteur privé dans la réorganisation comme «indispensable» laisse entendre que l'État veut ouvrir davantage le secteur de la santé à l'entreprise marchande, tel que nous l'avons d'ailleurs constaté dans le chapitre précédent. Cela est justifié par le MSSS, en 1998, par l'affirmation que les revenus de l'État étaient trop faibles pour assumer à eux seuls le financement global du secteur de la santé :

> Réaliser notre VISION demande des investissements imposants qui entraîneront la nécessité d'un financement centralisé. De toute évidence, les sources et les modes de financement traditionnels, essentiellement gouvernementaux [...] ne suffiront pas[448].

Dans cet extrait, l'État affirme que le financement public est insuffisant et qu'il faudra en conséquence trouver une autre façon de financer le système sociosanitaire, plus particulièrement son informatisation. Cela laisse entendre, sans toutefois que l'État y

---

[446] Ministère de la Santé et des services sociaux, *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*, ouvrage cité, p. 21.

[447] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 81-82 ; le souligné est de nous L.B.

[448] Ministère de la Santé et des services sociaux, *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*, ouvrage cité, p. 46.

fasse explicitement référence, que la solution au problème du financement consiste à faire appel au secteur privé. Or, il importe de rappeler, à la lumière de ce que nous avons montré dans le chapitre précédent, que depuis le tournant des années quatre-vingts le financement privé était déjà bien présent en santé et que le financement public s'abaissait en importance relative dans la dépense totale de santé. La solution au problème de financement du secteur de la santé était donc depuis longtemps mise en application au moment où le MSSS rédigeait le document, publié en 1998, dans lequel se retrouve l'extrait cité ci-haut. Cela nous amène à constater que le discours de l'État ne vise et ne visait non pas seulement à préparer les esprits à la nécessité de la transformation du système sociosanitaire, mais aussi à justifier celle-ci *a posteriori* en amenant les citoyens et les professionnels de la santé à légitimer eux aussi la réorganisation en l'acceptant soit passivement, soit activement.

En orchestrant de cette façon la mise en place des autoroutes de l'information suivant des stratégies bien coordonnées, il est clair que l'État, dans le cadre de la réorganisation du système sociosanitaire, voulait stratégiquement mettre à contribution plusieurs moyens pour atteindre son objectif de résolution de la crise du en santé.

4.3 FAIRE ACCEPTER LES MOYENS PAR LESQUELS L'ÉTAT PENSAIT RÉALISER SON OBJECTIF DE RÉDUCTION DES COÛTS PUBLICS DES SERVICES DE SOINS

4.3.1 La nécessité de l'accroissement de la productivité globale du système sociosanitaire

Compte tenu des principaux objectifs assignés à la recherche d'une solution à la crise du système sociosanitaire qui ont amené l'État à vouloir y implanter les autoroutes de l'information, il n'est guère surprenant de constater dans plusieurs documents officiels que les autoroutes de l'information sont investies de la capacité d'augmenter la productivité globale du système sociosanitaire et ainsi de réduire les coûts des services de soins assumés par le secteur public. Le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et le MSSS précisaient, dans des documents publiés de 1995 à 1997, que :

> Le recours aux NTI peut avoir de nombreux effets. Un premier effet est de produire les mêmes services à moindre coût, un deuxième effet est d'améliorer la qualité des services [...][449].

[449] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 42.

Le secteur sociosanitaire doit maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes. Les TI et plus particulièrement l'AI constituent un levier approprié pour supporter la réorganisation des soins et des services[450].

L'autoroute de l'information va aider le système de santé et de services sociaux du Québec à relever le défi majeur des prochaines années : maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes[451].

Le défi majeur du système de santé et de services sociaux québécois pour les prochaines années sera de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes[452].

Ainsi, le système de santé et des services sociaux québécois, à l'instar de la majorité des autres systèmes, devra relever le défi de maintenir (ou d'accroître dans certains cas) son "niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, avec des ressources de plus en plus restreintes"[453].

Les télécommunications sont définitivement l'une des ressources qui soutiendront la réforme du système sociosanitaire québécois et qui permettront à ce système de relever le défi majeur des prochaines années : maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes[454].

Le secteur sociosanitaire doit maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et des services, malgré des ressources de plus en plus restreintes. Les technologies de l'information, et plus particulièrement l'inforoute, constituent un levier privilégié pour

---

[450] Ministère de la Santé et des services sociaux, Direction générale de l'administration et des immobilisations et Direction générale des ressources informationnelles *Prendre l'autoroute de l'information... Les prémisses du plan d'action pour le secteur sociosanitaire, document de travail*, Québec, MSSS, octobre 1995, p. 6.

[451] *Ibid*., p. 2.

[452] *Ibid*., p. 17.

[453] Ministère de la Santé et des services sociaux, Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 5.

[454] *Ibid*., p. 25.

faciliter la réorganisation des soins et des services[455].

Le caractère systématique, récurrent, de l'évocation de la réduction des coûts a pour objectif de convaincre les citoyens et les professionnels du secteur de la santé du caractère incontournable de la diminution des dépenses publiques de santé et de l'augmentation globale de la productivité du système sociosanitaire. Or, les obligations de l'État en matière de régulation sociale font qu'il ne peut pas se limiter dans son discours officiel, sur la place publique, à l'objectif donné à la réorganisation du système sociosanitaire, la réduction des coûts, car les conséquences négatives de celles-ci deviendraient évidentes pour la population, ce qui entraînerait aussitôt, comme l'histoire des mouvements sociaux le montre, d'importantes résistances. Il lui faut donc simultanément évoquer aussi d'autres objectifs, affirmés comme corollaires, telle que l'amélioration de la qualité des soins. Ce qui constitue dans ce cas l'élément rhétorique légitimateur du discours sur la «nécessité» de réduire les coûts publics des services de soins par le recours aux autoroutes de l'information. À cet effet, le MSSS s'exprimait ainsi dans un document publié en 1997 :

> Or il importerait de rappeler que les objectifs fondamentaux pour lesquels le réseau de la santé et des services sociaux investit dans les technologies de l'information, soit : l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise ; l'amélioration de la qualité des services aux usagers ; le contrôle des coûts des programmes de santé et des programmes sociaux et l'amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources sociosanitaires[456].

Dans cet extrait, le MSSS avance plusieurs objectifs qui dressent un portrait relativement brouillé des véritables buts qu'il poursuit à travers l'implantation des autoroutes de l'information. À la lumière des constats que nous avons effectué plus haut dans ce chapitre, il est toutefois clair que l'État s'attend à ce que les autoroutes de l'information contribuent d'abord en priorité à réduire les coûts des services de soins par une augmentation de la productivité globale du système sociosanitaire. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elles ont été implantées, comme nous l'avons constaté plus haut, dans ce chapitre, lorsque nous avons analysé les raisons évoquées pour justifier leur mise

---

[455] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 34.

[456] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 10.

en place. De fait, on peut penser que pour arriver à cette fin, l'État entendait utiliser les autoroutes de l'information dans le but de modifier structurellement la façon dont les services de soins sont dispensés, c'est-à-dire de changer la façon de soigner les patients par une transformation structurelle du travail médical.

4.3.2 Transformer structurellement le travail médical pour le rendre plus productif

La transformation structurelle du travail médical dans ses différents aspects apparaît comme essentiel pour l'État québécois, compte tenu du fait qu'il veut le contrôler suivant la logique propre au capitalisme, c'est-à-dire en le «reprogrammant» selon ses normes propres[457]. Il s'agit donc d'imposer la priorité de la logique organisatrice du fonctionnement du système capitaliste à celle spécifique à l'activité médicale comme telle. C'est pourquoi nous pouvons parler de réingénierie pour qualifier le type de réorganisation auquel les travailleurs du système sociosanitaire sont confrontés. Ce *reengineering*, notamment dans les services publics, implique l'utilisation des TIC qui, comme l'ont montré Hammer et Champy[458], agissent comme un levier capable de transformer structurellement l'organisation du travail d'un secteur. C'est ainsi qu'on entendait utiliser les TIC, comme l'a affirmé le MSSS dans deux documents différents publiés en 1996 :

> Pour que ces changements soient soutenus le plus efficacement possible, il est nécessaire de procéder à la réingénierie des processus de travail et d'utiliser les moyens technologiques plus appropriés. Une utilisation accrue des télécommunications est incontournable pour soutenir les échanges d'information, essentiels au fonctionnement efficace des processus de travail, dans un contexte de collaboration multiétablissements[459].

Les temps changent, la prestation de soins et des services aussi. La

---

[457] Il est intéressant de souligner ce que Bernard Miège évoquait dans la postface de la deuxième édition de *Capitalisme et industries culturelles*, à savoir que le Capital impose sa propre logique aux secteurs qu'il investit en réorganisant selon ses propres normes le travail, notamment par le biais de la division du travail («Postface à la deuxième édition», *Capitalisme et industries culturelles*, Armel Huet, Jacques Ion, Alain Lefebvre, Bernard Miège et Jacques Perron (sous la direction), Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1985, p. 202.).

[458] Michael Hammer et James Champy, *Le reengineering*, ouvrage cité, p. 97 et suivantes.

[459] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 3.

> compartimentation traditionnelle de l'information est devenue un poids, une limite, un frein. L'heure est à la flexibilité, aux interrelations, aux secteurs d'information ouverts, à l'image des services. Il faut donc se doter d'infrastructures technologiques et de mécanismes de gestion qui permettent d'accéder rapidement à toutes les informations et les circuits nécessaires et, éventuellement, mettre d'autres systèmes en place afin d'être branchés sur le monde[460].

L'idée du *reengineering* implique en effet que les TIC soient mises à contribution non pas uniquement pour modifier quantitativement les effectifs, mais surtout pour transformer (reconfigurer) qualitativement l'organisation du travail, ainsi que l'expliquent Hammer et Champy :

> Répétons-le, le vrai pouvoir des technologies n'est pas d'améliorer les anciens processus, mais de permettre aux organisations de briser les anciennes règles et de créer de nouvelles façons de travailler, c'est-à-dire de se reconfigurer[461].

C'est précisément dans ce sens qu'il faut comprendre le discours de l'État sur la portée réelle de la transformation du travail médical. En effet, l'État veut implanter les autoroutes de l'information de façon à ce que le travail médical soit reconstruit autour des multiples applications que permet l'informatisation des services de soins. Dans un document publié en 1995, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information mettait l'accent sur ces applications nombreuses et indiquait le sens de cette transformation du travail médical :

> [...] des systèmes interactifs d'information d'aide à la décision pour les professionnels dans leur pratique [...] ; un «dossier patient» ou un «dossier bénéficiaire» unique contenant l'ensemble des consultations médicales et sociales ; [...] une meilleure intégration des systèmes d'information opérationnels ou cliniques et des systèmes d'information de gestion [...] ; un système de collecte et de communication de données de gestion pertinentes dans l'ensemble du réseau ; la prestation de soins et de services à distance à l'aide d'outils de télédiagnostic et de télétraitement ; des services d'information préventive et de consultation de première ligne accessibles au citoyen, à domicile ou en milieu de travail ; l'accès à distance pour le

---

[460] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, ouvrage cité, p. 13.

[461] Michael Hammer et James Champy, *Le reengineering*, ouvrage cité, p. 104.

> personnel de la santé et des services sociaux à de la formation de base et à de la formation continue[462].

Le MSSS, dans un document paru en 1996, reprenait les applications potentielles des TIC sur le travail médical pour parler en terme de «travail en réseau» comme élément central du *reengineering* projeté. Du travail en réseau qui, grâce aux TIC, transformerait les pratiques en milieu de travail :

> Ce qui fait vraiment la différence, c'est d'abord la révision des processus de travail en ensuite le travail en réseau, grâce à l'harmonisation des données, des applications et des activités technologiques[463].

Rappelons toutefois que cet objectif de modifier qualitativement le processus de travail d'un secteur renferme celui de le modifier également, structurellement, sur le plan quantitatif, comme l'a montré l'histoire de la technologisation du travail humain[464]. En effet, l'une des conséquences fondamentales de ce *reengineering* est la modification structurelle du rapport au temps dans le procès de travail qui en est l'objet. C'est cette transformation qualitative du rapport au temps qui constitue le principe central de l'intensification du travail médical sur laquelle l'État comptait prendre appui pour résoudre la crise du système sociosanitaire.

En visant la transformation du rapport au temps par l'utilisation des autoroutes de l'information, on pensait que le travail médical pouvait être effectué avec une vitesse qualitativement plus grande que la vitesse nécessaire au déroulement du travail médical dans le système de santé fordiste-keynésiste. Pour l'État, cela devait contribuer à l'amélioration de la *qualité* du travail, qu'on conçoit ici non pas sur le plan thérapeutique ou de l'atteinte d'une plus grande efficience clinique, mais suivant des critères économiques de productivité essentiellement fondés sur des gains quantitatifs. D'où l'idée d'en arriver, par les TIC, à accélérer la prise de décision clinique d'une part, et à

---

[462] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 18-19.

[463] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, ouvrage cité, p. 18.

[464] Voir à ce propos, Harry Braverman, *Travail et capitalisme monopolistique*, Paris, Maspero, 1976 ; et Benjamin Coriat, *Science, Technique et Capital*, Paris, Seuil, 1976.

éliminer les tâches qu'on estime répétitives d'autre part[465]. C'est ce qui est explicité dans les extraits suivants tirés de deux documents officiels rédigés respectivement par le MSSS en 1996 et par le Gouvernement du Québec en 1998 :

> La mise en place d'infrastructures technologiques opérant sur de telles bases fera en sorte que les utilisateurs, dans la mesure où ils auront les autorisations nécessaires, auront accès plus rapidement à des informations plus complètes, plus à jour et mieux intégrées permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur travail[466].

> Les technologies de l'information permettent également de créer des outils de soutien au travail multidisciplinaire et inter-établissements. Ainsi, il n'est plus nécessaire de saisir deux ou trois fois les mêmes données ni de **répéter inutilement**[467] des examens diagnostiques. Les nouveaux outils entraînent une révision importante des processus cliniques dans un souci d'efficacité et d'amélioration de la qualité des pratiques[468].

Malgré une apparence autre, l'emploi ici des termes «efficacité» «efficience» et «qualité des pratiques» renvoie bel et bien à l'objectif d'augmenter la productivité du travail médical. C'est là, comme nous l'avons vu plus haut dans ce chapitre, le principal objectif de l'État dans l'opération de *reengineering* du secteur de la santé, c'est-à-dire de mettre en place une organisation du travail qui, comme pour les entreprises dont l'organisation du travail est taylorisée, favorisera l'augmentation de la production quantitative dans un temps donné. D'où justement l'importance accordée au temps d'exécution, à la vitesse, comme cet extrait tiré d'un document du Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, publié en 1995, le laisse voir :

---

[465] Rappelons que Frederic Winslow Taylor, sur lequel nous avons insisté dans notre problématique (chapitre 1), soutenait que les travailleurs ont «naturellement» tendance à se comporter de façon contre-productive, que ce soit par flânerie ou par répétition d'actes considérés comme *inutiles*. Ce qui justifiait selon lui la mise en place d'une organisation «scientifique» du travail où chaque geste est quantifié, prévu, prédéterminé, contrôlé et surveillé, dans le but d'accélérer le plus possible la cadence de travail qui permet de produire plus d'objets dans un temps donné (Frederic Winslow Taylor, *Principes d'organisation scientifique des usines*, ouvrage cité).

[466] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 78 et 86.

[467] Souligné par nous L.B.

[468] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 86.

> [...] des systèmes interactifs d'information d'aide à la décision pour les professionnels dans leur pratique (logiciel d'aide au diagnostic, base de données sur l'information pharmaceutique accessible en temps réel...) ; un «dossier» patient » ou un «dossier bénéficiaire» unique contenant l'ensemble des consultations médicales et sociales ; [...] l'autoroute de l'information permettra d'accéder rapidement au dossier complet d'un citoyen qui aurait besoin de soins urgents à l'extérieur de sa région. Le personnel soignant pourra promptement intervenir en consultant à distance le dossier informatisé de cette personne. [...] Un intervenant autorisé pourra avoir un accès immédiat à toute l'information requise, à jour et en temps réel[469].

L'idée-maîtresse sous-jacente au *reengineering* est donc celle de l'augmentation des cadences de travail des travailleurs de la santé qui pourront effectuer leurs tâches plus rapidement en s'affranchissant des distances grâce aux TIC, comme l'affirmait le MSSS dans un document paru en 1996 :

> [...] diminution des délais d'attente, du temps consacré aux déplacements et de la répétition des actes médicaux ; augmentation de la rapidité d'intervention grâce à la possibilité, pour les établissements, d'avoir accès rapidement aux informations qui concernent l'usager, partout dans le réseau ; accroissement ou amélioration du soutien à domicile, grâce à la disponibilité de l'information nécessaire sur place ; accès à l'expertise à distance[470].

On constate donc l'importance du rapport au temps, que l'on entend accélérer dans le cadre de la réorganisation du système sociosanitaire. Cette importance accordée à la vitesse se justifie par le fait que l'État entendait résoudre la crise du système sociosanitaire, comme nous l'avons constaté plus haut dans ce chapitre, afin d'abaisser les coûts de production des services de soins. D'où justement la volonté d'accélérer la prise de décision clinique en intensifiant le travail médical dans le but de le rendre plus productif, c'est-à-dire moins coûteux. Or, pour ce faire, l'État prévoyait accélérer la circulation de l'information, laquelle est conçue comme un facteur clé du projet d'augmentation de la productivité du travail médical et, plus largement, de l'ensemble du

---

[469] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 18.

[470] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, ouvrage cité, p. 24.

système sociosanitaire.

4.3.3 Le rôle clé de l'information dans cette quête d'augmentation de la productivité

Dans les documents officiels, l'État québécois soutenait que les autoroutes de l'information constituent un levier de redéfinition de l'organisation des services de soins du fait qu'elles permettent de mettre à disposition et en circulation de l'information, laquelle est accessible en temps réel. L'information est investie de la capacité à transformer l'ensemble du système sociosanitaire puisqu'on pense qu'elle apporte une plus-value au travail médical qui dès lors peut être plus productif. C'est pourquoi elle est considérée comme «stratégique», au même titre que les ressources financières et le travail médical mis à contribution dans les services de soins.

L'information est d'emblée conçue comme stratégique, comme si le recours à celle-ci était inévitable pour mener à bien les objectifs d'augmentation de la productivité des services de soins dans le cadre de la réorganisation. Aucune explication n'est donnée sur l'impact concret de l'information sur le travail médical. Ce qui n'empêche pourtant pas le MSSS et le Gouvernement du Québec d'affirmer, dans des documents publiés en 1996 et 1998, qu'elle joue un rôle fondamental dans le virage ambulatoire informatisé :

> L'information et le partage d'information sont indispensables aux intervenants et aux professionnels du réseau pour qu'ils puissent jouer efficacement leur rôle[471].
>
> Elle [l'information] constitue une ressource d'une valeur exceptionnelle non seulement pour le gouvernement lui-même dans la poursuite de ses missions, mais aussi pour l'ensemble de la société. Une utilisation judicieuse de l'inforoute et des technologies de l'information permettra de valoriser la ressource stratégique qu'est l'information[472].

Sans en dire davantage sur l'impact de l'information sur la pratique médicale, l'État la présente comme un outil nécessaire à la réseautification du travail médical qu'il

---

[471] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 13.

[472] Gouvernement du Québec, *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 70.

entendait mettre en place. À ce titre, on indique dans les documents officiels que l'information doit être mise en circulation dans le but d'obtenir «une organisation optimale des services». C'est en ces termes que s'exprimaient le Secrétariat de l'autoroute de l'information et le MSSS dans des documents publiés en 1996 :

> L'information, par ailleurs, devient un instrument essentiel pour assurer aux usagers l'accès aux services et pour une organisation optimale des services. Pour ce faire, l'information doit pouvoir circuler entre les usagers, les professionnels et les établissements de santé et de services sociaux[473].
>
> L'information devient ainsi un instrument prépondérant pour assurer aux usagers l'accès à des services mieux adaptés et pour obtenir une organisation optimale des services. Pour ce faire, l'information doit pouvoir circuler entre les usagers, les professionnels et les établissements de la santé et des services sociaux[474].

Notons la forte similarité entre les phrases et les mots qui sont utilisés dans ces deux extraits, provenant pourtant de deux documents différents rédigés par deux organismes différents. Cette forte conviction «voulue» [un instrument essentiel ou prépondérant pour [...] une organisation optimale] montre bien la dimension qu'on pourrait qualifier d'«idéologique» du discours sur la nécessité de faire circuler l'information entre les patients, les professionnels de la santé et les établissements sanitaires. Aucun recul de la part de l'État n'est pris à propos de la capacité réelle de l'information à réaliser ce qu'on veut qu'elle fasse ou ce qu'on **croit** qu'elle fera, comme si l'information allait en soi, spontanément, inévitablement, augmenter la productivité du travail médical. Il semble donc que l'État se soit limité à une rhétorique où l'utilisation de l'information, que ce soit sa mise en circulation ou sa mise à disposition, est posée comme un *a priori* nécessaire capable de réaliser la transformation du système sociosanitaire projetée. Ainsi, de son potentiel découle la possibilité de soigner autrement les patients en changeant les habitudes de travail des professionnels de la santé. Dans des documents officiels, publiés entre 1995 et 1996 par le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et le MSSS, on affirme effectivement que l'information constitue le

---

473 Sécrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*, ouvrage cité, p. 40.

474 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 29.

moyen pour modifier la prise en charge des patients :

> Elles [l'information et la communication] doivent venir en appui à une réorganisation des modes de fonctionnement et des façons de faire, partout dans le réseau, aussi bien dans la prestation des soins et services que dans l'administration et dans la définition des politiques sociosanitaires[475].
>
> Les télécommunications sont devenues un outil puissant parce qu'elles permettent le recours à de nouvelles façons de dispenser des services à la population québécoise[476].

Cette nouvelle prise en charge clinique des patients que l'État voulait et continue de vouloir mettre en place grâce aux autoroutes de l'information s'inscrit plus largement dans le cadre d'une dynamique ambulatoire qui nécessite l'échange, une mise en circulation généralisée et accélérée - qu'on nomme incorrectement «partage» et / ou «échange» - d'informations entre les professionnels de la santé et entre les établissements sanitaires, ainsi que le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et le MSSS le soutenait entre 1995 et 1996 :

> Le virage ambulatoire crée une situation qui met en évidence les besoins de partage d'information entre les centres hospitaliers et les CLSC. Ainsi, la transition entre l'épisode de soins et celle du maintien à domicile, qui peuvent alterner, implique nécessairement des échanges d'information entre les intervenants. L'utilisation du plan de services individualisé ou de son équivalent, pour échanger les données administratives et cliniques devient alors incontournable[477].
>
> La complémentarité des services rendus par les différents établissements et les autres intervenants crée des besoins de collaboration étroite et d'échange d'information. Dans ce contexte, les échanges d'information par voie électronique constituent un des moyens les plus adéquats pour assurer un fonctionnement efficace des

---

[475] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 18.

[476] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, Québec, MSSS, novembre 1996, p. i.

[477] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 5-6.

services de santé et des services sociaux[478].

On voit bien dans ces extraits que la rhétorique concrétisant le discours de l'État sur la réorganisation du système sociosanitaire s'organise autour d'arguments considérés d'emblée comme des «vérités», ce qui a pour effet de réduire l'opération de légitimation du projet à l'affirmation de la nécessité de mettre à contribution l'information. On considère donc d'emblée, et on veut en convaincre la population en général autant que les professionnels de la santé, que l'information est indiscutablement capable de réorganiser les services de soins, du fait qu'on veut les réseautifier informatiquement afin de rendre opérationnel le virage ambulatoire. Il importe cependant ici de rappeler que l'informatisation du système sociosanitaire visait d'abord et avant tout à optimiser les services de soins. Un optimum qui, dans la logique économique néoclassique, comme nous l'avons souligné dans notre problématique (chapitre 1), veut dire la possibilité d'une offre de services de soins au coût le plus bas possible. Ce qui implique, tel qu'on le laisse entendre dans les extraits ci-haut cités, la possibilité-nécessité de soigner les patients de façon plus productive, plus intensive et plus dense en usages des unités de soins, comme nous le disions dans le chapitre précédent. Cela veut donc dire soigner plus de patients dans un temps donné grâce à l'accélération de la cadence de travail du personnel soignant, intensifier le travail médical en augmentant la charge de travail tout en réduisant les effectifs et déposséder le personnel soignant du contrôle individuel sur son savoir, comme Carré et Lacroix l'ont montré[479]. L'objectif du projet de réorganisation des services de soins est donc d'en arriver à diminuer leurs coûts de production. Cela doit passer, tel que nous venons de la voir, par une diminution des délais d'attente, une élimination de la répétition (duplication) des actes médicaux et une accélération de la prise de décision. Selon l'État, tout cela devrait contribuer à diminuer le coût des services de soins assumés par le secteur public, et donc à résoudre la crise du système sociosanitaire.

---

[478] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, Québec, MSSS, novembre 1996, p. i.

[479] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité.

4.4 LE SENS DES TERMES UTILISÉS PAR L'ÉTAT QUÉBÉCOIS POUR JUSTIFIER LA RÉORGANISATION PAR LES AUTOROUTES DE L'INFORMATION

4.4.1 La quête d'un optimum

À la lumière de ce que nous venons de montrer, nous sommes maintenant en mesure de cerner le type de productivité dont il est question dans la conception qui préside à la mise en place des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé. Cette démonstration doit en outre passer par une mise en lumière du sens réel des termes utilisés lorsqu'il est question des principaux objectifs et des attentes face à la réorganisation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information.

Nous avons souligné plus haut que les autoroutes de l'information sont implantées dans le secteur de la santé essentiellement pour résoudre ce qui est conçu par l'État comme une crise du système sociosanitaire, afin d'abaisser les coûts des prestations de soins assumés par le secteur public. Il s'agit donc d'obtenir un rendement optimum des ressources (humaines et financières) mises à contribution dans le secteur de la santé, comme le MSSS le précise dans un document publié en 1992 :

> [...] il doit y avoir un équilibre entre la consommation des ressources et les services dispensés. Il faut chercher à répartir équitablement les ressources et ce, de la façon la mieux adaptée aux besoins. En outre, il faut aussi s'assurer de la meilleure utilisation possible des ressources. Les plans régionaux d'organisation des services (PROS), la gestion par programme, la gestion par résultats et le regroupement des achats sont autant de moyens pour favoriser l'atteinte d'un point d'équilibre optimal[480].

De fait, dire qu'«il doit y avoir un équilibre entre la consommation des ressources et les services dispensés» signifie qu'on veut que le système sociosanitaire atteigne un point d'équilibre entre, d'une part, les ressources mises à contribution dans le processus des soins, c'est-à-dire les *inputs* tels que le travail et le capital, et, d'autre part, le produit final (*output*) qu'est le service rendu. Comte tenu de ce que nous avons constaté plus haut dans ce chapitre sur les objectifs assignés à la réorganisation du système sociosanitaire par le virage ambulatoire informatisé, cela veut dire l'atteinte de «progrès

---

[480] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources d'information, Service d'orientations, planification et normes, ouvrage cité, p. 42.

de productivité», pour reprendre les termes d'André L.A. Vincent[481], dans la prestation des services de soins rendus. Le concept d'optimum dont il est question dans l'extrait ci-haut cité implique qu'il faut combiner les *inputs* de façon telle que leur coût marginal soit le plus bas possible pour une production la plus grande possible[482], comme le laisse entendre la notion d'optimum utilisée dans certains documents officiels. Le premier fut publié en 1992 par le MSSS, le deuxième est paru en 1995 et fut signé par le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et le troisième fut rédigé en 1996 par le MSSS :

> Dans le but d'améliorer les services aux bénéficiaires et d'optimiser le fonctionnement du réseau sociosanitaire [...][483].
>
> L'information, par ailleurs, devient un instrument essentiel pour assurer aux usagers l'accès aux services et pour une organisation optimale des services[484].
>
> Au plan opérationnel, l'enjeu prioritaire consiste à améliorer les services aux usagers et à optimiser le fonctionnement du réseau sociosanitaire[485].

Ces extraits signifient que l'optimum recherché est posé comme distinct de l'amélioration de la qualité des services de soins, compte tenu de l'utilisation de la conjonction de coordination «et», ce qui veut dire que ce sont l'un et l'autre qui sont visés, du moins le dit-on, et que le premier n'est pas l'équivalant de l'autre. Cette conjonction sert à distinguer l'amélioration des services de soins d'un autre objectif qui est de nature économique, la baisse des coûts publics des services de soins. La récurrence des idées d'optimisation des services de soins et d'abaissement de leurs coûts dans le

---

481 André L.A. Vincent, *La mesure de la productivité*, ouvrage cité.

482 C'est ce qu'il faut comprendre du concept d'optimum tel qu'expliqué par Alain Samuelson (*Les grands courants de la pensée économique. Concepts de base et question essentielles*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1985, p. 146 et suivantes notamment).

483 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressouces d'information, Service d'orientations, planification et normes, ouvrage cité, p. 41.

484 Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 40.

485 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 8.

discours officiel révèle ainsi qu'on ne conçoit la solution à la crise du système sociosanitaire **que par** l'augmentation de la productivité de l'organisation des soins, laquelle débouchera sur une plus grande rentabilité des dépenses publiques de santé. Donc, «optimiser le fonctionnement du réseau sociosanitaire» veut dire rentabiliser le système sociosanitaire, ce qui indique bien que l'élaboration de la conception de la réorganisation des services de soins a fondamentalement été inspirée par la logique économique néoclassique marginaliste, pour laquelle la raison de l'activité humaine réside dans la maximisation de la productivité et de la rentabilité des investissements.

4.4.2 Des services de soins plus efficients, efficaces, performants, bref plus productifs

Dans les documents officiels, on constate également l'apparition récurrente de deux autres notions, celles d'efficacité et d'efficience, qui sont le plus souvent utilisées côte à côte. Dans le cas de la notion d'efficience, la difficulté de l'analyse réside dans le fait qu'elle n'a pas tout à fait la même signification d'un document à l'autre, ce qui montre toute l'ambiguïté de son utilisation dans les documents analysés. On l'utilise comme synonyme à celle de productivité ou comme garante légitimatrice de l'évocation d'une espèce d'amélioration de la qualité des soins, qu'on prétend vouloir réaliser sans jamais faire la démonstration que les moyens retenus comme solutions à la crise du système sociosanitaire soient capables de produire cet effet «affirmé», comme nous l'avons vu plus haut. Cette ambiguïté n'existe toutefois pas en ce qui concerne l'utilisation de la notion d'efficacité qui renvoie, elle, à l'idée seule de productivité. De façon générale, le sens de ces deux notions dans le discours officiel peut être entendu en rapport avec la logique théorique sous-jacente à la notion d'optimum, comme on peut l'interpréter à la lumière des propos suivants tirés d'un document publié par le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information en 1995 et d'un autre rédigé en 1996 par le MSSS :

> Le ministère chargé du dossier de l'autoroute de l'information doit avoir le mandat, en concertation avec les ministres sectoriels, de développer et d'utiliser l'autoroute de l'information dans la «réingénierie» des services gouvernementaux, c'est-à-dire la réforme en profondeur de l'organisation et des modes d'intervention du gouvernement, dans une perspective d'efficacité et d'efficience accrues[486].

---

[486] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en*

> Les résultats prévus laissent entrevoir que le réseau de la santé et des services sociaux pourra compter sur des infrastructures technologiques efficaces et efficientes, à l'aube de l'an 2000[487].

Dans ces extraits, on utilise les notions d'efficacité et d'efficience au même sens que celle d'optimum employée dans les extraits cités et analysés au point précédent (en 4.4.1). Ce qui veut donc dire, ici, que le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et le MSSS entendent maximiser le résultat de la mise à contribution des ressources dans le système sociosanitaire. Une maximisation qui vise à rentabiliser les investissements en santé, ainsi que nous pouvons le saisir dans un document publié en 1995 par le MSSS :

> Les orientations qui seront définies doivent s'appliquer à l'ensemble du système sociosanitaire québécois, en incluant au besoin les partenaires hors réseau, dans une perspective de cohérence d'ensemble, d'action concertée sur des objectifs communs et enfin, d'efficience et d'efficacité des investissements[488].

Ici, les notions d'efficience et d'efficacité sont utilisées comme synonymes. Leur insertion dans la structure discursive sert à spécifier que les orientations que le MSSS veut donner au système sociosanitaire visent à maximiser les investissements publics en santé, c'est-à-dire à les rendre profitables le plus possible. Ce qui implique, tel que nous l'avons précisé plus haut, que les autoroutes de l'information doivent aider à reconfigurer l'organisation du travail médical, surtout au niveau d'un de ses aspects fondamentaux, c'est-à-dire le temps d'exécution de celui-ci, en permettant un «accès plus rapide» à l'information. Ainsi, les autoroutes de l'information devraient conduire les professionnels de la santé à être plus efficaces et plus efficients, tel que l'affirmait le MSSS dans un document publié en 1996 :

> La mise en place d'infrastructures technologiques opérant sur de telles bases fera en sorte que les utilisateurs, dans la mesure où ils auront les autorisations nécessaires, auront accès plus rapidement à des informations plus complètes, plus à jour et mieux intégrées permettant

---

œuvre de l'autoroute de l'information, ouvrage cité, p. 9.

487 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 2.

488 Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction générale de l'administration et des immobilisations et Direction générale des ressources informationnelles, ouvrage cité, p. 3.

d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leur travail[489].

Dans ce dernier extrait cependant, et contrairement à ce qui se passe dans celui qui le précède, la notion d'efficacité renvoie à celle de productivité, tandis que celle d'efficience réfère à la «qualité du travail». Ici, toutefois, la qualité du travail n'est posée qu'en termes économiques puisque, comme nous l'avons vu plus haut, l'État ne la conçoit que par rapport à la productivité - rentabilité, comme l'illustre l'insistance mise sur la nécessité «incontournable» de l'optimisation des ressources. La notion d'efficience, telle qu'employée à maintes reprises dans les documents officiels, revêt donc une signification centrale dans la rhétorique productiviste organisant le discours de l'État sur la réorganisation des services de soins. Elle a en effet essentiellement un fondement économique néoclassique, tel qu'on peut le constater dans l'extrait suivant tiré d'un document rédigé par le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information en 1995, où, placée entre virgules immédiatement après la notion de productivité, la notion d'efficience s'avère un synonyme du terme «productivité» qui contribue à renforcer l'idée de la nécessité d'élever la productivité du travail médical :

> [...] les technologies de l'information, bien utilisées, pourront rendre le système plus productif, plus efficient, et faciliteront une nouvelle organisation du travail[490].

Par ailleurs, dans le même document, d'autres propos révèlent le sens réel qu'on donne au projet de réorganisation du système sociosanitaire par l'emploi simultané et conjugué («et») des notions de productivité (efficience) et d'amélioration de la qualité des soins :

> [...] et poursuivant des objectifs d'efficience et d'amélioration des soins et services, par l'utilisation des technologies de l'information, tout particulièrement de l'autoroute de l'information[491].
>
> ***L'accès à une information «juste à temps», partout dans le réseau, contribuera à réaliser les objectifs de la réforme de la santé et des***

---

[489] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Guide pour la mise en œuvre, ouvrage cité, p. 78.

[490] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 5.

[491] *Ibid*., p. 5.

> ***services sociaux, à accroître l'efficience globale du système et à fournir les meilleurs soins possibles aux citoyens***[492].

Un an plus tard, dans un document publié en 1996 par le Secrétariat de l'autoroute de l'information, on fait également cohabiter la notion d'efficience, ici conçue non pas comme un moyen mais comme un objectif, pour mieux utiliser les ressources du système sociosanitaire, avec l'idée d'amélioration de la santé et des services :

> Les cibles à retenir dans ce secteur [celui de la santé] devraient contribuer à : améliorer la santé et le bien-être de la population, améliorer l'accessibilité ou la qualité des services aux usagers, **améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources socio-sanitaires**[493] et enfin contrôler les coûts des programmes de santé et de services sociaux[494].

De fait, en procédant ainsi, on veut faire croire, imposer l'idée que : **1)** l'efficacité et l'efficience s'équivalent, sont des synonymes, veulent dire la même chose, et qu'efficacité-efficience veulent dire productivité, croissante, il va sans dire ; **2)** l'efficacité-efficience-productivité entraîne *de fait*, forcément, l'autre terme «conjugué», l'amélioration de la qualité des soins. Cela laisse entendre, affirmé de fait, qu'il n'y aura d'amélioration de la qualité des soins, éventuellement de la santé, que s'il y a augmentation de la productivité du travail médical. On constate donc, comme ce fut le cas plus haut dans ce chapitre (point 4.3.1) lorsqu'il a été question de la relation d'entraînement incontournable entre les idées de «nécessité» de la réduction des coûts publics et «d'amélioration de la qualité des soins», que le discours officiel formulant le projet de restructuration du système sociosanitaire ne peut se limiter, à cause des exigences sociopolitiques de la régulation sociale, à énoncer l'objectif réel et premier, l'augmentation de la productivité, sans y associer, conjuguer, un garant capable de faire croire à la légitimité de ce projet, d'anesthésier la conscience sur les effets probables de la réalisation de ce but premier.

Ces constats nous permettent finalement de faire une réduction synthétique des

---

[492] *Ibid*., p. 22.

[493] Souligné par nous L.B.

[494] Sécrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*, ouvrage cité, p. 38.

composantes du discours officiel sur la réorganisation des services de soins et d'en saisir le *modus operandi*. Ainsi, on pose au niveau des objectifs assignés à la réorganisation du système sociosanitaire une première relation d'entraînement nécessaire : **a)** la réduction des coûts publics des services de soins => **b)** l'amélioration de la qualité des soins. Puis, on pose que a) nécessite le moyen **c)**, c'est-à-dire l'accroissement de l'efficacité-efficience-productivité, qu'on investit de la capacité d'entraîner *de fait* b), c'est-à-dire l'amélioration de la qualité des soins. On a donc a) qui nécessite c), qui entraîne b). Ce qui est occulté dans cette opération discursive, c'est que c) implique une densification de l'usage du système sociosanitaire et une intensification du travail médical, comme nous l'avons vu au chapitre précédent et plus haut dans celui-ci. Or, en toute logique, surtout quand c'est fait de façon synchrone à une contraction des budgets et des effectifs, comme on l'a vu au chapitre précédent, cela produit le contraire de b), c'est-à-dire la dégradation de la finalité des services de soins. Ici, l'évocation de la chronique quotidienne des vicissitudes du système sociosanitaire au cours des dix dernières années suffit à étayer cette conséquence logique. Ce qui montre bien de ce fait aussi que c'est précisément cela qu'on cherche à taire par l'évocation ritualisée tout au long du discours officiel de l'amélioration de la qualité des services de soins.

Cette double occurrence des idées de réduction des coûts publics des services de soins et d'«amélioration de la qualité des soins» fut d'ailleurs répétée dans un document publié en 1997 par le MSSS, soit une année après la publication du document dont le dernier extrait cité a été tiré :

> En plus de l'amélioration de la santé et bien-être de la population, elle devra plus particulièrement contribuer à : augmenter la qualité des services aux usagers ; améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources sociosanitaires et contrôler les coûts des programmes de santé et de services sociaux[495].

On constate donc que la conception de la productivité, qui préside à la mise en place des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé, pose que celles-ci ont la capacité de résoudre la crise du système sociosanitaire, donc de réduire les coûts des services de soins assumés par le secteur public, parce qu'elles sont capables d'intensifier le travail médical et permettent d'atteindre l'optimum, auquel on fait référence de façon

---

[495] Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 14.

constante dans les documents officiels, afin de rentabiliser au maximum les dépenses publiques de santé.

Ce projet d'augmentation de l'efficacité-efficience-productivité de l'ensemble du système sociosanitaire est également appuyé par l'utilisation d'une autre notion tout aussi significative de l'encastrement du discours officiel sur la réorganisation des services de soins dans le paradigme néoclassique en science économique, celle de performance. Son utilisation réfère à l'objectif d'augmenter *globalement* la productivité du système sociosanitaire, comme l'indiquent les deux extraits suivants tirés de documents rédigés en 1996 par le Secrétariat de l'autoroute de l'information et le MSSS :

> Les objectifs de l'État dans son rôle vis-à-vis du déploiement de l'autoroute de l'information doivent viser tout particulièrement les applications qui permettront au Québec de se maintenir parmi les sociétés avancées et performantes[496].
>
> Elles [les technologies] sont maintenant reconnues à juste titre comme un puissant instrument pour améliorer la performance d'ensemble d'une organisation[497].

Dans ces extraits, la notion de performance signifie que les autoroutes de l'information pourront augmenter la productivité globale du système sociosanitaire. Ce qui est tout à fait cohérent avec le sens général donné au projet de réorganisation de ce dernier, comme l'indiquent les constats que nous avons effectués jusqu'ici dans ce chapitre.

4.4.3 L'augmentation de la productivité des services de soins par l'implantation des autoroutes de l'information

L'importance structurelle qu'a la notion de productivité dans le discours officiel révèle la vision, l'approche économique néoclassique, qui a présidé à l'élaboration de la conception de la mise en place des autoroutes de l'information en santé. Tout d'abord, la notion de productivité est liée à la possibilité de rentabiliser la gestion et l'organisation du

---

[496] Sécrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*, ouvrage cité, p. 4.

[497] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, ouvrage cité, p. 11.

travail dans le secteur, comme l'affirmait le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information en 1995 :

> De plus, il faut entreprendre le plus tôt possible une réflexion et une action conjointes gouvernement-employés de la fonction publique, afin de favoriser la formation du personnel à l'utilisation d'outils télématiques et l'adoption de nouveaux modes, plus productifs, de gestion et d'organisation du travail[498].

En effet, tel qu'utilisée dans la plupart des documents qui aborde la question, dont un rédigé en 1996 par le Secrétariat de l'autoroute de l'information et un autre par le MSSS en 1997, c'est cette notion de productivité qui donne sens à ce qu'on attend, comme résultat, de l'implantation des autoroutes de l'information en santé :

> [l'un des objectifs de l'implantation des autoroutes de l'information vise] **la réalisation de gains de productivité dans l'appareil gouvernemental**. [...] le financement sera généralement établi sur une base d'affaires et lié à une perspective de gain de productivité qui résultera d'une révision des façons de faire et d'une réingénierie des processus, ou à une tarification de certains services[499].
>
> [l'un des objectifs de l'implantation des autoroutes de l'information vise] un gain de productivité dans l'appareil gouvernemental[500].

La notion de «gains» de productivité associée à l'idée de la nécessité d'implanter les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé renvoie donc à l'objectif de maximiser l'utilisation des facteurs de production, c'est-à-dire d'optimiser les ressources mobilisées dans le cadre des prestations de soins, de façon à pouvoir assumer des services de soins à moindre coût. Il s'agit d'être plus rentable, compte tenu du contexte sociopolitique qui prévaut, celui de la société néolibérale où l'État ne cesse de justifier son action par la répétition de l'idée qu'il faut «maintenir ou accroître le niveau de qualité

---

498 Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 9.

499 Sécrétariat de l'autoroute de l'information, *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*, ouvrage cité, p. 6. et 44.

500 Ministère de la Santé et des services sociaux, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 14.

des soins et des services, malgré des ressources de plus en plus restreintes[501].» Il s'avère toutefois que cette conception idéologico-subjective, comme nous l'avons signalé plus haut dans ce chapitre (point 4.3.3), est d'une réalisation plus que problématique ainsi que nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, de même que plus avant dans celui-ci, ce qui n'a pas empêché l'État de continuer à l'affirmer et à le réaffirmer. Ainsi, le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information en 1995 et le MSSS en 1996 ne manquaient pas d'évoquer le rôle structurant des autoroutes de l'information dans la *rentabilisation* du système sociosanitaire :

> Lorsque le recours aux NTI permet de produire les services à moindre coût dans les années qui suivent l'introduction de celles-ci, on peut alors parler d'un investissement «rentable» sur le strict plan financier[502].
>
> Chaque établissement peut ainsi optimiser les investissements qu'il consacre chaque année au développement technologique : il réduit ses coûts d'entretien, sans oublier les économies entraînées par une amélioration de la productivité des utilisateurs. Voilà autant de façons de rentabiliser ses investissements dans la technologie. En d'autres mots, pour les établissements, les orientations technologiques, si elles se traduisent momentanément par «plus d'investissements», signifient à moyen et à long terme «plus pour ses investissements»[503].

Cette rentabilité devait se traduire, selon le Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, dans un document rédigé en 1995, par des économies qui devaient avoir un impact direct sur la réduction du déficit budgétaire de l'État :

> L'utilisation efficace des nouvelles technologies de l'information

---

[501] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, ouvrage cité, p. 17. ; Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, ouvrage cité, p. 24 ; MSSS, Direction générale de l'administration et des immobilisations et Direction générale des ressources informationnelles, ouvrage cité, p. 6. ; MSSS, Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 5 ; MSSS - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire, ouvrage cité, p. 25 ; et MSSS, *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*, ouvrage cité, p. 34.

[502] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 42.

[503] Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources informationnelles, *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*, ouvrage cité, p. 22.

> comme l'autoroute, dans une perspective de réingénierie des services gouvernementaux, **devrait contribuer obligatoirement à la réduction du déficit**[504].

La transformation du système sociosanitaire autour des autoroutes de l'information devait se faire sous l'«horizon» du «déficit zéro», objectif ainsi nommé par l'État pour symboliser la nécessité d'atteindre un équilibre budgétaire par l'application de politiques restrictives de la dépense publique. Ainsi, il est clair que les notions utilisées avec récurrence dans le discours officiel sont directement «programmées» par le paradigme néoclassique de la science économique et l'idéologie néolibérale. Ils constituent une rhétorique fondée essentiellement sur des considérations visant la rentabilisation et la productivité, la réduction des coûts des services de soins assumés par la dépense publique, afin de résoudre une crise du système sociosanitaire décrétée à partir d'impératifs économiques et non cliniques, comme nous l'avons souligné dans notre problématique, et conçue comme une crise de productivité. D'où justement l'utilisation répétitive dans ce discours de l'idée de la «nécessité» du virage ambulatoire informatisé, de façon à obtenir un optimum, une efficacité, une efficience, une performance et une productivité maximales dans les services de soins même. C'est donc cette conception de l'économie, le paradigme néoclassique et marginaliste, et cette idéologie néolibérale survalorisant l'économie[505] qui conduisent l'État à ne penser qu'en termes économiques, sans démontrer que la réorganisation voulue contribuera réellement, vraiment, à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de soins offerts à la population.

4.5 POUR CONCLURE : UN PROJET DE RÉORGANISATION DU TRAVAIL MÉDICAL OÙ «L'ÉCONOMIQUE» ORGANISE LE DISCOURS

À la lumière des constats que nous venons de faire grâce à l'analyse du discours officiel de l'État québécois sur les autoroutes de l'information, on peut d'abord conclure que la vision qui préside à la conception de la mise en place de celles-ci en santé repose sur une vision *déterministe* de la technologie. Il s'agit en effet d'une vision optimiste de la technologie, qui investit cette dernière de la capacité d'assurer **le** progrès, et qui de ce

---

[504] Comité consultatif sur l'autoroute de l'information, *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en oeuvre de l'autoroute de l'information*, ouvrage cité, p. 9; le souligné est de nous L.B.

[505] Voir à ce propos, Henri Bartoli, *L'économie, service de la vie. Crise du capitalisme. Une politique de la civilisation*, ouvrage cité, particulièrement la première partie, p. 25-145.

fait la considère comme nécessaire aussitôt qu'elle est rendue possible. Le discours officiel s'est appuyé sur cette vision apologétique des nouvelles technologies pour justifier et tenter de légitimer ce que les décideurs économiques et politiques ont pensé d'emblée nécessaire, c'est-à-dire réorganiser structurellement le système sociosanitaire, par un virage ambulatoire informatisé. Notre analyse des documents officiels a montré que si, pour les fondés de pouvoir en ayant patronné l'écriture et leur publicisation, les autoroutes de l'information devaient être implantées, c'était pour résoudre la crise du système sociosanitaire que l'État québécois avait défini comme une crise du financement public du système sociosanitaire, pour réduire la dépense publique en santé, pour rentabiliser aux maximum l'investissement public dans le secteur. L'objectif fondamental du passage à l'ambulatoire informatisé était donc essentiellement d'ordre économique et non pas clinique, alors que l'évocation récurrente de l'amélioration de la qualité des soins n'avait d'autre but que de légitimer aux yeux des citoyens et des professionnels de la santé assumant les soins la décision politique d'accroître au maximum la productivité du système sociosanitaire.

Nous pouvons par ailleurs ajouter, comme nous l'avons montré dans ce chapitre, que le discours officiel sur l'implantation des autoroutes de l'information dans le secteur de la santé s'est révélé en être un de régulation qui visait à convaincre les citoyens et les professionnels du système sociosanitaire que le virage ambulatoire informatisé était incontournable, urgent et que tous devaient l'accepter, y participer, s'y adapter. Cela était d'autant plus important du point de vue de la gouvernance que cette réorganisation des services de soins visait impérativement à transformer structurellement le travail médical, à l'intensifier en modifiant qualitativement et quantitativement le rapport au temps, afin que les professionnels de la santé «puissent» *produire plus* (traiter plus de patients) dans un temps plus court avec des ressources moindres, conformément à l'idée récurrente qui est exprimée dans plusieurs documents officiels selon laquelle il faut «maintenir ou accroître le niveau de qualité et d'efficacité des soins et services, malgré des ressources de plus en plus restreintes». On voulait ainsi que les professionnels de la santé répondent à la demande croissante des services de soins - et non pas nécessairement aux *besoins* de la population - sans augmenter les ressources financières mises à leur disposition, voire même en les abaissant, tel que c'est le cas depuis le tournant des années quatre-vingts, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. D'où justement la «nécessité» de mettre en place les autoroutes de l'information qui devaient augmenter structurellement la productivité des services de soins, de façon à réduire leurs coûts. À l'évidence, en toute

logique, comme nous l'avons souligné, cette confusion entre l'efficience des services de soins et l'augmentation de la productivité ne pouvait que mettre à mal le fonctionnement même du système sociosanitaire, ce que le chapitre précédent a montré très clairement. Nous pourrions donc d'ores et déjà avancer l'hypothèse qu'un déploiement généralisé des autoroutes de l'information en santé dans cette optique, suivant une logique *top down*, risquerait fortement d'aggraver plutôt que solutionner la crise dans laquelle la pensée néolibérale a projeté le système de santé au Québec.

Finalement, nous avons souligné que, dans cette réorganisation néolibérale, qui dépasse largement le champ de la santé et qui touche l'ensemble des services publics, le travail médical est appelé à être reconfiguré selon le modèle industriel du travail, qui opère sur la base d'impératifs de quantum, de volumes, de temps, etc. Autant d'impératifs qui visent à rentabiliser le plus possible le travail médical par une augmentation structurelle de sa productivité. Il s'agit donc d'une vision où «l'économique» surdétermine tout autre ordre de considération, la qualité des soins particulièrement, contrairement à ce que la réitération de l'emploi de cette notion pourrait laisser «croire». Nous avons à plusieurs moments de ce chapitre insisté sur le fait que le discours officiel était un discours de régulation, de légitimation d'une décision politique et qu'il visait à convaincre la population et les professionnels de la santé de la nécessité d'une telle réorganisation «économique» des soins. Il fallait donc que ce discours «descende» dans la pyramide organisationnelle du système sociosanitaire, que les administrateurs locaux, les cadres, les directeurs de services, les médecins, les infirmières, reçoivent, acceptent, surtout s'«approprient», ce discours, cette façon de voir l'«incontournable». L'objectif du prochain chapitre est justement d'étudier les représentations que les différents acteurs dans le système sociosanitaire ont non seulement du projet de réorganisation, mais aussi de cette réorganisation même.

CHAPITRE V

VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ ET AUGMENTATION STRUCTURELLE DE LA PRODUCTIVITÉ DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

Dans ce chapitre, nous analysons la façon dont nos informateurs conçoivent les fondements du virage ambulatoire informatisé. Nous mettons ainsi en lumière leurs représentations concernant l'origine de la réorganisation du système sociosanitaire (le «pourquoi») en insistant sur le type de problèmes dans la dynamique des services de soins auxquels ils voulaient (ou devaient) s'attaquer. Nous analysons également les motifs qu'ils évoquent pour justifier la réorganisation du système sociosanitaire autour des soins ambulatoires et des autoroutes de l'information, la manière (le «comment») dont ils prévoyaient réaliser les objectifs qu'ils se sont donnés, ou qu'on leur a assigné, et ce qu'ils attendaient de cette réorganisation.

5.1 LE VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES D'ENGORGEMENT DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

5.1.1 Contexte général

L'idée même de transformer le système sociosanitaire, de le réorganiser structurellement, repose tel que nous l'avons déjà montré dans les deux derniers chapitres, sur la «nécessité» décrétée de réduire les coûts des services de soins assumés par le secteur public. C'est en fonction de cet objectif, de ce rationnel, que le virage ambulatoire informatisé a été conçu comme étant LA solution pour transformer le système sociosanitaire afin d'en augmenter la productivité.

C'est précisément ce que nous avons constaté grâce aux témoignages recueillis auprès de nos informateurs, particulièrement ceux qui occupent des postes de décideurs (hauts fonctionnaires et responsables administratifs de projets). En effet, même si les projets d'informatisation auxquels se sont référés ces derniers prenaient des formes différentes selon les régions sociosanitaires[506], la plupart avaient le même objectif :

[506] Notons que le Québec est divisé en dix-huit régions sociosanitaires : 01-Bas-Saint-Laurent, 02-Saguenay-Lac-Saint-Jean, 03-Québec, 04-Mauricie et du Centre-du-Québec, 05-Estrie, 06-Montréal-Centre, 07-Outaouais, 08-Abitibi-Témiscamingue, 09-Côte-Nord, 10-Baie-James (Nord-du-Québec), 11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 12-Chaudière-Appalaches, 13-Laval, 14-Lanaudière, 15-Laurentides, 16-Montérégie, 17-Nunavik et 18-Baie-James (Conseil Cri).

rendre plus productifs les services de soins afin que les établissements de santé puissent résoudre leurs problèmes d'engorgement. Ceux-ci résultaient des compressions budgétaires, que l'État québécois leur a imposé de façon intransigeante, et qui ont conduit à une diminution absolue et relative du nombre des établissements sanitaires, d'une part, et à une réduction relative du nombre de leurs lits et places, d'autre part, tel que nous l'avons constaté dans le chapitre 3. À ce problème s'ajoutait la tendance au vieillissement de la population qui ne pouvait qu'amoindrir la capacité organisationnelle des établissements sanitaires de répondre à la demande de soins que ce vieillissement exigeait. Ce qui, selon quelques-uns de nos informateurs-décideurs (les hauts fonctionnaires et responsables administratifs de projets en télémédecine) nécessitait une réorganisation structurelle des établissements sanitaires. Une réorganisation qui ne pouvait être possible que par des changements organisationnels profonds, soutenus par une informatisation des services de soins, dès lors qu'aucune ressources financières et humaines supplémentaires ne pouvait leur être accordée par l'État québécois, lequel tenait à maintenir un équilibre budgétaire positif, tel que nous l'avons vu au chapitre précédent. Il fallait donc mettre en place une organisation de services capable de traiter le plus de patients possibles avec le plus petit budget possible, comme le laisse entendre ce médecin haut fonctionnaire du MSSS[507] :

> Avec un budget de 16,5 milliards consacré à la santé, il faut augmenter la capacité de répondre à la demande [de soins]. Si nous améliorons l'efficacité, nous permettons à plus de gens de se faire soigner sans ajouter de ressources.

C'est pourquoi le virage ambulatoire informatisé est considéré comme incontournable par nos informateurs-décideurs qui, de ce fait, reprenaient le discours officiel de l'État[508], celui que nous avons analysé dans le chapitre précédent à travers les documents officiels. Ce discours officiel amplement diffusé par l'État québécois

---

[507] Pour des fins éthiques et selon la tradition sociologique sur ce plan, nous tenterons d'être le plus discret possible dans l'identification de nos informateurs. Pour ce faire, nous n'indiquerons aucune information précise sur le nom de leur lieu de travail. Par exemple, nous regrouperons tous les établissements sanitaires sous l'appellation «centre hospitalier». Pour les informateurs du MSSS ou de la RAMQ, nous n'indiquerons pas dans quel service spécifique (ou direction) ils travaillent. De plus, nous avons opté pour la masculinisation de la désignation de tous nos informateurs.

[508] Sur cette problématique, voir Marc Lemire, «Le politique dans le projet de modernisation technologique du service public de santé: le paradigme des autoroutes de l'information face à la démocratie», Thèse de doctorat en science politique, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2003, notamment le point 6.2.

constitue, pour ainsi dire, la toile de fond sur laquelle étaient implantées et déployées les autoroutes de l'information dans toutes les régions du Québec où nous avons rencontré nos informateurs. La réorganisation constituait ainsi le seul moyen pour résoudre les problèmes du système sociosanitaire, après que l'État eut persuadé la population et les professionnels de la santé qu'il ne fallait plus hausser les dépenses publiques de santé, qu'il fallait plutôt les réduire. C'est ce que laisse voir un haut fonctionnaire, médecin de formation, au sein du MSSS, qui reprend les termes du discours officiel de l'État pour spécifier que l'augmentation du budget de la santé ne devait plus être un moyen pour résoudre le problème des engorgements dans les établissements sanitaires :

> Je ne crois pas qu'on doit mettre de l'argent dans les urgences et je le dis au ministère [au MSSS]. [...] C'est certain que les gens voient le problème prendre de l'ampleur. [...] Il faut changer la culture, changer la mentalité, mettre **de la pression sur les directeurs généraux pour les rendre imputables**[509]. Ce sont eux qui contrôlent cela. [...] **Il faut convaincre les gens que c'est la bonne voie.**

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, ce «changement de culture et de mentalité», pour reprendre les termes exacts de ce dernier informateur, signifie qu'il fallait transformer la logique du système sociosanitaire et par conséquent la façon dont étaient dispensés les services de soins. Or, à partir du moment où l'on affirme que les ressources financières ne doivent pas être mises à contribution pour résoudre les problèmes d'engorgement, on prend position en faveur d'un projet d'augmentation de la productivité des services de soins afin d'en réduire les coûts. Une réduction des coûts qui est posée par rapport à la possibilité de traiter plus de patients pour un budget donné. Il fallait donc répondre à la demande croissante de soins sans augmenter le budget. Rappelons que cela était devenu «nécessaire» non pas à cause de la hausse fulgurante des dépenses publiques de santé en soi, mais plutôt parce que la forme néolibérale d'organisation de la société qui s'est imposée l'exigeait[510]. C'est la raison pour laquelle plusieurs de nos informateurs-décideurs ont affirmé que le virage ambulatoire informatisé

---

[509] Dans ce chapitre, les passages des extraits mis en caractères gras le sont par nous (L.B.).

[510] Sur le néolibéralisme, voir entre autres Louis Gill, *Le néolibéralisme*, Montréal, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, Expresso, 1999 ; Gilles Dostaler, «De la domination de l'économie au néolibéralisme», *Possibles*, Vol. 24, no. 2-3, printemps-été 2000, p. 13-26 ; Michel Bernard, *L'Utopie néolibérale*, Montréal, Renouveau Québécois et Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, 1997 ; et Gilles Bourque et Jules Duchastel, «Le discours politique néolibéral et les transformation actuelles de l'État», *Discours social*, no. 3-4, 1992, p. 77-95.

était impératif et inéluctable, afin de résoudre les multiples problèmes du système sociosanitaire, c'est-à-dire dans le but de le sortir de la crise dans laquelle la gouvernance néoconservatrice d'abord (les années quatre-vingts), puis néolibérale (les années quatre-vingt-dix), l'a projeté. C'est ainsi que le laissent comprendre les extraits d'entrevues effectuées auprès d'un médecin haut fonctionnaire du MSSS et d'un président du Conseil d'administration d'une régie régionale :

> Je suis de ceux qui pensent encore que le privé ne doit pas entrer dans le système [sociosanitaire]. **Je pense qu'on peut encore sauver notre système. Or, la seule façon de le faire, c'est de mettre des TI** [technologies de l'information]. Sinon, personne sait ce que l'autre a fait. Il recommence certaines choses et cela coûte excessivement cher. On traite des gens pour rien, parce qu'on recommence ce que l'autre a fait. C'est comme cela. C'est structurellement et culturellement comme cela. Cette situation perdurera aussi longtemps qu'on ne changera pas ce modèle. La capacité d'obtenir de l'information considérée comme fiable empêche de faire certaines choses. [...] L'informatisation améliore la productivité, la façon de travailler. Je suis indéfectible à ce propos. **Si on manque ce tournant, on met en péril l'organisation du réseau**.
>
> Si on veut que notre système fonctionne encore dans quelques années, il faut faire comme cela. Sinon, **je pense qu'on ne peut pas continuer à injecter de l'argent comme on le fait actuellement et ne pas changer les façons de procéder**. Si on ne veut pas le privatiser, il faut trouver des solutions, des partenariats. Il faut que ce virage, ce changement, se fasse.

Cette vision est également partagée par un responsable administratif d'un projet technologique au sein de la RAMQ, qui met l'accent sur la nécessité d'informatiser les services de soins dans le but de modifier la façon de gérer le système sociosanitaire dans son ensemble :

> Vous savez, on ne peut maintenir le système de santé dans son état actuel. Il faut faire quelque chose. Il faut changer la façon de gérer. Cela conduit nécessairement à l'utilisation de nouvelles technologies.

5.1.2 Le virage ambulatoire informatisé pour répondre à une demande croissante de soins malgré des ressources réduites

La position politique qui consiste à dire que le système sociosanitaire devait être transformé a conduit plusieurs régions sociosanitaires à endosser les exigences de l'État québécois en matière de réorganisation. Ce qui supposait donc de contribuer au virage

ambulatoire informatisé, afin de répondre à la demande croissante de soins dans un contexte où les restrictions budgétaires étaient de mise, tel que nous l'avons constaté dans les chapitre précédents et tel que nous venons de le préciser un peu plus haut dans celui-ci. C'est ce qui ressort des témoignages de plusieurs de nos informateurs-décideurs rencontrés dans différentes régies régionales.

En outre, mentionnons le cas d'une régie régionale qui a été contrainte de réorganiser les services de soins qu'elle supervisait sur son territoire pour pallier au refus de l'État québécois de construire un deuxième hôpital sur son territoire. Pour cette régie régionale, la seule façon de répondre à la fois à la croissance d'usage des services de soins et aux exigences des coûts était, outre le virage ambulatoire, l'informatisation de l'ensemble des structures sanitaires sur son territoire, comme l'a expliqué un des responsables de la nouvelle organisation sociosanitaire mise en place dans cette régie régionale :

> Tout a commencé en 1990 par le besoin d'obtenir un deuxième établissement hospitalier. [...] Or, vers 1995, sont survenues dans notre région **des compressions budgétaires et des fermetures d'hôpitaux qui ont rapidement conduit notre projet de construction d'un deuxième hôpital non politiquement correct.** À la Régie régionale, nous nous sommes donc consultés pour essayer de trouver une solution à ce problème. [...] Nous avons alors analysé les statistiques de la région pour connaître les causes les plus fréquentes des hospitalisations dans la population régionale. Nous avons recensé environ 450 diagnostics. Parmi ceux-ci, nous avons analysé ceux pour lesquels il était possible d'agir, avec en tête une hypothèse qui consistait à dire que si on réduisait les durées moyennes de séjour hospitalier de certaines gens, qui étaient hospitalisés soit ailleurs ou ici, on n'aurait peut-être pas besoin d'autant de lits conformément à notre demande initiale de 300 lits supplémentaires dans un nouvel hôpital. [...] Ainsi, on a consulté nos médecins-spécialistes pour savoir comment on pouvait diminuer notre durée moyenne de séjour, comment pouvait-on agir sur certaines maladies et comment pouvait-on réussir, éventuellement, à faire en sorte que notre besoin de lits soit moins grand. [...] Nous sommes arrivés à la conclusion que **si nous agissions correctement avec les nouvelles technologies [...], nous n'aurions pas besoin d'un centre hospitaliser**, d'après les calculs que nous avions faits. [...] On faisait donc la démonstration qu'on était capable, compte tenu des journées récupérées dans le cadre de la réduction des durées moyennes de séjour, de répondre adéquatement aux besoins de la population régionale, sans nécessairement construire un deuxième hôpital. [...] **C'est à ce moment qu'est apparu le système d'information, compte tenu du fait que le ministère nous disait que pour en arriver à atteindre ce que nous souhaitions [...]**

il fallait mettre en place un tel système. Il nous l'a donc financé.

Cette façon de voir est également partagée par d'autres informateurs-décideurs. Pour ceux-ci, la seule façon de répondre à l'augmentation de la demande de soins, sans ajouter de ressources (financières et humaines) compte tenu du contexte budgétaire qui prévalait, résidait dans l'informatisation généralisée des services de soins. C'est ainsi que nous l'ont affirmé deux informateurs responsables des services de génie-biomédical dans leur centre hospitalier respectif :

> Il y a une tendance dans le réseau à la diminution des effectifs et des budgets. À l'Hôtel-Dieu de [x], qui est un centre hospitalier à vocation régionale, nous anticipions des augmentations significatives de volume. Il a donc fallu jouer beaucoup au niveau de la productivité. [...] La première étape a consisté à moderniser les équipements, avec des analyseurs beaucoup plus performants ; et la deuxième étape, qui était la suite logique de la modernisation, a consisté à informatiser les laboratoires. Après coup, nous avons réalisé qu'effectivement il y a eu des augmentations de volume de 40 à 50 %, voire peut-être plus. **Or, nous avons été capables d'absorber ces augmentations de volume sans ajouter de ressources**. Ainsi, **l'informatisation venait répondre en partie à des besoins avec le virage qui s'est fait**, c'est-à-dire à des besoins qui avaient été identifiés et anticipés. [...] Nous pensions que nous nous dirigerions dans cette direction dans trois ou cinq ans. Par conséquent, nous avons tenté de mettre en place des solutions qui nous permettraient de rencontrer nos nouvelles responsabilités avec les augmentations du volume d'activité. Dans l'ensemble, nous avons assez bien réussi. [...] **Si nous n'avions pas informatisé, l'Hôtel-Dieu serait en déficit**. Oui, dans le déficit. C'est le bon terme. [...] Je pense que c'est une question de survie.
>
> Nous sommes arrivés à la conclusion que **la seule façon d'arriver à se rapprocher des limites budgétaires qu'on nous imposait était d'informatiser massivement**. C'était la seule façon d'en arriver à avoir des coûts de fonctionnement très bas, en dessous de ce qui existe actuellement dans le réseau. Dans le cas de l'hôpital [x], nous partions à zéro. Nous avons commencé par remplacer nos vieux index-patients. L'un des problèmes que nous avions au départ, c'est que le laboratoire n'était pas informatisé. Nous avons donc pris la décision de l'informatiser en priorité pour permettre au service d'accroître son volume d'activité sans ajouter de ressources. [...] Lorsque le nouveau système sera en place, **nous allons permettre au personnel d'accroître son volume d'activité d'environ 30 %, sans ajout de ressources**. [...] C'était par l'accroissement du volume d'activité que nous sommes arrivés à montrer aux gens que l'informatique était incontournable.

Il est donc clair, pour ces informateurs-décideurs, que la réorganisation devait conduire à une augmentation de la productivité des services de soins. Ce qui impliquait nécessairement une transformation de la gouvernance des services de soins, du travail médical, afin d'imposer une organisation de services plus adaptée au contexte budgétaire restrictif, tel que le laisse entendre un directeur général d'un centre hospitalier régional dans ces termes :

> En 1989, 1990 et 1991 sont arrivées les compressions budgétaires. J'avais dit aux médecins : «Écoutez les compressions s'en viennent et nous ne pourrons y échapper». **Le contexte était le suivant : une durée de séjour très longue à l'hôpital, les vieux médecins de famille qui hospitalisent pour à peu près n'importe quelle raison, en autant que le patient soit couché, etc. [...] Cependant, il y a des coûts énormes reliés à de telles habitudes**. J'ai donc discuté avec les médecins en leur disant que si on faisait le virage ambulatoire, si on faisait de la médecine d'un jour, de la chirurgie d'un jour, etc., on pourrait développer des services et non les couper. Je leur ai donc présenté cette idée comme un développement de services, alors qu'en parallèle, j'ai coupé 10 millions sur un budget de 40 millions. Nous avons investi 1 million dans le centre ambulatoire. [...] Je trouvais que le contexte de l'époque n**'avait pas de bon sens**. J'étais au ministère et j'anticipais les coûts. **La hausse des dépenses publiques de santé n'avait plus de bon sens**. Cela aurait sauté quelque part. C'était inimaginable. [...] On perpétuait un système qui faisait en sorte qu'on créait une dépendance des malades à l'égard des médecins et des infirmières. Je voyais en même temps venir les compressions budgétaires et les pénuries de ressources. [...] Lorsque je suis arrivé dans la région, j'ai initié le projet après l'avoir soumis à Marc-Yvan Côté [ancien ministre de la Santé au Québec]. Je lui ai dit que le contexte n'avait pas de bons sens et qu'il fallait essayer de planifier les affaires dans un contexte où tout le monde dépense. En effet, les docteurs dépensent d'un côté puis de l'autre, ils prescrivent n'importe quoi. [...] J'ai réussi à aller chercher l'appui des gens d'affaire. [...] Je garantissais qu'**avec un investissement de 1 million** pour le centre ambulatoire, **je pouvais à terme effectuer des économies de 5 à 8 millions**.

Ce témoignage montre avec éloquence jusqu'à quel point le discours officiel de l'État québécois, devenu néolibéral rappelons-le, a imprégné l'interprétation du contexte et fortement conditionné l'idée de la nécessité de la transformation du centre hospitalier dont il est ici question. En effet, cet acteur administrateur justifie la création d'un centre ambulatoire et donc la réorganisation des services de soins hospitaliers en s'appuyant sur la même rhétorique que celle structurant le discours officiel, laquelle évoquait le caractère hautement problématique des coûts publics des services de soins à titre de rationnel pour

légitimer le projet de virage ambulatoire informatisé. Ainsi, ici aussi ce sont les habitudes des médecins et des patients qu'il faut modifier afin de mettre fin à la hausse des dépenses publiques, dont on affirme qu'elles sont la cause[511]. Ce qui constitue un changement de paradigme dans la conception de la gestion de la santé et de la maladie, puisqu'on remet implicitement en cause la philosophie fordiste-keynésiste d'accès universel aux soins nécessaires et en fonction de chacun en adoptant une vision où l'usage du système sociosanitaire par les patients et les professionnels de la santé est considéré comme d'emblée irresponsable. En témoigne l'extrait d'entrevue précédant où on indique clairement qu'on voulait d'abord et avant tout solutionner le problème d'une utilisation dite abusive, trop fréquente des services de soins par l'application d'une politique élaborée sur la base de critères non pas cliniques mais économiques, tel que nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Il fallait donc trouver une alternative acceptable pour les citoyens qui autrement auraient été privés de soins. Ce qui a débouché, dans ce cas, sur la construction d'un centre ambulatoire dont parle ce directeur général d'un centre hospitalier régional :

> Quand je suis arrivé dans la région à titre de Directeur-général, il y avait 329 lits, soit 229 en soins de courte durée et 100 en soins de longue durée**. L'urgence était constamment bloquée** avec de 30 à 40 patients dans le corridor, une vingtaine de civières à l'urgence. Je me suis dit que **cela devait changer**. [...] Peu à peu, **j'ai retiré des civières de l'urgence**. Nous sommes ainsi passés de 20 civières à 10 civières à l'urgence. Nous avons retiré au complet les patients du corridor. Parallèlement, les compressions budgétaires commençaient à se faire sentir dans le réseau. [...] On voulait désengorger l'urgence.

On constate donc qu'il s'agit d'une vision par le haut, que nous avons qualifiée de *top down* dans notre chapitre de méthodologie à la suite de Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix[512], qui s'inscrit en parfaite cohérence avec la régulation néolibérale. Pour solutionner les problèmes d'engorgements, on décida de réduire le nombre de lits et de places disponibles dans les établissements sanitaires publics, ce qui à terme devait nécessairement conduire à la mise en place d'une structure intermédiaire entre le cabinet médical et l'hôpital, pour pallier à une accessibilité réduite aux services de soins en centre

---

[511] Ce qui n'est pas le cas, comme nous l'avons d'ailleurs montré dans le chapitre 3 en précisant que leur rémunération était le facteur qui avait le moins augmenté, alors que c'étaient les médicaments qui ont de loin le plus contribué à la croissance des dépenses publiques de santé.

[512] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 258 et suivantes.

hospitalier. Pour ce médecin responsable d'un centre ambulatoire régional, il était clair qu'il fallait mettre en place des structures intermédiaires afin de répondre aux exigences de réduction des coûts et de prise en charge des patients :

> Déjà, à l'époque, il y avait des lacunes dans la façon de distribuer des soins. Au niveau de l'efficacité, ce n'était pas optimal. [...] Il y a des frais importants : 450 $ par jour. À l'époque, la situation n'avait pas de bon sens puisqu'il y avait de l'engorgement dans les urgences et dans les corridors. Il devait y avoir un moyen d'**avoir d'autres structures dans le domaine de la santé, entre le cabinet du médecin et l'hôpital, qui pourraient répondre à une clientèle un peu moins lourde**, laquelle clientèle pourrait être suivie de façon adéquate.

L'idée de la mise en place de telles structures intermédiaires s'appuie aussi sur la volonté, pour ce même informateur, d'accélérer la mise en congé des patients hospitalisés, afin de désengorger les centres hospitaliers. C'est ainsi qu'il poursuit son témoignage en affirmant que les professionnels de la santé avaient précisément pour mandat de modifier la façon dont ils prenaient en charge leurs patients en centre hospitalier :

> L'hôpital était toujours engorgé. Les gens pouvaient passer trois jours dans les corridors à l'urgence. C'était toujours plein. [...] On voyait plein de patients que j'aurais pu finalement laisser partir en les informant qu'il fallait cependant les revoir à tous les deux jours. Le problème, c'est que je n'avais pas le temps de les voir aux deux jours à mon bureau. Les cliniques étaient pleines. Sur le plan structurel et organisationnel, c'est compliqué et c'est encore comme cela à plusieurs endroits. Nos cliniques sont débordées à l'avance pour 2 ou 3 mois. [...] On aurait pu sortir des patients plus tôt de l'hôpital, s'il y avait eu des structures pour les prendre en charge. Ainsi, **le but du centre ambulatoire consistait à désengorger l'hôpital et l'urgence** en plus de nous donner un instrument pour voir les patients à qui nous donnions congé de l'hôpital. Il fallait les **empêcher d'être hospitalisé** lorsqu'ils ne sont pas trop malades.

La même rhétorique est employée par un médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier, pour justifier la mise en place de moyens pour résoudre les problèmes d'engorgements auxquels son établissement était également confronté à la suite des restrictions budgétaires :

> L'hôpital a eu des débordements, à l'urgence, sur les étages et sur les unités de soins. Nous n'avions jamais assez de civières et assez de lits pour répondre adéquatement ou complètement aux besoins des

> patients. [...] Puisque nous étions souvent engorgés, nous nous sommes entendus pour **essayer d'utiliser au maximum les services à domicile du CLSC**. Mais il n'en demeure pas moins qu'entre les deux, il manque quelque chose. [...] Nous nous sommes interrogés à savoir si l'on pouvait faire quelque chose à distance [...], si on pouvait par exemple instaurer un suivi intensif dans la communauté. [...] Bref, l'hôpital était débordé comme les autres hôpitaux. [...] On a un problème d'achalandage fort à l'urgence. On n'a pas assez de ressources internes pour répondre à la clientèle, ce qui fait que plusieurs patients traînaient malheureusement dans les corridors de l'urgence, compte tenu du fait qu'on n'arrivait pas à gérer assez rapidement l'ensemble des ressources pour répondre aux besoins. En externe, il y avait la présence de listes d'attente comme dans d'autres hôpitaux. [...] On n'arrivait pas à répondre aux besoins. Dans ce contexte de débordement, je me suis donc dit qu'il fallait envisager des solutions à plus long terme, c'est-à-dire **des alternatives adéquates pour prendre en charge les patients**. Des alternatives moins coûteuses parce que nous visons toujours cela, par évidence. Cela faisait et fait encore partie de nos préoccupations.

C'est également dans cette perspective que la création d'un réseau régional de télémédecine dans une région sociosanitaire a vu le jour. L'intransigeance de l'État québécois sur l'objectif de réduction des dépenses publiques de santé, affirmée comme inévitable, comme nous l'avons constaté dans le chapitre précédent, a débouché sur la recherche d'une solution qui ne «voyait» pas les causes réelles et globales des problèmes d'engorgement. Ainsi le laissent entendre les propos suivants tirés du témoignage d'un médecin impliqué, à titre de directeur des services professionnels d'un centre hospitalier régional, dans un projet de télémédecine régional (subventionné par le projet «Programme des partenariats pour l'infostructure de la santé (PPICS) de Santé Canada[513]) visant à rendre possible des consultations à distance à partir de différents points de service partout dans la région où ce projet a été implanté.

Il ne faut pas s'interroger pour savoir pourquoi le système ne

---

[513] Sur le site Internet de Santé Canada, on mentionne que «le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), dont le budget s'élève à 80 millions de dollars, favorise l'utilisation des technologies de pointe de l'information et des communications dans le but d'améliorer la santé des Canadiens et de leur offrir de meilleurs services de santé, peu importe où ils vivent au Canada. Un des objectifs principaux de ce programme de deux ans consiste à améliorer l'accessibilité aux services de santé de haute qualité dans les régions rurales. Le programme de deux ans reconnaît que les technologies de l'information et des communications, lorsqu'elles sont appliquées adéquatement, peuvent fournir des solutions innovatrices à certains défis auxquels le système de santé du Canada doit faire face, y compris la prestation de soins de santé à ceux qui vivent en dehors des milieux urbains.» (Santé Canada, [Page consultée le 15 octobre 2002], «Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé», [En ligne], Adresse URL :
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2000/2000_61fbk1.htm)

> fonctionne pas, mais chercher plutôt à s'interroger sur une solution pour le faire fonctionner adéquatement. C'est exactement la question que je me suis posée. Je me suis dit : «OK, nous avons un problème budgétaire et nous avons le même besoin de service». Comment peut-on en arriver à combler ce problème en offrant aux gens des choses intéressantes ?

Par ailleurs, nous avons pu également constater, au cours des entrevues effectuées, notamment auprès des responsables administratifs de projets de télémédecine, que cet objectif d'augmentation de la productivité des services de soins s'articulait autour d'un projet régional de résolution global des engorgements dans tous les établissements sanitaires. En effet, compte tenu d'un problème d'accessibilité notamment aux urgences, plusieurs patients se rendaient dans un hôpital extérieur à leur région d'habitation. Ce qui globalement alourdissait le problème d'engorgement dans d'autres établissements sanitaires par un «déplacement» du lieu de prise en charge clinique des patients. Pour les responsables administratifs de projets en télémédecine interrogés, il fallait donc récupérer les patients qui allaient se faire soigner dans des établissements sanitaires autres que ceux près de leur domicile. C'est précisément ce qu'ont affirmé trois de nos informateurs : le premier est responsable du service de l'informatique et du génie-biomédical d'un centre hospitalier, le deuxième est responsable des services techniques d'un autre centre hospitalier et le troisième est responsable des services ambulatoires dans une régie régionale :

> Le constat avait été fait au sein de la Régie régionale et de l'Hôtel-Dieu à propos du fait qu'une bonne partie de la clientèle de la région, celle qui habite près des ponts, allait se faire traiter ailleurs. Notre défi était donc le suivant : nous voulions rapatrier la clientèle, c'est-à-dire faire en sorte que l'Hôtel-Dieu puisse reprendre une bonne partie de cette clientèle. Ce qui a été en grande partie réussi. [...] Quand on parle de rétention de la clientèle, dans un premier temps c'est d'une rétention au niveau du diagnostic, du laboratoire et de la radiologie dont il s'agit. Ce sont des secteurs vis-à-vis desquels nous avons été capables, à cause de la modernisation et de l'informatisation, d'absorber les augmentations du volume de la demande de services de soins. [...] Cette mission de rétention de la clientèle trouvait son origine à la fois dans la vision de la régie régionale et de l'Hôtel-Dieu de [x]. Pour nous, c'était une question de survie. [...] Depuis cinq ans, on travaille là-dessus pour étoffer le volume d'activités. On a **augmenté nos volumes d'activités dans un premier temps sans augmentation du budget, d'où l'importance des technologies** qui sont venues nous appuyer dans cette démarche stratégique.
>
> Avec la construction du centre ambulatoire, il va y **avoir un**

> **rapatriement de la clientèle**. Actuellement, l'Hôpital dessert environ 30 à 40 % de son bassin de population. En améliorant ses services, l'établissement devrait être capable de rapatrier une partie de la clientèle qui va se faire soigner ailleurs, compte tenu du fait qu'il n'y a pas assez de services ici sur le territoire. Notamment compte tenu du fait que nous sommes mal équipés et que nous avons moins de ressources. [...] Les gens sont habitués d'aller ailleurs pour recevoir des soins. L'Hôpital va être équipé, une fois le projet complété, pour récupérer une partie importante de sa clientèle naturelle, de son bassin de population.
>
> Avec les services ambulatoires, nous avions d'abord **un objectif de rétention de la clientèle**. Il s'agissait, pour nous, de ramener les clients qui recevaient des soins ailleurs faute de services ici. [...] 60 % de nos résidants allaient ailleurs. Il fallait donc les rapatrier dans notre région.

Il est donc évident, pour nos informateurs-décideurs, qu'il fallait que le virage ambulatoire informatisé augmente la productivité du travail médical afin d'abaisser les coûts. Ce qui impliquait une transformation du mode d'accès aux soins et de la prise en charge clinique des patients.

5.2 UNE TRANSFORMATION RADICALE DU MODE D'ACCÈS AUX SOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PATIENTS

5.2.1 La réduction de la durée des hospitalisations et de la fréquentation des établissements sanitaires lourds (centres hospitaliers)

Comme nous venons de le constater, l'objectif fondamental de la nouvelle organisation de services de soins était et demeure de réduire la demande de soins, c'est-à-dire de la contrôler afin d'en abaisser les coûts lui étant associés, principalement au niveau de son segment le plus lourd, l'hôpital. On a pensé y arriver par la réduction de la durée de séjour et de la fréquentation des établissements sanitaires, comme le signifie un directeur des services professionnels d'un centre hospitalier par ces propos :

> Lorsque nous avons commencé à avoir des problèmes budgétaires [...], les gens ont dit dans les hôpitaux : «Vous aurez moins de budget l'année prochaine, parce que vous n'êtes pas tellement performants». Alors les gens ont commencé à s'inquiéter. On a commencé à avoir des débordements, à fermer des lits, à faire de la restructuration, à avoir de la pression dans les salles d'urgence, etc. Pourtant, dans les années soixante-dix, nous n'entendions jamais parler des salles d'urgence qui débordaient dans les corridors. **Nous sommes donc obligés** depuis dix ans, surtout depuis les dernières années, **de vraiment vérifier si toutes les ressources que nous avons mises à**

> **contribution l'ont été de façon appropriée**. Est-ce que nous hospitalisons la bonne clientèle au bon coût ? C'est à partir de ce moment que nous nous sommes rendus compte, de façon graduelle, **que certaines gens n'avaient peut-être pas besoin d'être hospitalisés, alors que d'autres l'étaient trop longuement**. Peut-être devaient-ils plutôt être hospitalisés trois ou quatre jours. On les gardait trop longtemps. [...] On se disait que la technologie pouvait probablement nous donner un coup de main par rapport à notre problème de pénurie des ressources. L'opportunité consistait à dire qu'il y avait peut-être **une partie du travail qui pouvait être faite, dans le fond, par un système informatique**, surtout un système intelligent qui ferait en sorte que nous ne serions pas obligés de mobiliser à domicile des ressources humaines pour un suivi intensif du patient.

Cet objectif ressort de plusieurs témoignages recueillis lorsqu'il est question des motifs fondamentaux de la mise en place du virage ambulatoire informatisé. Plusieurs de nos informateurs, particulièrement les hauts fonctionnaires et les responsables administratifs de projets expérimentaux, ont clairement affirmé que ce virage ambulatoire informatisé devait conduire à des économies entraînées par la diminution de la fréquentation des établissements sanitaires et la baisse de la durée moyenne de séjour. Ils soutenaient que la santé (et la maladie), les services de soins, pouvaient être gérés différemment, c'est-à-dire de façon à ce que des économies soient réalisées dans l'offre de services même.

Trois de nos informateurs-décideurs, respectivement promoteur de nouvelles technologies, responsable administratif de projet et directeur général d'un centre hospitalier régional, ont en effet précisé que le virage ambulatoire informatisé permettait une nouvelle gestion du système sociosanitaire en rendant possible une transformation radicale du mode d'accès aux services de soins et, par le fait même, de la prise en charge des patients :

> Actuellement, le virage ambulatoire vise essentiellement à montrer que la santé peut être gérée d'une autre façon. Les bénéficiaires ne sont pas toujours obligés d'être dans des infrastructures coûteuses, comme un lit de courte durée ou une civière pour gérer leur problème de santé. Il s'est donc répandu **une pratique** à l'intérieur du réseau de la santé **qui vise à retourner le plus tôt possible le patient à domicile**, en lui offrant des services d'appoint pour maintenir son état de santé à une valeur optimale, c'est-à-dire **en dehors des infrastructures hospitalières**. La volonté du Gouvernement, à la suite du rapport Rochon, va dans ce sens. C'est dire que **la durée moyenne de séjour des patients à l'hôpital est trop longue**. Il faut

> donc faire un effort pour raccourcir ces durées moyennes de séjour. Pour ce faire, nous avons mis en place le virage ambulatoire. [...] Avec les soins à domicile, nous avons perçu qu'il y avait un besoin en termes technologiques.
>
> Ce que nous voulions surtout à travers le centre ambulatoire, c'est **éviter les hospitalisations**. On veut éviter que les gens reviennent plusieurs fois, quand nous sommes capables de gérer cela. Nous nous sommes donnés les moyens de le faire. Le projet sera donc beaucoup plus efficace.
>
> Je disais aux intervenants [aux professionnels de la santé] que leur travail consiste à **empêcher que les patients soient couchés [hospitalisés]**. [...] Le travail des professionnels du centre ambulatoire consistait à **bloquer les hospitalisations**, et de **tout faire pour y arriver**. Puis, ils avaient le fardeau de la preuve que tout avait été fait avant d'envoyer quelqu'un se coucher dans un lit.

Il s'agissait donc, pour ces informateurs-décideurs, de gérer les services de soins de façon à obtenir des économies, ce qui impliquait un contrôle planifié de la demande de soins pour éviter que les citoyens consultent «trop» dans les établissements sanitaires, particulièrement dans les hôpitaux. Comme l'indiquent Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, cela voulait dire freiner l'utilisation intensive et répétitive des services de soins, en évitant le plus possible que les patients fassent appel au médecin et à l'hôpital[514]. Il était donc nécessaire, d'une part, de diminuer la fréquentation des établissements sanitaires et, d'autre part, de réduire la durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers. C'est précisément en fonction de ces deux objectifs fondamentaux, intimement liés à la nécessité de réduire l'impact de la demande de soins sur les dépenses publiques de santé, que plusieurs de nos informateurs-décideurs ont insisté sur les bénéfices attendus du virage ambulatoire informatisé. Pour eux, il s'agissait d'un enjeu majeur, crucial, qu'ils ont justifié en insistant sur sa capacité «affirmée» de modifier le mode d'accès aux services de soins et la prise en charge des patients. À ce titre, un vice-président d'une firme informatique impliquée dans un projet de télésurveillance, un président du Conseil d'administration d'une régie régionale, un responsable administratif d'un département d'imagerie médicale au sein d'un centre hospitalier, deux hauts fonctionnaires au MSSS, un responsable administratif un projet expérimental à la RAMQ et un membre important de la direction générale d'un centre hospitalier ont indiqué ceci :

> Il est clair que le but des hôpitaux consistait à **raccourcir la durée**

---

[514] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 243.

> **moyenne de séjour et à diminuer leur fréquentation** par certaines personnes.
>
> Il est certain qu'au départ nous voulions **diminuer les hospitalisations**. C'était un des grands enjeux. Maintenant, je suis convaincu que l'objectif a été atteint.
>
> C'était une des fonctions essentielles de la technologie [y], c'est-à-dire **raccourcir la durée de séjour** [...].
>
> Le virage ambulatoire a permis de sortir des hôpitaux les clientèles le plus rapidement possible. **Les gens qui étaient hospitalisés pour 5, 6 ou 7 jours pour des chirurgies sortent maintenant après 3 jours**.
>
> La technologie [y] évitait aux gens de se présenter à l'urgence pour rien.
>
> L'avantage d'avoir accès à ce type d'information, de façon rapide, résidait dans la perspective de **sortir les gens plus rapidement de l'hôpital**. Il y avait moins d'engorgement. [...] Nous pensons que ce projet aura un impact considérable sur les listes d'attente et sur les urgences [...].
>
> On devait pouvoir dire qu'un patient qui est hospitalisé pour un pontage coronarien a, par exemple, 95 % des chances de sortir dans 10 jours avec telle prescription et ainsi de suite. Cela afin de permettre de dire que dans 10 jours, son lit au centre de réadaptation sera prêt. Sinon, il **devait rester ici plus longtemps et le coût est beaucoup plus élevé qu'en centre de réadaptation**. [...] Le but consistait donc à **prévoir combien de jours tel patient devait rester à l'hôpital.** [...] **En réduisant la variation potentielle, on réduit également les coûts et les durées de séjour**.

Ainsi, les bénéfices de ce nouveau mode d'accès aux services de soins se mesurent en terme de possibilités d'effectuer des économies, d'abaisser le coût marginal de la prise en charge clinique d'un patient. Les témoignages recueillis montrent que cela constituait LE principal avantage du virage ambulatoire informatisé, ainsi que le laissent comprendre trois de nos informateurs : le premier est responsable administratif des soins ambulatoires dans une régie régionale, le deuxième est directeur des services professionnels au sein d'un centre hospitalier et le troisième est un promoteur de nouvelles technologies :

> **Il est certain que le centre hospitalier ambulatoire va coûter beaucoup moins cher qu'un centre hospitalier traditionnel**. Il n'y a pas de salles d'opération ni d'urgence. Il est donc évident que cela coûte moins cher comparativement à un deuxième hôpital comme on le souhaitait au départ.

> Un programme comme celui de **la télésanté, c'est même pour éviter les hospitalisations**. Cela procure un avantage important à l'hôpital. Il y a moins de visites à l'urgence, moins d'hospitalisations. **Cela nous intéressait, pour des raisons budgétaires**.
>
> Certains établissements se profilaient pour être capables de prendre un virage ambulatoire devant **influencer leur performance, soit en réduisant leur durée moyenne de séjour ou leur fréquentation**. S'ils arrivaient à répondre à ce défi, ils pouvaient soit **fermer des lits - donc ne pas rendre disponibles certaines infrastructures - et résoudre certains problèmes de pénurie de main-d'œuvre**. Cela devenait donc intéressant. Ils pouvaient également **présenter au ministère des niveaux de performance supérieurs à ceux qu'ils avaient presentés l'année antérieure**.

Ces extraits d'entrevues avec certains de nos informateurs-décideurs nous permettent de constater pourquoi il était nécessaire de prendre le virage ambulatoire informatisé. Il s'agissait de transformer le mode d'accès aux soins et la prise en charge des patients ; plus précisément, on voulait réduire l'accès à l'hôpital et alléger la prise en charge **dans** le système hospitalier lui-même. On saisit donc que l'accent mis sur le maintien à domicile (*homecare*) est un corollaire de la rhétorique et de la réalité du virage ambulatoire. Cependant, pour que cela soit réalisable et pour éviter le plus possible les conséquences néfastes sur la façon dont les patients étaient traités, il fallait dans un premier temps cibler certaines pathologies susceptibles d'être prises en charge par cette nouvelle organisation des services de soins. C'est pourquoi les instances décisionnelles des établissements sanitaires ont identifié, dans un premier temps, les patients qui pouvaient être traitées autrement que dans les infrastructures considérées comme trop coûteuses, tels les hôpitaux.

5.2.2 La transformation de la prise en charge des pathologies nécessitant des consultations récurrentes

Plusieurs de nos informateurs-décideurs ont indiqué qu'ils voulaient, lorsque fut prise la décision de transformer le mode d'accès aux soins et la prise en charge des patients, «s'attaquer» à certains types de pathologies dont les statistiques révélaient une demande régulière, répétitive, chronique, de services de soins, dans les établissements sanitaires, particulièrement au niveau des hôpitaux. Ainsi, les patients souffrant généralement de troubles qui les amenaient à visiter les salles d'urgences de façon récurrente - c'est le cas entre autres des diabétiques, des insuffisants cardiaques et de ceux qui souffrent de problèmes respiratoires (par exemple de la maladie pulmonaire

obstructive chronique[515]) - ont été, et le sont encore, pris en charge à l'extérieur des établissements sanitaires conventionnels. Ce qui va de pair avec l'objectif fondamental de réduction de la durée de séjour et de la fréquentation des établissements sanitaires, sur lequel nous venons d'insister (en 5.2.1). Le projet consistait ainsi, grâce au virage ambulatoire informatisé, à rediriger une partie importante de la demande de services de soins vers des infrastructures ambulatoires, moins coûteuses que les infrastructures classiques, tels que les hôpitaux, dont on voulait par ailleurs modifier le rôle dans le système sociosanitaire. Ce qui pour une part explique la croissance relativement faible des dépenses affectées aux hôpitaux par rapport à d'autres catégories d'affectation de fonds, tel que nous l'avons constaté dans notre troisième chapitre.

Quelques-uns de nos informateurs, dont un responsable administratif des soins ambulatoires dans une régie régionale, un directeur général d'un centre hospitalier régional maintenant promoteur de nouvelles technologies, un responsable administratif d'une technologie dans une régie régionale, un directeur général d'un autre centre hospitalier régional et le vice-président d'une firme technologique, ont affirmé qu'il fallait cibler certains patients pour éviter qu'ils consultent :

> Dans le cadre de la réorganisation que nous avons menée, nous avons analysé la situation à savoir par exemple si les patients souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique retournaient à l'urgence. **Nous avons été capables de démontrer que ces patients ne retournaient plus à l'urgence alors qu'ils y allaient fréquemment quelques années auparavant**.
>
> [...] les patients qui souffrent de la maladie pulmonaire obstructive chronique causent souvent un stress à leur famille lorsqu'ils enregistrent, par exemple, une variation de leur température. Cela peut occasionner un stress respiratoire, lequel peut déboucher sur une chute. Or, **ils n'ont pas besoin d'être hospitalisés pour ce type de problème**. Il s'agit d'être bien informé. Nous avons donc un beau projet, impliquant quelques cliniques. Il y a **un suivi systématique de la clientèle souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique afin de diminuer le recours à l'hospitalisation**. Sans suivi auprès de tels patients, ils risquent souvent de tomber en insuffisance respiratoire. À ce moment, leur volonté de retrouver un état stable les conduits à se rendre aux soins intensifs, qu'ils visiteront de 7 à 8 fois par année. Avec un suivi, les patients n'auront pas besoin d'y aller une seule fois. Chose certaine, la maladie pulmonaire obstructive chronique est par définition chronique. **Que font ces**

---

[515] Les maladies pulmonaires obstructives chroniques comprennent plusieurs troubles respiratoires chroniques, dont les plus fréquents sont l'emphysème et la bronchite chronique.

patients dans un maudit hôpital ? [Ils y vont] pour se faire guérir d'une maladie chronique. Ils n'ont pas d'affaire dans le milieu hospitalier, puisqu'ils sont déjà diagnostiqués chroniques. La seule chose que je peux leur offrir, c'est un support à l'hébergement. **Ils n'ont pas besoin de l'hôpital**. Le problème, c'est que **les intervenants**, dépendamment d'où ils se situent dans le réseau, **n'ont pas l'information requise. Ils gèrent donc mal la maladie**. C'est un manque d'informations. Ce n'est pas un manque de compétences de la part des professionnels. [...] [Donc] si je fais en sorte que les diabétiques et les patients souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique **ne sont plus hospitalisés, je devrais** en principe, comme je l'avais fait dans un centre hospitalier, **réduire les lits de longue durée de 20**.

[...] Actuellement, les clients les plus difficiles à suivre, dans les CLSC, sont les insuffisants cardiaques et ceux qui souffrent de la maladie pulmonaire obstructive chronique. Ce sont des gens qui sont instables et vulnérables à la maladie. La rencontre hebdomadaire que l'intervenant fait avec un tel patient chez lui n'est peut-être pas suffisante, puisque plus souvent qu'autrement le patient en question risque d'être hospitalisé entre deux visites. Il y a donc un **«entre-deux» avec de tels clients, qu'on ne contrôle pas avec notre système actuel** de maintien à domicile. **C'est pourquoi les télésoins seront instaurés**. [...] **Avec le projet informatique**, nous voulions voir s'il **était possible d'améliorer notre performance en tant que centre ambulatoire**, dans les suivis de clientèles souffrant de maladies chroniques.

Maintenant, [depuis la mise en place du centre ambulatoire], certains patients attendent au domicile. **Ils viennent au centre ambulatoire seulement pour leur suivi, mais demeurent tout de même**, généralement, **à leur domicile**. Auparavant, les gens qui avaient des tumeurs, des maux de tête ou des problèmes respiratoires, issus par exemple de la maladie pulmonaire obstructive chronique, étaient gardés en établissement sous observation. [...] Avant, nous couchions les gens. Maintenant, ce n'est plus le cas.

Les patients qui sont ciblés avec le système d'information sont des **cas lourds**, c'est-à-dire des patients en attente de chirurgie cardiaque, des patients souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique, des diabétiques. **Ce sont eux qui fréquentent [le plus] souvent le centre hospitalier**.

Dans ces extraits, il est clairement perceptible qu'on visait à transformer la prise en charge clinique des patients dont la maladie les conduits à «consommer» beaucoup de soins. La dimension chronique de leur maladie faisait en sorte qu'une certaine forme de prévisibilité était possible, ce qui pouvait permettre de neutraliser leur demande de soins considérée comme trop lourde. Globalement, il s'agissait de restreindre un segment

important de la demande de soins dans les établissements sanitaires, entre autres les hôpitaux, pour diminuer leurs coûts de fonctionnement tout en diminuant l'ampleur de leurs problèmes d'engorgement, tel que nous l'avons vu plus haut en 5.1. On voulait ainsi réorienter ce segment de la demande de soins vers des infrastructures dites plus productives et moins coûteuses, donc plus économiques. Ce qui avait pour effet de restreindre l'impact budgétaire de la demande de soins sur les finances publiques québécoises qu'on voulait optimiser, tel que nous l'avons vu dans les chapitres précédents et plus haut dans celui-ci.

5.2.3 Un changement structurel des habitus d'accès aux soins

Ce contrôle des déterminants sociomédicaux des maladies ciblées à l'origine des hospitalisations relevait davantage d'une approche «micropréventive» - dans la mesure où l'on tentait de cerner les personnes à risque par la surveillance de leurs comportements - que d'une approche curative lourde considérée comme trop coûteuse. On peut donc considérer qu'il y a une transformation planifiée et contraignante des comportements face à la maladie, qui vise à forcer les patients à modifier leurs «habitus» d'accès aux soins, comme le souligne Lacroix :

> [...] on voulait en effet mettre fin à tout prix [...] [aux] habitus de consommation des soins de santé qu'avaient acquis les citoyens sous le mode de régulation fordien-keynésien (1940-1975 / 1990), c'est-à-dire consulter quand ils en sentaient le besoin avec l'assurance d'obtenir les soins nécessaires au recouvrement de la santé[516].

Cette transformation des habitus de consommation des soins dont parle Lacroix avait et a encore comme but d'éviter que les patients engorgent les unités de soins, parce qu'on a politiquement décidé qu'**ils** étaient responsables, avec les médecins, de ce problème, tel que laisse entendre ce directeur général d'un centre hospitalier régional :

> **Il y avait lieu d'arrêter de coucher les gens pour simplement les coucher**. Lorsqu'on est malade, on n'a pas nécessairement besoin d'être à l'horizontal pour être soigné. On peut soigner autrement, dans la très grande majorité des cas. **Nous avons ainsi fermé 50 % des lits tout en ouvrant le centre ambulatoire en même temps**. [...] Compte tenu de l'engorgement à l'urgence, au sein de notre

---

[516] Jean-Guy Lacroix, *Le sens sociopolitique de la façon de construire les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé*, Montréal, GRICIS, Université du Québec à Montréal, texte ronéotypé, 2003, p. 1.

> établissement comme dans tous les autres, **il fallait que les gens cessent de se fier aux médecins qui les hospitalisent. Ils doivent se prendre en main**. Par exemple, les diabétiques doivent se prendre en main. Sinon, ils se ramassent tous à l'hôpital. [...] Il fallait donc que les gens se prennent en main et qu'ils arrêtent de trop se fier aux professionnels de la santé. C'était un des gros objectifs. Ensuite, **il fallait que les gens arrêtent de consulter pour rien**.

Dans cet extrait, le fait d'indiquer que les patients devaient «se prendre en main», s'éduquer, s'autonomiser, se responsabiliser[517], sous-entend qu'on considère qu'ils sont la cause (sont responsables) de leur maladie. Ainsi, on les tient pour responsables du problème des engorgements du fait qu'on estime qu'ils manquent d'informations sur leur propre maladie et de responsabilité envers leur propre état de santé[518]. C'est pourquoi on veut les prendre en charge, les suivre en ambulatoire, afin de les amener à prendre conscience de leurs problèmes de santé et de leur consommation de soins qui en découlent. Les propos suivants de ce responsable administratif d'un centre ambulatoire régional l'illustrent bien :

> Il fallait les [les patients] empêcher d'être hospitalisés lorsqu'ils ne sont pas trop malades. Lorsque certains patients se portaient mieux, **nous voulions qu'ils s'engagent dans un suivi avec nous**. Puisque les gens manquaient d'informations sur leur maladie, ils retournaient toujours à l'hôpital, que ce soit à la suite d'une mauvaise médication ou, par exemple, pour un non respect de leur restriction liquidienne. On voyait que **les gens manquaient d'informations sur leur maladie. C'est un peu ridicule, compte tenu du coût associé à cela**.

On constate ici que le «manque d'informations» chez les patients est déclaré irresponsable sur la base du critère des coûts entraînés par leurs habitudes d'accès aux soins, elles-mêmes dues à leur «déclaré» manque d'informations, lui-même engendré par leur manque «supposé» de responsabilité. On fait donc porter la responsabilité des coûts

---

[517] À propos de la rhétorique de la responsabilisation et de l'idéologie de la culpabilisation des patients dans laquelle elle s'inscrit, voir Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, particulièrement le point 4 du chapitre 1, «L'idéologie de la culpabilisation pour légitimer l'imposition de la solution», p. 41-45 ; également Robert Crawford, «"C'est de ta faute" : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé», dans Luciano Bozzini, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff (sous la direction), *Médecine et société. Les années 80*, ouvrage cité, p. 481-512.

[518] Ce qui a fait dire à Pauline Marois (ancienne ministre de la Santé et des services sociaux) que les personnes cancéreuses le sont par leur propre faute (Presse Canadienne, «Si les Québécois ont le cancer, c'est de leur faute, dit Marois», *Le Journal de Montréal*, 27 septembre 2000, p. 22.).

trop élevés des soins aux patients, en partant de la prémisse qu'ils consultent trop, qu'ils sollicitent inutilement des services de soins dans les établissements sanitaires et que, par conséquent, ils sont à l'origine de l'inflation des dépenses publiques de santé. Ce qui justifie, aux yeux de ceux qui expriment cette rhétorique, la mise en place d'une organisation capable de les prendre en charge de façon beaucoup plus serrée et productive, afin de réaliser les importantes économies qu'on vise. C'est ce que laissent entendre ces commentaires de deux de nos informateurs : le premier est vice-président d'une firme informatique impliquée dans un projet de télésurveillance et le deuxième est chef d'un département d'imagerie médicale impliqué dans un projet de téléradiologie dans un centre hospitalier :

> **Monitorer un patient pendant une année complète coûte environ 5 000 $. Si le patient vient à l'hôpital, il coûte 350 $ par jour**. Il y a donc un compromis à faire entre **une surveillance plus serrée de ce patient**, ce qu'on nomme une surveillance de recouvrement et de stabilisation, et l'inverse qui est l'hospitalisation, laquelle représente pour l'hôpital une durée moyenne de 8 jours d'hospitalisation annuellement. **C'est donc franchement avantageux pour l'hôpital d'avoir cette technologie, qui prend en charge une partie de la surveillance qui normalement se fait à l'hôpital**.
>
> Le gros point majeur [de notre technologie], c'est la durée de séjour. On l'a diminué. **Un patient coûte 500 $ par jour. Imaginez une diminution de la durée de séjour d'une journée par patient, multiplé par X patients par année**. C'était un petit jeu politique d'essayer de faire valider les économies indirectes.

Pour pousser encore plus loin ce contrôle des hospitalisations, plusieurs de nos informateurs ont évoqué la nécessité d'utiliser les autoroutes de l'information pour surveiller les prescriptions de médicaments de façon à éliminer les effets potentiellement nocifs d'interactions médicamenteuses indésirables et qui peuvent obliger l'hospitalisation.

5.2.4 «Maximiser» le rendement de la prescription des médicaments

À propos des attentes face à la mise en place du virage ambulatoire informatisé, quelques-uns de nos informateurs-décideurs ont indiqué qu'il était possible d'aller encore plus loin dans la diminution de la demande de services de soins, en agissant sur les «habitus» de prescription des médicaments. En effet, certains informateurs rencontrés ont affirmé que la nouvelle organisation des services de soins devait obligatoirement passer

par la mise en place d'un outil d'aide à la décision permettant de «maximiser» la prescription des médicaments. Cet outil propose au médecin le médicament le «plus approprié» pour telle ou telle type de pathologie, compte tenu du profil clinique du patient. Ici, «plus approprié» veut dire moins coûteux, puisque l'outil informatique en question, nommé «aviseur thérapeutique», est lié à une importante base de données, grâce à laquelle on propose au médecin, pour une pathologie donnée, trois types de médicaments. Pour un médecin haut fonctionnaire du MSSS, la surveillance des prescriptions doit être comprise comme un moyen de réduire les hospitalisations qui peuvent être dues à l'absorption de médicaments inappropriés à cause d'erreurs de prescription, comme il le laisse entendre par ces propos en partie déjà cités plus haut :

> Avec cette technologie, nous mettons en place un aviseur thérapeutique, c'est-à-dire un détecteur d'interactions médicamenteuses. C'est ici qu'on retrouve les bénéfices de cette technologie, **en modifiant les patterns de pratique pour contrer le marketing des compagnies pharmaceutiques**. [...] Avec un budget de 16,5 milliards consacré à la santé, il faut augmenter la capacité de répondre à la demande [de soins]. Si nous **améliorons l'efficacité**, nous permettons à plus de gens de se faire soigner sans ajouter de ressources. Si par exemple **on empêche une hospitalisation** à la suite d'une meilleure décision médicamenteuse, on permet à quelqu'un d'autre d'être hospitalisé à sa place.

Cet informateur met l'accent sur la nécessité de faire contre-poids aux pressions des entreprises pharmaceutiques auprès des médecins, dans le but d'augmenter l'efficacité des prescriptions des médecins traitants afin de justifier l'insertion d'une surveillance informatique sur cet aspect central, fondamental autant que symbolique, de la pratique médicale, le pouvoir de prescrire. Notons que pour légitimer la mise en place d'un tel outil de surveillance, on «fait» comme si *de facto* cela entraînera un accroissement de l'efficience clinique et thérapeutique et, pour légitimer le garant légitimateur (l'objectif d'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique), on évoque un fait objectif, les hospitalisations dues aux effets négatifs des médicamentations contre-indiquées, ou de l'absorption nuisible de médicaments (interactions croisées négatives, surmédicamentation, etc.)[519].

---

[519] Voir entre autres Robyn M. Tamblyn, Peter J. McLeod, Michael Abrahamowicz, Johanne Monette, David Gayton, Laeora Berkson and al., «Questionable prescribing for elderly patients in Quebec», *Canadian Journal of Medical Association*, 150 (11), 1994, p. 1801-1809 ; David W. Bates, Lucian L. Leape, Stephen Petrycki, «Incidence and Preventability of Adverse Drug Events in Hospitalized Adults», *Journal of General Internal Medicine*, no. 8, 1993, p. 1949-1956 ; et Jason Lazarou, Bruce H. Pomeranz, Paul N. Corey, «Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients : A Meta-Analysis of Prospective Studies», *Journal of Medical Americain Association*, no. 279, 1998, p. 1200-1205.

Il est important de préciser qu'on met l'emphase ici sur l'erreur de prescription, ce qui est effectivement une cause de certaines hospitalisations, mais beaucoup moins fréquente et systématique qu'on le laisse entendre dans le discours cherchant à culpabiliser les praticiens. De plus, il faut aussi retenir que le caractère inadéquat de la prescription est souvent dû au fait que le praticien ne dispose pas de l'information pertinente pour évaluer l'état «complet» du patient, pour un ensemble complexe de raisons dont l'insécurité des patients qui les amènent à consulter plusieurs médecins, souvent pour en obtenir des prescriptions, souvent différentes, sans que ceux-ci en soient informés. À l'évidence, dans un tel contexte, une aide aux praticiens sur ce plan ne peut que favoriser davantage l'efficience clinique et thérapeutique, nous reviendrons plus loin sur ce concept. Cependant, ce qui fait problème ici, c'est que la faute semble d'emblée incomber aux médecins. Or, on sait de par la littérature sur le sujet que la surmédication et / ou l'effet nuisible d'absorption croisée de médicaments soient aussi dûs, très souvent, au comportement des patients, particulièrement chez les personnes âgées. Ainsi, la cause des faits dont on se sert pour légitimer l'insertion d'un instrument de surveillance de la pratique médicale (l'hospitalisation suite à une absorption contre indiquée de médicaments) est beaucoup plus complexe qu'elle n'apparaît dans le discours de plusieurs décideurs et administrateurs pour justifier ce virage vers une surveillance informatique systémisée des pratiques médicales. Il est clair qu'il y a ici une inadéquation entre le problème soulevé, l'hospitalisation due à l'absorption contre indiquée de médicaments, et la cause sur laquelle on met l'accent, l'erreur de prescription, le médecin.

Plus haut, nous avons souligné que la réorganisation du système sociosanitaire visait à changer structurellement les habitudes des usagers, surtout sur le plan de l'accès aux segments lourds de l'appareil de soins. Il n'est pas question d'effets cliniques négatifs en tant que tel, sauf pour l'induction que cela a sur les coûts. Toutefois, sur la base de notre analyse de la croissance des coûts par affectation de fonds (chapitre 3), où nous avons montré que c'était les médicaments qui avaient le plus augmenté de 1975 à 2000, soit 3 171,6 %, pour une moyenne annuelle de 126,9 %, il faut convenir que la chose est loin d'être négligeable et qu'à terme elle a des effets cliniques non négligeables, par exemple la sous-médicalisation chez les personnes à faible revenu, ce qui ne semble pas préoccuper les décideurs politiques et les gestionnaires. Il est donc congruent d'évoquer la croissance des coûts, comme élément dysfonctionnel empêchant l'efficience

clinique et thérapeutique[520]. Cependant, si on prend en compte la politique canadienne de protection des brevets pharmaceutiques[521] qui bloque la venue sur le marché de médicaments génériques beaucoup moins chers, on se retrouve en pleine incongruence. D'un côté, on veut agir sur la croissance des coûts, en visant le pouvoir de prescription des médecins, mais de l'autre côté, on maintient une politique qui la favorise en protégeant l'industrie qui en est responsable. Tel que nous l'avons montré plus haut, le but fondamental de la réorganisation du système sociosanitaire est la réduction des coûts non pas par l'abaissement de l'ensemble des coûts des intrants, mais surtout par l'accroissement de la productivité du travail médical. On comprend alors que la cible «logique» de la critique politico-administrative soit le prescripteur, le médecin, et plus généralement l'ensemble du personnel soignant.

Cependant, en bout de ligne, l'objectif est la réduction des coûts publics des services de soins. D'ailleurs, le même informateur, cité plus haut, ajoute que l'outil de surveillance numérique implanté doit permettre à la RAMQ de diminuer le coût global des médicaments prescrits et remboursés.

> [Nous allons] **faire prendre conscience aux médecins que certains médicaments coûtent plus chers que d'autres**, par exemple que telle pilule coûte 3,00 $ et telle autre seulement 0,52 $. L'intérêt de cette technologie consiste **à améliorer la qualité de la pratique [médicale], en optant pour une meilleure prise de décision. Nous voulions également davantage contrôler les décisions des médecins, de façon à ce qu'ils puissent en prendre de meilleures** avec le plus d'informations possibles. [...] Nous voulions amener les médecins à prendre de meilleures décisions, **de meilleurs choix thérapeutiques en les orientant dans la bonne direction**. Lui donner de meilleurs outils pour prendre les meilleures décisions possibles. C'est exclusivement et essentiellement cela qu'on voulait faire, dans le but d'améliorer les soins certainement, mais aussi, on l'espère, de **pouvoir diminuer la consommation et l'augmentation des coûts**.

---

[520] Cela est d'autant plus plausible que les médecins, dont le service qu'ils doivent dispenser se comprime dans un temps de plus en plus court conformément à la logique productiviste qui l'exige, ont tendance à prescrire des médicaments sans nécessairement analyser l'état de santé du patient de façon globale. Ce qui va dans le sens des intérêts des compagnies pharmaceutiques. À ce propos, voir Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty, *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Éditions du Seuil, 1977.

[521] En 1993, la loi C-91 rétablissait la durée de protection des brevets des médicaments à 20 ans, ce qui par le fait même a contribué à l'augmentation gigantesque des bénéfices, rendements et prix des médicaments. À ce propos, voir entre autres Léo-Paul Lauzon et Marc Hasbani, *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée, pour une période de 10 ans (1991-2000)*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Chaire d'études socio-économiques, 2002.

Ce qui constituait pour le médecin haut fonctionnaire que nous avons rencontré au sujet de cette technologie, une «optimisation» de la prescription :

> Avec l'aviseur thérapeutique, nous allons **optimiser la prescription médicamenteuse**. Nous allons **améliorer son coût-bénéfice en diminuant certainement les hospitalisations**.

Notons que l'objectif de l'atteinte d'une meilleure qualité du travail médical est posée, dans l'avant-dernier extrait cité, immédiatement après l'énoncé de la perspective de faire comprendre aux médecins que certains des médicaments qu'ils prescrivent ont un coût trop élevé, et qu'on lie l'objectif de l'«optimisation» de la prescription médicamenteuse à l'amélioration du rapport «coût-bénéfice» de la réduction des hospitalisations (dans le dernier extrait cité). Ce qui laisse entendre que l'objectif d'améliorer la prise de décision clinique, [en l'orientant dans la bonne direction], s'encastre dans une logique plus globale, celle de contrôler le travail médical par une transformation des habitus cliniques des praticiens. Cependant, il faut noter que cet objectif, dont on ne saurait remettre en cause la légitimité, a une portée beaucoup plus large que la simple surveillance des interactions médicamenteuses. En effet, la solution informatique dont il est ici question peut également servir à prédéterminer, programmer, la prescription des médicaments non seulement pour s'assurer des économies que l'État veut faire, mais aussi pour contrôler les médecins en tant que corps institutionnel pouvant s'opposer, sur la base de l'autorité clinique, aux décisions administratives relevant du plan politico-administratif de réorganisation du système sociosanitaire et à la primauté de la raison économique qui le sous-tend.

À partir des témoignages recueillis dans notre enquête et de la tendance à vouloir restreindre (contrôler) l'autonomie et l'autorité professionnelles des médecins par un ensemble de contraintes que notre analyse permet de repérer, on peut penser que les médecins seront à terme contraints, que ce soit de façon tacite ou explicite, à prescrire les médicaments considérés comme les moins chers par ceux qui décident dans l'opération de réorganisation du système sociosanitaire et qui pilotent cette mise sous surveillance informatique des pratiques médicales. Ce qui serait tout à fait conforme à la logique d'implantation de cette technologie, qui dans l'organisation des soins, tout comme d'autres, est déterminée dans cette réorganisation par la nécessité d'abaisser leurs coûts publics.

Derrière cette intention d'améliorer la pratique clinique dont on attribue *a priori* la réalisation à une technologie informatique de surveillance du pouvoir de prescription des médecins, plutôt qu'à la connaissance clinique et à l'éthique propre à la pratique de la médecine[522], se dissimule l'objectif d'imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique[523], et, par le fait même, la nécessité d'approfondir et généraliser le pouvoir de la première, son contrôle, sur les détenteurs de la seconde. C'est la principale crainte qu'a manifesté le Collège des médecins qui, par le biais de son Président le Dr Yves Lamontagne, s'est dit préoccupé par la surveillance des prescriptions effectuées par les médecins, à la suite des débats qui ont entouré la création possible d'un «Conseil du médicament» imaginé par le Gouvernement du Québec pour contrôler le pouvoir de prescriptions des médecins[524]. Crainte que nous partageons avec le Collège des médecins, de voir les médecins forcés de ne prescrire que les médicaments considérés administrativement comme les plus appropriés.

Malgré le caractère problématique de cette prétention administrative au contrôle du pouvoir de prescrire, un médecin haut fonctionnaire que nous avons rencontré n'hésitait pas à recommander le déploiement et l'utilisation généralisée de cette technologie de surveillance, d'assujettissement de la prescription à la raison économique et politique, compte tenu des économies que l'État doit, selon lui, effectuer, comme il le souligne en ces termes :

> C'est **une obligation de faire cela. Sinon, on continue de perpétuer le fait que des médecins prennent de mauvaises décisions**. [...] Entre 5 et 23 % des hospitalisations ont pour cause de mauvaises interactions médicamenteuses, surtout chez les personnes âgées. Évidemment cela ne règlera pas les situations où le patient ne prend pas ses médicaments, ni les situations où il ne prend que 3 médicaments sur 4, parce que c'est trop coûteux. [...] **À partir du moment où nous avons une responsabilité envers la société et**

---

522 Peut-être faudrait-il voir ici l'effet d'une pensée obnubilée par un déterminisme technologique certain qu'on a signalé déjà en conclusion du chapitre précédent, par le syndrome du «tout informatique», comme solution à tout, dont Carré et Lacroix signalent la prégnance en introduction de *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 9-19.

523 Voir, à ce propos, Marc Lemire, «Le politique dans le projet de modernisation technologique du service public de santé: le paradigme des autoroutes de l'information face à la démocratie», ouvrage cité, notamment le point 4.2.4.

524 «L'État n'a pas à surveiller les prescriptions, soutient le Collège des médecins», *La Presse*, 29 mai 2002, p. A6.

> **l'État qui paient, je pense qu'on devrait forcément prescrire le médicament le moins cher**.

Si, dans cet extrait, [le médicament le moins cher] voudrait nécessairement dire un produit générique de qualité clinique équivalent à ceux sous brevet et plus chers, les raisons clinique et économique seraient réconciliées. On peut penser que la chose ne ferait pas problème et que la surveillance projetée serait à toute fin pratique inutile. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il en irait de même pour l'aide à la décision clinique. Au contraire, dans un tel contexte, celle-ci ne serait plus un prétexte pour une fin autre que clinique, mais aurait prioritairement une signification clinique. Or, on l'a vu plus haut, ce n'est pas forcément le cas, compte tenu de la politique canadienne de protection des brevets sur de longues périodes. Comme dans le chapitre précédent, nous faisions face ici à une rhétorique où on pose qu'un élément discursif [des médecins prennent de mauvaises décisions] en entraîne forcément un autre [obligation de faire cela (la surveillance de la prescription)]. Cela occulte le fait que la cause est plus complexe que ce que le discours dit, d'autant que l'équivalence en qualité clinique des médicaments moins chers n'est pas garantie, compte tenu de la politique industrielle évoquée plus haut et de l'emphase mise sur la réduction des coûts publics des services de soins. On constate ainsi très clairement que la perspective de réduire le coût des prescriptions des médicaments constitue la raison principale fondant l'utilisation de cette technologie de surveillance. On revient ainsi au discours officiel analysé dans le chapitre précédent dans lequel les individus, qu'ils soient médecins ou patients, doivent assumer leur «responsabilité», afin de contribuer à l'équilibre budgétaire planifié. Ce qui invite à se soumettre à de nouvelles contraintes, dans le but d'institutionnaliser de nouveaux habitus fondamentalement opposés à ceux qui ont été construits sous le fordisme-keynésisme et que l'on remet systématiquement en question. C'est pourquoi, on peut penser que les médecins n'ont pas eu et n'auront pas le choix d'utiliser ou non cette technologie, compte tenu de l'importance de leur rôle dans l'organisation actuelle des soins autant que dans la nouvelle organisation projetée. Ce que laisse comprendre ce haut fonctionnaire d'une direction du MSSS :

> **La technologie en question** [l'aviseur thérapeutique], qui va être implantée pour les groupes de médecins de famille (GMF), **va modifier la pratique de façon légale également**. Si **un client** sait que tel médecin possède l'outil en question et qu'il prescrit un médicament qui entre en interaction avec un autre au risque du patient, il **pourra reprocher au médecin de ne pas avoir été vigilant** en ne vérifiant pas *a priori* la compatibilité entre les médicaments en question. [...] **Les médecins n'auront [donc] pas le choix d'utiliser l'outil**.

À la lumière des témoignages cités et commentés plus haut, il semble donc que cet outil informatique de surveillance constitue une pièce maîtresse du contrôle du travail médical de façon à imposer une *façon de faire* inspirée par des considérations autres que cliniques.

5.3 LES AUTOROUTES DE L'INFORMATION COMME OUTIL DE CONTRÔLE DU TRAVAIL MÉDICAL

5.3.1 La production de données quantitatives pour surveiller et contrôler la productivité de la pratique médicale

L'objectif de restreindre les coûts publics des soins et la soumission du secteur de la santé à la prééminence de la raison économique conduisent donc nécessairement à la surveillance et au contrôle de la pratique médicale, des médecins et plus largement de l'ensemble des membres du personnel soignant, mais surtout à la nécessité de transformer structurellement les conditions objectives de l'autonomie, fondée sur la primauté de la raison clinique, de ces corps d'intervenants dans les soins. C'est pourquoi les TIC constituent dans l'esprit des gestionnaires impliqués dans la réorganisation du système sociosanitaire des mécanismes de contrôle en permettant, selon le double principe tayloriste de gestion productiviste de la force de travail consistant, d'une part, à introduire et systémiser une distinction (séparation) nette entre les tâches d'exécution et celles de conception et, d'autre part, transformer un maximum de travailleurs, de qualifications, susceptibles d'autonomie et de conception, en simples exécutants.

Plusieurs des informateurs rencontrés, particulièrement les hauts fonctionnaires et responsables administratifs de projets en télémédecine, ont évoqué le caractère essentiel de cet objectif managérial. En effet, ces informateurs-décideurs ont bien précisé que l'un des aspects fondamentaux pour eux de l'implantation des autoroutes de l'information en santé résidait dans la possibilité de mieux contrôler les coûts des services de soins par une surveillance accrue du travail médical, comme l'ont précisé un chargé de projet à la RAMQ et un chef de service au MSSS :

> Quand quelqu'un subit un examen, il doit attendre 2 ou 3 jours avant de recevoir son résultat. Or, **si on donne un accès instantané à l'information, le médecin peut prendre une action immédiate**. [...] Voyez-vous, les choses vont changer. [...] Avec la technologie [x] le médecin peut avoir accès à l'information immédiatement, à l'aide d'un numéro d'identification personnel. [...] Au niveau de

> l'assurance-médicaments, certaines pharmacies sont en lien direct avec la RAMQ. **Les transactions ne durent que 3 ou 4 minutes**. Si vous demandez un médicament, **nous vérifions en 30 secondes** si vous êtes assuré. On vérifie alors si le médicament demandé est remboursé. Sinon, on retourne poser la question au médecin en lui disant que tel médicament n'est pas remboursé mais que tels autres qui sont équivalents le sont.
>
> Le système d'information en question permet aux gestionnaires des établissements de gérer les services. **Ils peuvent donc voir la liste de tous les services qu'un préposé sur un étage doit faire pendant son quart de travail**.

Sur le terrain de la pratique médicale, cette surveillance découle de la volonté de contraindre le personnel soignant à se conformer à ce qui est déjà conçu, planifié, standardisé, comme tâches à accomplir dans un temps donné. Il s'agissait donc d'utiliser les TIC de façon à contrôler la *manière* de travailler des professionnels de la santé, afin de restructurer le travail médical autour de normes déterminées par ceux qui dorénavant conçoivent et planifient ce qui doit être fait, comment cela doit l'être, à quel rythme et dans quel but, c'est-à-dire les gestionnaires-décideurs qui imposent leur ordre comptable[525]. Ce qui est tout à fait conforme au principe de *séparation de la conception et de l'exécution* dans la philosophie tayloriste d'organisation industrielle du travail, et selon laquelle le travail est d'autant plus productif, qu'il est organisé et planifié «scientifiquement» par une entité extérieure au travailleur, qui lui ne doit être qu'un simple exécutant[526]. C'est ce qu'il faut comprendre des propos suivants tenus par un responsable administratif, infirmier de formation, d'un système d'information dans un centre hospitalier et un directeur des services professionnels, médecin de formation, d'un autre centre hospitalier :

> [...] en voulant éliminer le cardex [outil d'évaluation clinique des patients], nous voulions en arriver à faire un hôpital sans papier. [...] Avec le système d'information [x], l'infirmière doit maintenant accéder à son ordinateur. [...] **Cet outil informatique va lui**

---

525 Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 275 et suivantes.

526 Dans son ouvrage, Harry Braverman analyse et critique le mode tayloriste d'organisation du travail en se référant aux travaux suivants de Frederick Winslow Taylor : *La Direction des ateliers (Shop Management), Scientific Management*, édition rassemblant les trois ouvrages principaux de Taylor : *Shop Management* (1903) ; *Principles of Scientific Management* (1911) ; et *Hearings before Special Committee of the House of Representatives to investigate the Taylor and Other Systems of Shop Management* (1912), New York et Londres, 1947, p. 30. Voir aussi les *Principes* et la *Déposition*, édition française, p. 33 et 22. Cités dans *Travail et capitalisme monopolistique*, ouvrage cité, p. 99.

> **produire un plan de travail pour toute sa journée de travail. On lui indique tout ce qu'elle doit faire par rapport aux patients.** Le même plan de travail, structuré en fonction des besoins, est établi pour les infirmières auxiliaires, les préposés aux soins, etc. Tout se fait de façon informatique. L'outil informatique **permet donc à l'usager de lui indiquer et de contrôler ce qu'il doit faire pour les patients, à quelle fréquence et ce qu'il a effectivement fait**.
>
> **Pour être efficace** [...], il faut avoir un input clinique approprié. [...] Nous voulons **faire de la gestion des épisodes de soins** en mettant à contribution un intervenant ayant une grande expérience clinique, qui est capable de suivre de façon régulière les patients en connaissant très bien leur évolution clinique. **Cet intervenant**, infirmière, psychologue ou autre, devrait normalement recevoir **l'ensemble des informations**, que celles-ci proviennent du médecin de famille, du spécialiste ou de la nutritionniste, **pour être capable de les canaliser pour les patients**. Ce qui implique que cet intervenant puisse être au courant, par exemple, des nouvelles prescriptions. Nous aimerions dans le fond **obtenir une intégration de services**, laquelle **passe dans un canal unique représentée**, par exemple, par une **infirmière qui se nommerait alors «gestionnaire de suivi»**.

Dans ces extraits faisant état de deux cas, l'idée fondamentale consiste à utiliser les TIC pour «gérer» de façon planifiée les services de soins par la mise en place d'une logique managériale grâce à laquelle l'exécution du travail médical est dictée par une procédure centralisée qui vise à en contrôler non seulement la réalisation, mais aussi la productivité [à quelle fréquence]. En effet, si l'information doit être mise à la disposition du personnel soignant, c'est, d'une part, pour déterminer *a priori* les tâches que les professionnels de la santé doivent effectuer dans un temps donné et, d'autre part, pour renseigner les gestionnaires sur l'accomplissement de ces tâches dans **ce** temps donné. Cela suppose une surveillance étroite du travail médical, par le fait même de la façon dont sont dispensés les services de soins. Dans une telle logique, on peut penser que les informations quantitatives sont des indicateurs de performance et de productivité des «travailleurs» de la santé. De telles informations occupent donc une place centrale dans la gestion (contrôle) de la façon dont on veut que les professionnels de la santé utilisent les TIC. Pour certains de nos informateurs-décideurs, la production de ces informations constitue même le motif central de l'informatisation des services de soins, comme le laissent entendre deux de nos informateurs-décideurs travaillant au MSSS, dans deux directions différentes :

> Avec le système d'information [x], **ce qui nous intéresse, c'est la banque de données**. On fait une extraction de l'information d'un établissement pour la verser dans une banque centrale à partir de

> laquelle nous ferons nos analyses.
>
> Je viens d'obtenir une subvention de 3,5 millions pour mettre en place un système d'information qui va être diffusé dans toutes les urgences du Québec, en temps réel. **Nous voulons obtenir des informations statistiques**.

Ces extraits sont explicites de la volonté de l'État québécois de disposer des données quantitatives nécessaires à la gestion de la nouvelle organisation des services de soins qu'on cherche à implanter et d'utiliser à cette fin les TIC pour les produire et les obtenir. Il s'agit donc d'une volonté centrale, politique, de contrôle, qui indique bien que cette réorganisation des services de soins, dont il est question dans notre thèse, déborde le plan de l'organisationnel et de l'économie, et s'inscrit dans la dynamique des rapports politiques de pouvoir.

Par ailleurs, cela indique que ceux qui surveillent et contrôlent sur les lieux même de la prestation des soins sont eux-mêmes politiquement surveillés[527] par le biais d'une technologie dont ils dirigent l'implantation locale et des données dont celle-ci autorise la production et la centralisation. Ce que quatre de nos informateurs, respectivement directeur d'un service de génie-biomédical dans un centre hospitalier, d'un médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier, d'un médecin interniste responsable d'un centre ambulatoire régional et d'un infirmier responsable d'un système d'information déployé dans un centre hospitalier, font comprendre par leurs propos suivants :

> **Nous sommes inondés de besoins et de demandes pour la production de rapports statistiques, d'extraction de rapports, etc**.
>
> C'est évident que l'une des raisons pour lesquelles le Gouvernement a donné son aval au projet c'est **parce que nous leur avions promis des [données] statistiques**. C'est avec celles-ci qu'ils se nourrissent. [...] C'est évident que si nous n'avions pas promis de chiffres, nous n'aurions jamais eu de réponse de la part des gens du ministère [Santé Canada]. **Quand tu veux leur vendre quelque chose** [un projet informatique en santé], **tu dois leur promettre des chiffres, des statistiques**. Sinon votre projet ne fonctionnera pas.
>
> Nous leur avions demandé [aux instances décisionnelles] **un budget en échange de données statistiques** qu'on pourrait leur fournir. Des données statistiques **qui leur indiqueraient** des résultats sur le plan

---

[527] Une surveillance qui s'est institutionnalisée juridiquement, par la loi anti-déficit des établissements sanitaires. Nous y reviendrons un peu plus loin.

> **des problèmes d'engorgements et de la durée de séjour**. Si notre projet fonctionne - et il a fonctionné -, on devrait voir une diminution des besoins de lits dans l'hôpital en plus d'une diminution de l'engorgement et des durées de séjour. [...] C'est ce que nous avons montré par les chiffres.
>
> **Le ministère veut avoir accès, de façon rapide, aux [données] statistiques, en interrogeant ses bases de données.** [...] Il veut savoir si les taux d'occupation sont de 100 %. **Si mon taux d'occupation est de 90 %**, il va se demander ce qui se passe. **Il va nous interroger**, par exemple, pour savoir si nous prenons trop de temps avant d'admettre un patient. C'est son but.

Il est donc clair qu'une dimension fondamentale des TIC réside dans la possibilité-nécessité de produire des données quantitatives (statistiques), qui à l'occasion seront utilisées par les décideurs politiques, les gestionnaires centraux, pour contrôler et mesurer les performances, notamment des établissements sanitaires entre eux, afin d'identifier lesquels sont les plus performants, les plus productifs, et ceux qui ne respectent pas les exigences prédéterminées, sur la base des objectifs économiques, l'équilibre budgétaire, qui ont été politiquement fixés, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

5.3.2 Contrôler la productivité des établissements sanitaires afin d'assurer que les coûts publics des services de soins soient les plus bas possible

Certains de nos informateurs-décideurs mettent l'accent sur le souci du MSSS de comparer la performance de chaque établissement à celle des autres et à leur ensemble, quand il est question de l'utilisation des TIC pour produire des données statistiques, faisant état de leur productivité. Il demeure toutefois que le but de l'opération est de surveiller et mesurer la performance des services de soins de façon à exercer sur eux un contrôle de plus en plus serré et de pouvoir intervenir le plus rapidement possible pour les contraindre à rencontrer les objectifs de performance qui leur ont été assignés. Cette surveillance et ce contrôle ne peuvent se faire cependant qu'à partir de données quantitatives qui révèlent, entre autres, le nombre de patients traités dans un temps donné, le nombre d'actes médicaux effectués dans un temps donné, la durée de séjour d'un patient donné en fonction de telle ou telle pathologie, etc. L'objectif consistait à connaître quel était le niveau de performance de chaque établissement sanitaire. À ce propos, deux hauts fonctionnaires du MSSS de deux directions différentes, un membre important de la direction d'un centre hospitalier, un infirmier responsable d'un système d'information dans un centre hospitalier et un infirmier responsable d'un centre

ambulatoire régional ont affirmé ceci :

> Nous voulions **être capables de nous prononcer sur l'atteinte probable de nos résultats, mais aussi de pouvoir nous comparer**. De plus en plus, les gens vont être avides de ce type d'information, par exemple pour voir si la durée d'une chirurgie donnée est adéquate, s'il y a beaucoup de réadmissions, si la durée moyenne de séjour correspond à l'objectif qu'on s'est donné, etc. Mais plus largement, il faut être capable de **se comparer avec des établissements de même taille, par exemple pour voir si une variable est plus ou moins** élevée ou si elle s'écarte de la moyenne.
>
> Nous sommes **en train de déployer** ce que nous nommons **un logiciel de ressources humaines**, lequel va faire le pont entre les données hospitalières nommées AS-471, qui sont les données opérationnelles de l'hôpital, et les données des ressources humaines tirées de la paye d'une organisation. [...] Nous sommes capables de voir pour telle région, par rapport à telle autre, **combien il y a d'infirmières**, par exemple, **en soins intensifs**. [...] **On peut donc faire des comparaisons entre différents établissements. On peut voir leurs performances respectives**. [...] Sur le plan administratif, le fait d'obtenir de telles données fait que les technologies deviennent intéressantes.
>
> Il faut aussi **que l'on sache ce que sont les besoins de nos gestionnaires**, à la fois administratifs et cliniques. Mentionnons, par exemple, le chef de la chirurgie qui voudrait **savoir combien il y a de patients qui ont dépassé la durée de séjour prévue, selon la nature de leur intervention**. Aujourd'hui c'est très difficile, parce que nous n'avons pas de système permettant de connaître de tels faits. [...] **L'analyse de la performance a besoin de trois composantes : un modèle théorique** d'analyse de la performance, **une méthodologie** d'analyse de la performance et **de l'information**. Sans information, il n'y a pas d'analyse de la performance, même si vous avez le meilleur modèle théorique. [...] **L'informatisation permet donc de créer ces nouvelles sources d'information ou de s'assurer que l'information est de meilleure qualité**. Ensuite, on peut analyser la performance.
>
> Le MSSS veut **savoir combien coûte un lit de longue durée**. [...] Combien un lit coûte dans un centre par rapport à un autre.
>
> Le ministère voulait comparer **notre performance**, à chaque année, avec d'autres centres. Il s'interroge à savoir si nous voyons **assez de patients dans l'année**, qu'elle est leur **durée moyenne de séjour**, etc. [...] **Coûtons-nous trop cher**, ou pas assez cher, pour le nombre de patients et d'individus que nous voyons dans l'année ?

On constate par le témoignage de ces informateurs que les TIC sont un moyen pour les gestionnaires-décideurs, les «planificateurs», de réorganiser les services de soins

selon une logique de contrainte visant à forcer les professionnels de la santé à traiter les patients de la façon la plus productive possible et au coût le plus bas possible. Les TIC font ainsi office de «chronomètre», un peu à la manière dont celui-ci a servi de «surveillant» et de «métronome» pour scander le rythme de la production dans l'organisation industrielle du travail[528]. Il s'agissait donc de déterminer un rendement optimum avec des coûts de services offerts les plus bas possible, lesquels sont fixés sur la base du standard établi par le service de soins le plus productif. On suppose ainsi que tous les services de soins sont homogènes et équivalents, comme c'est le cas des biens matériels et des marchandises produites industriellement en série, et que ce faisant, ils sont comparables les uns par rapport aux autres et évaluables par rapport à un standard abstrait quantifié et prédéterminé à partir de critères étrangers à leur nature. C'est la condition fondamentale pour arriver à surveiller et contrôler la productivité des établissements sanitaires, selon la logique industrielle de production qui est ici privilégiée, bien qu'inadéquate, comme nous le verrons plus loin. À ce propos, un haut fonctionnaire du MSSS évoque la nécessité de déterminer le «coût de revient» d'une pathologie en fonction d'un «standard établi» :

> Je vous ai parlé de la **performance** reliée aux **ressources humaines**. La performance reliée aux aspects cliniques doit passer par ce qu'on nomme le coût de revient. [...] **Il faut être capable d'associer une maladie donnée**, par exemple un problème d'hépatite ou de cancer, **avec des standards établis**. Nous devons être en mesure de **répondre à** notre interrogation à savoir, par exemple, **pourquoi dans un établissement donné le standard est dépassé par rapport à un autre établissement. Il faut donc établir le coût réel d'une pathologie, d'un acte médical**. Je pense que Monsieur Legault [ministre de la Santé et des services sociaux au moment de notre enquête] aura **besoin d'informations pour mettre en place les contrats de performance**, de façon à ce que les établissements puissent être comparés les uns aux autres. Ne serait-ce que pour pouvoir dire, par exemple, que pour tel hôpital le séjour hospitalier pour une fracture de la hanche est de X jours, alors que la moyenne provinciale est de 5 jours. Pourquoi dans tel établissement, pour une fracture de la hanche, il y a eu 8 rayons X et 4 dans un autre ? Que se passe-t-il ? Il faut donc avoir les éléments pour **être capable de comparer les pratiques professionnelles et les performances hospitalières**. Pour reprendre l'exemple des rayons X, **on veut savoir combien ils coûtent dans tel ou tel établissement**, pour un même type de clientèle. Combien coûte un repas dans tel ou tel hôpital ? Nous aurons besoin de telles données, éventuellement. Outre la circulation de telles données, j'ai besoin d'applications pour les gérer,

[528] Voir à cet effet Benjamin Coriat, *L'atelier et le chronomètre*, ouvrage cité.

> pour être capable [...] d'établir un contrat de performance. [...] Pour moi, c'est un des éléments qui sont importants. Si j'étais directeur général d'un hôpital, il faudrait qu'on me donne les moyens d'être capable de gérer cette organisation.

La «performance» évoquée par cet informateur fait référence à l'objectif d'atteindre la plus grande productivité possible, afin d'optimiser le rendement des services de soins. Ce qui, tel que nous l'avons souligné à plusieurs reprises dans notre problématique (chapitre 1) en nous inspirant des travaux de Jean Gadrey, ne va pas nécessairement de pair avec la qualité des soins et son accroissement qui ne peuvent être évalués qu'en fonction de conventions d'évaluation sur ce que les acteurs impliqués dans le service de soins (les professionnels de la santé, les patients et les institutions qui les représentent) conviennent de considérer comme des indicateurs appropriés d'efficience croissante de la prestation des services offerts[529], sur une base complexe de «multicritères[530]» qui est une construction sociale de la «réalité des problèmes à résoudre[531]», du produit à produire (ici les soins et le recouvrement de la santé), en fonction d'objectifs de qualité, de diversité[532], de services, de réduction de l'incertitude, de qualité de l'environnement naturel, même de cohésion sociale et d'indicateurs de qualité de vie[533]. Or, une telle évaluation de l'efficience clinique et thérapeutique, autrement que par des indicateurs quantitatifs de temps et de coûts, est absente des conceptions de la «productivité» des informateurs-décideurs que nous avons interrogés, comme dans le discours officiel analysé dans le chapitre précédent, parce que la logique réorganisationnelle présidant au virage ambulatoire informatisé ne vise pas prioritairement et réellement l'amélioration de la qualité des services de soins offerts aux patients, sauf, comme nous l'avons vu au chapitre précédent et dans celui-ci, que de façon rhétorique. Cette logique réorganisationnelle vise plutôt, essentiellement, à résoudre la crise financière du système sociosanitaire québécois, une logique qui s'est imposée comme «dominante», dès que les établissements sanitaires ont été contraints d'adopter

---

[529] Voir Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 19 ; et *L'économie des services*, ouvrage cité, p. 76.

[530] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, *Ibid*., p. 21.

[531] *Ibid*., p. 323.

[532] *Ibid*., p. 344.

[533] *Ibid*., p. 20.

des politiques financières restrictives. À ce sujet, soulignons que le Gouvernement du Québec a déposé, en juin 2000, une loi sur l'équilibre budgétaire, la Loi 107, qui interdit de façon intransigeante aux établissements sanitaires de faire des déficits. Suivant cette loi, les établissements de santé reçoivent de l'État une enveloppe budgétaire fermée que les gestionnaires doivent respecter sous peine de voir leur établissement mis en tutelle par le MSSS. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant de constater que la gestion devant assurer la réalisation de l'objectif fondamental de l'équilibre budgétaire assigné aux établissements sanitaires soit accompagnée d'un contrôle de plus en plus étroit des services de soins, s'appuyant sur la production de données quantitatives révélant tout écart de conduite ou de performance par rapport au plan prescrit. Ainsi, toute augmentation des dépenses publiques d'un établissement sanitaire entraînera aussitôt un effort supplémentaire de rationalisation des services offerts. Ces témoignages de quatre de nos informateurs l'indiquent très nettement : le premier d'un haut fonctionnaire au MSSS, le deuxième d'un médecin de formation responsable provincial d'un projet de télémédecine, le troisième d'un membre de la direction d'un centre hospitalier et le quatrième d'un directeur d'un service de génie-biomédical d'un centre hospitalier :

> Admettons que vous êtes un représentant de la régie régionale et que je suis un représentant du MSSS. Nous avons **une entente de gestion à la suite d'objectifs que je vous ai demandés d'atteindre** d'ici la fin de l'année financière. Nous sommes maintenant à la fin du mois de mars et le temps est venu d'évaluer les objectifs qui ont été atteints. Si la seule information disponible est celle de l'année budgétaire précédente, il y a un problème pour vérifier l'atteinte de nos objectifs. [...] Aucune compagnie, aucune entreprise, **ne pourrait se contenter d'informations qui datent d'une année ou de deux années antérieures à celle que je veux analyser**. [Avec les technologies] on va éliminer ce délai inacceptable, dans le cadre de la gestion par résultats et ententes entre le MSSS, les régies régionales et les établissements.
>
> Quand tu n'as **pas d'information, tu ne peux pas décider**. L'absence d'informations t'amène à gérer des anecdotes. Trois mois plus tard, tu constates si tu avais raison de prendre telle ou telle décision à un moment donné. Au niveau hospitalier, c'est huit mois de retard.
>
> Nous avons un système d'information presque *online* qui nous permet de **suivre l'évolution des dépenses d'un établissement dans l'année, pour voir s'il se dirige vers l'atteinte de l'équilibre budgétaire**. [...] Sans système d'information, nous étions toujours pris devant le fait accompli. C'est-à-dire qu'un établissement en déficit pouvait se le faire effacer, de sorte que les établissements qui

étaient performants - qui essayaient de travailler de façon efficiente - étaient désavantagés parce que leur voisin pouvait faire des déficits comme il voulait[534]. **Le système d'information nous permet donc de réagir au fur et à mesure**, pour à la limite mettre des établissements sous tutelle parce qu'ils ne répondent pas aux besoins de l'équilibre budgétaire.

Il s'agit d'appliquer le principe de *material resources planning* (MRP). [...] Il faut nous **garantir que le coût pour tel type de processus ne va varier que de 2 à 5 %**, par exemple. Nous voulions **savoir combien coûte un processus une fois qu'il est fait**, afin de prévoir ce que nous devrons payer pour ce même processus. Autrement dit, nous nous demandions combien allions-nous devoir servir de patates à chaque jour. On peut dire que cela coûte 500 visiteurs par jour, multipliés par 365 jours par année. Ensuite, nous voulions **savoir combien de temps est requis pour servir la portion de patates**. [...] Le but consiste donc à obtenir **une meilleure idée de la façon dont fonctionnent nos processus**, en ayant des indicateurs clés de nos processus et de leur performance [...], **pour pouvoir réduire leur variation**.

Il faut **être capable de mesurer nos volumes d'activités** [...] et on nous demande de le faire. La direction a besoin de ces outils **pour travailler en interaction avec le ministère et la régie régionale**. Il faut donc **continuellement monitorer nos volumes**, être capable de produire des rapports rapidement. Cela permet à la direction de l'établissement de **prendre des décisions, en réagissant beaucoup plus rapidement**. Ceci afin d'améliorer des situations qui sont considérées comme critiques.

Cette logique du contrôle serré des dépenses et des performances conduit les gestionnaires des établissements, des régies régionales et du MSSS, à prescrire ce qu'elles doivent être dans les établissements sanitaires en fonction des ententes de gestion [objectifs que je vous ai demandé d'atteindre]. Ce que le MSSS nomme des «contrats de performance», dont l'ancien ministre de la Santé et des services sociaux, monsieur François Legault est le père, les ayant déjà imposés aux institutions d'enseignement supérieur, et qu'ils voulaient imposer à l'ensemble des établissements sanitaires, dans un souci d'une gestion des finances publiques dite «saine», comme ce haut fonctionnaire du MSSS le précise :

Nous avons **déjà des contrats de performance** avec les régies régionales. Je pense que ce que Monsieur Legault [ancien ministre de la Santé et des services sociaux] veut faire, c'est de **les systématiser**

---

534 Notons ici le caractère évocateur du discours néolibéral de cet informateur qui affirme que les déficits budgétaires des établissements relèvent de la responsabilité de leurs dirigeants, comme si ces déficits reposaient sur leur seule volonté.

> **encore plus**. Il y a deux semaines, il **parlait même de bulletins de santé des établissements**. Nous, ce qui nous intéresse, ce sont les contrats avec les régies régionales. Celles-ci doivent faire le même type de contrat avec les établissements. Ce que voulait monsieur Legault, **c'était de rendre disponible à la population un palmarès des établissements**, comme il l'a fait avec les écoles. **C'est pourquoi nous avions besoin d'une information valide, fiable et disponible dans des délais acceptables**.

Cet extrait montre bien que la conception que nous pourrions qualifier de «dominante», dans la mesure où elles relèvent des instances décisionnelles (les régies régionales et le MSSS), est calquée sur la base d'une logique productiviste, néolibérale, qui nécessite l'application de principes, tels que le contrôle, par la production de données statistiques qui agissent à titre d'indicateurs de surveillance comme nous l'avons évoqué plus haut. Des indicateurs de surveillance qui, pour nos informateurs-décideurs, impliquent la primauté de la raison économique sur la raison clinique dans l'implantation des autoroutes de l'information en santé.

5.4 CONCLUSION : IMPOSER LA PRÉÉMINENCE DE LA RAISON ÉCONOMIQUE SUR LA RAISON CLINIQUE

À la lumière des témoignages analysés dans ce chapitre, on constate que le virage ambulatoire informatisé a essentiellement été décrété comme nécessaire et mis en place dans le but de transformer le système sociosanitaire pour diminuer de façon draconienne les coûts publics des services de soins, un objectif central de la régulation néolibérale dominant les rapports de production depuis le début des années quatre-vingts-dix.

De la crise décrétée du système sociosanitaire et des mesures restrictives adoptées pour y mettre fin ont résulté de multiples problèmes d'engorgement des établissements sanitaires. Dans la foulée de ces compressions budgétaires, ces derniers ont de plus en plus eu de difficultés à répondre à la demande croissante de services de soins, ce qui a nécessité l'élaboration d'une solution, d'un «remède» pour «soigner» le système sociosanitaire. Dans la logique de la régulation néolibérale, cela supposait une augmentation de la productivité des établissements sanitaires.

Cette nouvelle organisation des services de soins a pour objectif de modifier qualitativement, au sens de restructuration, le mode d'accès aux soins par la mise en place de nouveaux mécanismes administratifs d'organisation du travail médical. Il faut, toujours selon cette logique, d'une part, restreindre la demande de soins, surtout par la

diminution de la fréquentation des établissements sanitaires lourds, les centres hospitaliers, et par la réduction de la durée moyenne de séjour dans ces établissements. On veut ainsi forcer une transformation majeure des habitus de consommation des services de soins, surtout des infrastructures classiques, conventionnelles, considérées comme trop coûteuses, trop lourdes sur le plan des finances publiques[535]. D'autre part, il fallait également induire une transformation également structurelle des habitus de pratique médicale, particulièrement en ce qui concerne le pouvoir de prescrire des médecins et leur autonomie. Comme nous l'avons vu, cela nécessite une surveillance serrée et systémisée de la prescription, mais aussi des façons de faire, qu'on prétend pouvoir et devoir prescrire aux professionnels de la santé. De fait, on cherche à imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique, en transformant structurellement les conditions objectives d'exercice de la médecine, entre autres par la mise en place d'une organisation, selon la logique industrielle tayloriste qui organise la conception de cette transformation du travail médical, capable de transformer un maximum d'intervenants susceptibles d'autonomie et de pouvoir clinique (de conception) en exécutants.

Afin d'ériger les conditions objectives de cette restructuration, il fallait mettre en place des TIC investies de la capacité de générer les données quantitatives permettant de mesurer la performance des établissements sanitaires et des professionnels de la santé, dont on réorganise les fonctions suivant la raison économique qu'on impose de façon surdéterminante dans l'organisation des soins. Dans une telle problématique, toute amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique (l'amélioration de la qualité des soins) devient logiquement impossible, tel que nous avons commencé à le percevoir grâce à notre analyse de l'évolution des indicateurs de performance du système sociosanitaire de 1975 à 2000 (chapitre 3), sauf de façon rhétorique (faire plus avec moins) (succomber à la fascination technologique, au syndrome du tout informatique), comme nous l'avons constaté dans ce chapitre et le précédent. Ainsi, dès lors que la raison économique s'érige en pensée hégémonique de la conception de l'organisation des soins, de sa transformation, de son amélioration, et que la thématique autour de laquelle gravitent les

---

[535] Il s'agit en fait de transformer ce que les individus considèrent comme un état anormal de santé les poussant à «consommer» des soins, en contribuant à la création d'un nouvel habitus d'accès aux soins. Ce qui constitue une façon stratégique de réguler la demande de soins qui, comme l'indique André-Pierre Contandriopoulos, s'articule largement autour de la façon dont les individus conçoivent ce qui est normal et anormal («Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 464-465.).

composantes de la pensée économique néoclassique marginaliste, la maximisation de la rentabilité, de la productivité, des gains de productivité, il faut comprendre que ce qui domine dans la gestion politico-administrative de la réorganisation du système sociosanitaire, c'est le rapport à la valorisation du Capital et non l'usage des soins, surtout si cela se fait selon une logique de services publics de quantum de coûts assumés publiquement. Si c'est le cas, c'est-à-dire que la valorisation hégémonise le rapport de production des services de soins et secondarise[536], si ce n'est marginalise, leur usage et la finalité de leur usage, il serait logique de penser que l'intensification du travail médical et la densification de l'usage du système sociosanitaire auxquels cela conduit, comme nous l'avons vu dans notre troisième chapitre, ne peuvent qu'entraîner des effets négatifs sur l'efficience clinique et thérapeutique, sur la qualité des soins, ce que nous analysons dans le dernier chapitre.

[536] Marc Lemire, «Le politique dans le projet de modernisation technologique du service public de santé: le paradigme des autoroutes de l'information face à la démocratie», ouvrage cité, chapitre 7 notamment.

CHAPITRE VI

VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ ET EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SERVICES DE SOINS

Dans ce chapitre qui se situe en continuité du chapitre précédent, nous tenterons de mettre en lumière la façon dont les autoroutes de l'information sont perçues et mises en place sur le terrain même des services de soins. Pour ce faire, nous procéderons en trois principaux moments. Premièrement, nous analyserons les conséquences de la réorganisation du travail médical sur les services de soins, telles que conçue et perçue par nos différents informateurs. En deuxième lieu, nous nous pencherons sur le sens de cette réorganisation du travail médical pour nos différents informateurs, afin de comprendre le fondement de leurs conceptions du virage ambulatoire informatisé. Nous tenterons ainsi de mettre en lumière les écarts qui séparent (ou peuvent séparer) le discours de nos différentes catégories d'informateurs sur le virage ambulatoire informatisé. Dans un troisième et dernier moment, nous mettrons en lumière, par le témoignage de nos informateurs professionnels de la santé, plusieurs problèmes qui se sont posés dans la pratique clinique intégrée à l'organisation ambulatoire informatisée.

6.1 L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL MÉDICAL PAR L'AMBULATOIRE INFORMATISÉ

6.1.1 Réorganisation, intensification et surcharge de travail pour les professionnels de la santé

La logique productiviste privilégiée par les hauts fonctionnaires, les responsables de projets et les promoteurs de nouvelles technologies en santé exigeait une réorganisation du travail médical favorisant l'obtention de gains de productivité exprimés en termes quantitatifs, lesquels devaient se traduire par une réduction des coûts des services des soins. Cela impliquait, pour ces informateurs-décideurs, de mettre en place des moyens grâce auxquels le travail médical, clinique, pourrait être intensifié en s'inspirant des principes tayloristes d'organisation du travail industriel. Or, cette intensification du travail médical devait nécessairement passer par une augmentation de la charge de travail du personnel soignant, du fait qu'on voulait les contraindre à effectuer le plus grand nombre possible de tâches ou d'actes médicaux dans un temps donné avec des ressources moindres, tel que nous l'avons vu dans les deux chapitres précédents.

C'est précisément de cette façon que l'intensification du travail médical s'est posée sur le terrain de la pratique, comme en témoigne le récit qu'en ont fait plusieurs de nos informateurs. En effet, si l'on tient compte des remarques formulées par trois informateurs membres du personnel soignant en évoquant leur expérience, on constate que l'intensification a voulu dire un alourdissement considérable de leurs tâches :

> Il **y a eu une surcharge de travail**, il ne faut pas se le cacher. C'est officiel, on ne peut pas se le cacher.
>
> La fin de semaine, le centre ambulatoire est fermé. Les gens travaillent donc régulièrement en temps supplémentaire. Nous n'avons jamais refusé quelqu'un [un patient] qui nous était référé, de façon à ce qu'il ne soit pas hospitalisé. **Ainsi, puisque les gens [patients] sont toujours acceptés, ils s'ajoutent à notre agenda. On travaille beaucoup plus fort** que sur les étages, **parce qu'il y a tellement de patients**. Beaucoup de patients. [...] Le problème, c'est que **trois infirmières ont fait un *burn out***. [...] Il y a plus de travail qu'il y en avait. **On court**. [...] **Cela faisait partie des engagements du centre ambulatoire**, c'est-à-dire d'offrir une alternative à l'hospitalisation. Mais il faut donner le service.
>
> Au niveau du module adulte-enfant du centre ambulatoire, **il y a eu des *burn outs***. [...] **Les infirmières débutaient leur journée de travail vers 8 heures le matin, pour la terminer entre 17h30 et 18h30, à tous les jours**, du lundi au vendredi. [...] **Il y a eu une augmentation de la clientèle en peu de temps**. [...] Nous ne retournions pas les patients aux médecins, parce que ceux-ci se sentaient insécures. **Nous ne retournions donc personne en plus des patients qui s'ajoutaient à nos consultations. Nous n'avions plus de temps**. Deux des infirmières terminaient leurs journées de travail très tard. En terme de restrictions budgétaires, nous sommes dans le même contexte que tout le monde. Il est donc inimaginable d'obtenir des ajouts de ressources humaines. [...] Il y a eu des demandes en ce sens qui n'ont pas été écoutées. [...] Si nous avions obtenu du budget supplémentaire, d'autres unités auraient été pénalisées. Or pour elles, il n'en était pas question, puisque **déjà les travailleurs couraient partout. Nous avons donc dû nous réorganiser [à nouveau]. [...] Nous avons dû redéfinir les rôles et fonctions de chacun**.

Ces témoignages montrent clairement que la réorganisation du travail impliquée par le passage au virage ambulatoire informatisé a voulu dire une intensification du travail médical qui a substantiellement alourdi la tâche des professionnels de la santé. Ceci au nom de la diminution des coûts publics des services de soins qu'on pensait réaliser en maximisant le rendement des professionnels de la santé pour les rendre plus

productifs, tel que le laissent voir un membre important de la direction d'un centre hospitalier et un directeur d'un service du génie-biomédical d'un autre centre hospitalier :

> Notre philosophie consistait à donner au médecin un accès à l'information. Un accès facile, rapide et intégré, afin qu'il puisse maximiser son potentiel de médecin à l'hôpital avec toutes les connaissances dont il dispose. [...] **Les professionnels doivent travailler en équipe autour de l'information pour maximiser leur productivité vis-à-vis du patient. [...] Ensuite, ils vont pouvoir faire en sorte que nous ayons la meilleure qualité des soins au meilleur coût [...].**
>
> Avec cette technologie, **on pourrait facilement permettre au médecin de compléter un dossier à distance** au moment qui lui convient, c'est-à-dire que ce soit au bureau, à l'hôpital, **voire même de chez lui.** C'est un avantage énorme.

Ces extraits d'entrevues conduites auprès de décideurs et d'administrateurs indiquent très nettement que l'objectif premier de la réorganisation du système sociosanitaire, dans le passage au virage ambulatoire informatisé, est l'augmentation de la productivité des différents professionnels de la santé, surtout les médecins, dans la prestation des soins. On veut qu'ils fassent plus, qu'ils fassent plus vite, qu'ils allongent même leur journée de travail [compléter un dossier à distance [...] même chez lui]. On pense ainsi que le travail en réseau permet d'optimiser le rendement des professionnels de la santé [...maximiser son potentiel de médecin à l'hôpital [...] leur productivité vis-à-vis du patient] pour les rendre plus productifs, moins coûteux. Ce qui est conçu comme hautement bénéfique pour les établissements sanitaires [c'est un avantage énorme].

Par ailleurs, cette augmentation de la productivité, surtout du travail des médecins, opère sur la base d'une dynamique grâce à laquelle on confère aux professionnels plus nombreux, mais qui coûtent moins cher, par exemple les infirmières et infirmiers, un maximum de tâches. Ce qui coûte moins cher à la marge, à l'acte, du fait que les médecins et les infirmières peuvent traiter plus de patients dans un temps donné pour un coût donné. Les propos d'un directeur des services professionnels d'un centre hospitalier sont particulièrement illustratifs à cet effet :

> Il y a une résistance chez certains médecins. Ceux-ci se demandent pourquoi ils devraient suivre 25 à 30 patients de plus à distance, alors qu'ils n'ont aucune rémunération supplémentaire. Ils le font de temps à autre, sauf que les volumes [d'activités] ont tendance à augmenter. Il est légitime qu'ils se posent des questions ; par exemple si les

> patients étaient hospitalisés plutôt qu'à domicile les médecins seraient rémunérés, alors qu'avec le système de télésurveillance ils ne le sont pas. Nous avons des médecins volontaires, mais il y a une limite à ce bénévolat, à ce volontariat. [...] [Par ailleurs] **on s'attend à ce que l'infirmière ait un rôle beaucoup plus large et beaucoup plus riche [ce qui veut dire plus productif], c'est-à-dire un rôle clinique ou un rôle professionnel**. Je dirais que nous avons tendance à nous diriger vers la pratique avancée en soins infirmiers. [...] C'est ce que les Américains et Anglophones nomment la *nurse practitionner*, c'est-à-dire une infirmière qui se rapproche du médecin dans son rôle. **On voudrait donc que les infirmières aient une plus grande marge de manoeuvre, ne serait-ce que pour dire au patient quoi faire en pouvant prescrire par exemple un électrocardiogramme, une radiographie du poumon, etc., à l'intérieur de protocoles**. Les tâches des infirmières consisteraient à recevoir de l'information, à l'interpréter cliniquement, à faire des interventions sur des conseils pratiques réguliers, **voire même qu'elles aillent au-delà de ces tâches en pratique avancée un jour, même au niveau de la prescription de certaines choses**.

Si une telle réorganisation de l'articulation entre les métiers et professions rend le travail des médecins plus productif, du fait que leur nombre sera proportionnellement moins grand par rapport au volume des interventions médicales nécessaires pour traiter les patients à la suite de la substitution de leur travail vivant par un autre, elle conduit également à un accroissement substantiel des tâches essentiellement dévolues au personnel infirmier, ce qu'on présente ici de façon essentiellement positive [un rôle beaucoup plus large et beaucoup plus riche], mais qui cache une intensification telle du travail qu'elle lui donne l'allure d'un amalgame «confusionnel», comme cet extrait d'entrevue mené auprès d'un directeur de projet expérimental en CLSC le montre :

> Lorsqu'un intervenant est chez Madame A, il va pouvoir gérer toutes ses affaires. Il a accès à son dossier et à ses informations. [...] Lorsqu'il sort de chez Madame A, son intervention est terminée. S'il doit téléphoner au médecin, il le fait chez Madame A. Ils [les intervenants de santé] vont donc offrir le même service chez les 7 clients qu'ils rencontrent. **Mais au lieu de visiter 7 clients le matin et de faire de la paperasse l'après-midi, ils vont faire tout de A à Z chez Madame A, de A à Z chez Madame B aussi, etc**. Les intervenants sont donc sur la route et chez les clients toute la journée.

Dans cet extrait, on pose les avantages des TIC par rapport à leur capacité de contraindre les professionnels de la santé, dans ce cas-ci il s'agit des infirmières, à faire plus de tâches dans un temps donné [ils vont faire tout de A à Z chez Madame A, de A à Z chez Madame B aussi, etc.]. Ce qui dans ce cas modifie le rapport au temps par une

accélération de la prise en charge des patients. Le but de l'opération consiste à augmenter structurellement la productivité du travail médical non seulement au niveau de chaque travailleur spécifique, individuel, mais aussi pour chaque catégorie de professionnels ou de métier et également au niveau systémique même, en changeant l'équilibre entre les composantes du système. Cette vision de l'augmentation de la productivité s'inspire des principes tayloristes d'organisation industrielle du travail, comme nous l'avons déjà souligné à quelques occasions. Il s'agissait ainsi de remettre en cause l'autorité légitime des professionnels de la santé, de leur autonomie et de leur pouvoir dans l'organisation générale des soins, en reprogrammant le travail médical selon des normes de productivité conformes à cette vision tayloriste du travail. Pour ce faire, il fallait cependant mettre en place des procédures normalisées d'accomplissement du travail médical. C'est ce à quoi devait servir la standardisation des tâches et des actes cliniques.

6.1.2 Standardiser le travail médical pour le rendre plus productif

La «reconfiguration-redéfinition» du travail médical dont il vient d'être question passe par une standardisation des tâches, qui consiste à remodeler le travail autour d'une norme, généralement un rapport quantum-temps, définie *a priori* en fonction des objectifs assignés à la réorganisation. Elle constitue l'une des composantes essentielles de la division technique du travail industriel qui exige que le processus de travail soit décomposé, segmenté, en différentes parties afin de les mesurer, de les chronométrer, pour établir le nombre maximal de choses qui peuvent être produites dans un temps donné aussi restreint que possible. Elle permet donc de rationaliser, d'objectiver, la fixation d'un optimum d'utilisation des ressources dans le cadre même des restrictions budgétaires importantes, comme nous l'avons vu plus haut.

C'est cette logique productiviste qui a présidé à l'élaboration et à la mise en place de plusieurs projets d'informatisation dans le secteur de la santé au Québec, dont un concernant les salles d'urgences, et pour lequel un membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a insisté sur le problème que le chronométrage des actes posait sur le terrain des urgences :

> C'est de la gestion. [...] **Le logiciel indique exactement le temps consacré à la consultation**. Le médecin ne veut pas voir cela. Vous savez, il y a un chronomètre dans cette technologie. C'est l'enfer. [...] **Un médecin m'a déjà dit qu'il n'en revenait pas que le système puisse le contrôler avec son chronomètre**. Il n'était pas

question qu'il utilise cette technologie.

La standardisation et la contraction du rapport au temps, objectivé par le chronomètre, se renvoient donc l'une à l'autre dans une transformation de l'organisation du travail qui alourdit et intensifie le travail et qui suscite une résistance certaine de la part de ceux et celles qui la subissent. Par contre, cette standardisation / intensification est considérée comme un élément central, incontournable, de la réorganisation par ceux qui la conçoivent comme nécessaire et qui sont chargés de la réaliser, ainsi que l'indiquent ces propos d'un haut fonctionnaire au MSSS et d'un directeur des services professionnels dans un centre hospitalier :

> Nous avons implanté d'autres systèmes tels que les infosantés. Il y a **des protocoles standardisés pour tout le monde, grâce à l'informatisation**. On dit la même chose à tous les patients, partout dans la province, face à un même problème de santé.
>
> [...] **Puisque nous voulions utiliser nos ressources de façon appropriée [ce qui veut dire de façon optimum], il fallait que nos médecins aient des pratiques un peu plus standardisées. [...] On met nos médecins en «concurrence» les uns avec les autres, pour dire par exemple à un médecin que son collègue hospitalise ses patients moins ou plus longtemps que lui**. Par exemple, on pouvait se demander pourquoi notre taux d'hospitalisation pour la même population en cardiologie était plus ou moins élevé par rapport à d'autres établissements. On confrontait les médecins dans leurs décisions cliniques. La technologie dont je vous parle participe à cette dynamique.

Cette nécessité de standardiser le travail médical par l'utilisation des TIC répond à des exigences industrielles d'organisation de la production, comme si les services de soins étaient des objets, des produits, des marchandises, qu'il est possible de dispenser plus rapidement, en plus grande quantité, avec des ressources les plus limitées possible. Ceci dans le but d'obtenir un rendement optimum grâce à la baisse substantielle des coûts des services de soins rendue possible par la réorganisation. Ainsi, la quête de gains de productivité devient non seulement le moyen pour augmenter la rentabilité, ou la profitabilité, du système sociosanitaire, mais une fin en soi justifiée par la nécessité d'effectuer des économies croissantes. Voilà pourquoi les TIC sont considérées, par nos informateurs-décideurs, comme un moyen pour introduire une dynamique productiviste en santé qui s'inspire précisément de l'organisation industrielle tayloriste du travail[537].

---

[537] Cela avait d'ailleurs été déjà pressenti en 1980 à la suite de l'introduction de l'informatique dans

En témoigne les propos fort éloquents d'un membre de la direction d'un centre hospitalier :

> **Il faut réviser les processus, faire un *reengineering*. [...] Il faut mettre en place la technique du *material resource planning* (MRP) dans le secteur manufacturier**, où le processus de production d'une automobile est extrêmement standardisé. Même si vous prenez **deux travailleurs qui ne travaillent pas au même endroit et qui ne parlent pas la même langue, l'automobile va être produite de façon identique**. Aujourd'hui, dans une organisation qui ne standardise pas ses processus, deux personnes différentes vont produire deux ratios différents de patates. L'informatisation permet de faire cette standardisation. Pour gérer ce processus une fois mis en place, nous devions avoir de l'information afin de faire une analyse de la performance avec des indicateurs clés, les délais, les ressources, etc. Cela permet de mettre en œuvre des *benchmark* ou des objectifs clés, donc de pouvoir convenir d'un temps pour chaque processus. [...] On peut arriver à gérer cela, par exemple pour l'urgence. [...] L'informatisation permet ainsi de mettre en place toute une infrastructure de gestion des opérations. [...] Le fait de **gérer chaque processus à l'hôpital** va nous permettre, non seulement de produire des services au meilleur coût, mais de prévoir nos coûts et de s'assurer que ceux-ci ne varient que très peu. Par exemple, aujourd'hui, pour deux patientes du même âge qui entrent dans deux hôpitaux différents à la suite d'une fracture de la hanche en ski, **nous n'avons aucune idée des coûts que cela va occasionner**, compte tenu des variations trop grandes qui se présentent. Nous n'avons aucune garantie sur le coût pour chaque patiente, à savoir laquelle des deux va être hospitalisée plus longtemps et laquelle va coûter plus cher. Nous voulons donc en arriver à réduire la variation des coûts.

Dans cet extrait, l'association qui est faite entre l'industrie automobile et le système sociosanitaire est significative de la conception de la productivité de ce membre de la direction d'un centre hospitalier. En effet, on postule que les services de soins peuvent se soumettre à l'organisation spécifique du travail dans la sphère industrielle, comme s'ils étaient des choses pouvant être produites en série, comme dans le cas d'une chaîne de montage où on détermine en amont le coût de chacun des facteurs de production mis à contribution. On utilise ainsi les TIC comme un moyen pour optimiser le mode de fonctionnement des établissements sanitaires. On postule que les établissements sanitaires sont comme des entreprises, des manufactures, qui produisent en série, de façon homogène, des objets de consommation, ici des services de soins. D'où la

---

l'organisation du travail médical. Voir à ce propos F. Lamarche et M. Doré, «L'organisation du travail et les travailleurs, dans *La crise et les travailleurs*, Montréal, co-édition Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal et Centrale de l'enseignement du Québec, 1980, p. 83-91.

possibilité d'augmenter la productivité de l'ensemble du «processus de production» permettant de dispenser de plus en plus de soins, avec la «machinerie» appropriée. C'est ce que laisse à nouveau entendre ce membre de la direction d'un centre hospitalier :

> Progressivement, **il y a des tests qui se font** dans la pratique, de l'innovation, de l'expérience qui se crée, pour ultimement **en arriver un jour où l'on pourra peut-être gérer une partie de l'hôpital comme une manufacture**. Il y a des choses qui sont contrôlables et prévisibles, d'autres qui ne le sont pas. Par exemple, les visites à l'urgence ne sont pas prévisibles. Il peut aujourd'hui y en avoir 30 ou 200. Par contre, quand le patient arrive à l'urgence et qu'on a un diagnostic, on peut assez bien prévoir son cheminement dans l'hôpital. Il faut donc en tenir compte. **Présentement, on ne peut rien planifier**, parce qu'on ne peut rien prévoir. Nous contrôlons à peu près rien. **L'informatisation va permettre justement de contrôler tous ces éléments**. [...] En informatisant, on rend l'information disponible tout en standardisant. **On réduit ainsi les variations et on met en place des indicateurs clés de performance pour évaluer le processus. On tente de vérifier les coûts aussi**.

Il est clair dans ce propos que l'informatisation des services de soins visait d'abord et avant tout à réduire le coût de dispensation des services de soins. La mise en place des autoroutes de l'information constituait ainsi un moyen - lequel passe fondamentalement par l'intensification du travail médical et la standardisation des processus cliniques - pour obtenir un rendement optimum. Il s'agissait ainsi de contrôler les coûts de tous les facteurs de production mis à contribution dans l'ensemble du système sociosanitaire, en prenant pour acquis que le «meilleur» service de soins est celui qui coûte le moins cher, c'est-à-dire dont le coût de production est le plus bas possible. C'est ce qu'affirme un haut fonctionnaire du MSSS dans ces termes :

> Ce dont je vous ai parlé, c'est de la performance reliée aux ressources humaines. **La performance reliée aux aspects cliniques doit passer par ce qu'on nomme le coût de revient. [...] Il faut être capable d'associer une maladie X**, par exemple un problème d'hépatite ou de cancer, **avec des standards établis**. Par exemple, nous devons **nous demander pourquoi un établissement dépasse le standard**, alors qu'un autre ne le dépasse pas. Il faut donc **établir le coût réel d'une pathologie, d'un acte médical**. Je pense que Monsieur Legault aura besoin d'informations **pour mettre en place les contrats de performance**, de façon à ce que les établissements puissent être comparés les uns aux autres. Ne serait-ce que pour pouvoir dire, par exemple, que dans tel hôpital le séjour hospitalier pour une fracture de la hanche est de X jours, alors que la moyenne provinciale est de cinq jours. Pourquoi dans tel établissement pour une fracture de la hanche,

> il y a eu huit rayons X et quatre dans un autre ? Que se passe-t-il ? Il faut donc **avoir les éléments pour être capable de comparer les pratiques professionnelles et les performances hospitalières**. Pour reprendre l'exemple des rayons X, on veut savoir **combien ils coûtent dans tel ou tel établissement**, pour un même type de clientèle. **Combien coûte un repas dans tel ou tel hôpital ?** Nous aurons besoin de telles données éventuellement. Outre la circulation de telles données, **j'ai besoin d'applications pour les gérer, pour être capable [...] d'établir un contrat de performance**. [...] Pour moi, c'est un des éléments importants. Si j'étais directeur général d'un hôpital, il faudrait qu'on me donne les moyens d'être capable de gérer cette organisation.

Nous constatons, dans cet extrait, que la standardisation du travail médical rime avec la possibilité-nécessité de déterminer une norme objective abstraite et arbitraire de «production» qu'on envisageait imposer à tout le système sociosanitaire. Il fallait contraindre les professionnels de la santé à traiter leurs patients par des protocoles prédéterminés et programmés dans les outils technologiques implantés et à implanter. Compte tenu des objectifs assignés au virage ambulatoire informatisé, on exigera ainsi des professionnels de la santé qu'ils fassent «plus» et plus rapidement avec moins de ressources à leur disposition.

6.1.3 Faire «plus» avec moins de ressources

Pour plusieurs de nos informateurs-dédideurs, la standardisation du travail médical est «nécessaire», «incontournable» et «urgente» pour augmenter la productivité des établissements sanitaires, dont le budget de fonctionnement est désormais fixe et impérativement indépassable, compte tenu de la Loi anti-déficit en santé, tel que le souligne un chef de projet expérimental à la RAMQ :

> Il faut comprendre que le système [sociosanitaire] fonctionne maintenant sur la base d'une enveloppe budgétaire fermée.

C'est précisément pour cette raison qu'il fallait, pour plusieurs de nos informateurs-décideurs, augmenter la productivité du travail médical de façon à ce que les établissements puissent faire face à l'augmentation croissante des besoins de soins, comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent. Pour ce faire, il fallait les contraindre à traiter plus de patients dans un temps donné. L'ont affirmé un promoteur de nouvelles technologies, deux responsables médicaux d'un centre ambulatoire régional, deux hauts fonctionnaires du MSSS travaillant dans deux directions différentes, un

radiologue en chef d'un projet expérimental dans un centre hospitalier et un promoteur de nouvelles technologies :

> **Une infirmière à un poste de télésurveillance peut surveiller entre 75 et 100 patients de façon simultanée, ce qui n'est pas possible à l'intérieur d'un département**. Il faut donc concentrer la demande pour la traiter de façon centrale ainsi qu'offrir des services au centre hospitalier et aux établissements environnants qui n'ont pas nécessairement la présence d'un intervenant pour surveiller les patients
>
> **Ici, nous traitons beaucoup plus de patients. C'est un objectif prioritaire** de soigner un plus grand nombre de patients. [...] Il y a des interventions de groupe qui nous permettent de prendre plus de patients à la fois**. On peut quintupler le nombre de patients pour le même temps**.
>
> **L'organisation interne [du centre ambulatoire] permet de traiter plus de patients**, parce que les gens qui sont ici sont des cas lourds souvent très malades. Lorsque nous les voyons, ils ont déjà eu des prises de sang par l'infirmière, qui a aussi pris connaissance de leurs signes vitaux. [...] Les patients doivent toujours être prêts à être examinés par les médecins. [...] Cela nous permet de traiter plus de patients, c'est clair.
>
> **On va traiter le plus de patients possible avec le même argent**. C'est ce qui va se passer.
>
> **Avec le virage ambulatoire, nous avons sorti certains patients des établissements**, parce que les résultats de leurs tests sont produits rapidement. Nous avons donc augmenté l'efficience, l'efficacité probablement, **mais les lits continuent de se remplir quand même**. **Cependant, plutôt que de traiter 1 patient par lot en 5 jours, tu en traites 2 dans la même période**. Ce qui fait qu'on augmente la rentabilité, il va sans dire.
>
> Ils [les médecins] **passent moins de temps à courir après les films** [en radiologie] du patient. Cela permet donc aux médecins de faire plus de consultations ou de faire celles-ci plus rapidement, grâce à l'obtention des dossiers plus rapidement. [Ce qui permet donc] de traiter des patients plus rapidement.
>
> **Les différents intervenants de santé devaient régulièrement se réunir**, environ une ou deux fois à tous les deux semaines, pour s'assurer que tel patient est bien suivi. Ces réunions étaient nécessaires puisque les intervenants ne sont pas dans une dynamique de partage de l'information. **Or, si les intervenants travaillaient avec la même information et en collégialité, ils n'auraient pas besoin de se réunir. Ils verraient donc cinq patients de plus.**

Notons que cet objectif d'augmentation de la productivité du travail médical par une augmentation du nombre de patients pris en charge dans un temps donné, trouve sa justification, selon deux des médecins que nous avons interrogés, mais qui sont aussi directeurs des services professionnels dans des centres hospitaliers, par la pénurie en ressources humaines qui découle, rappelons-le, d'une décision politique d'en freiner la croissance :

> **Nous nous disions que la technologie pouvait probablement nous donner un coup de main par rapport à notre problème de pénurie des ressources [humaines]**. L'opportunité consistait à dire qu'il y avait peut-être une partie du travail qui pouvait être faite, dans le fond, par un système informatique, surtout un système intelligent **qui faisait en sorte que nous n'étions pas obligés de mobiliser à domicile des ressources humaines pour un suivi intensif du patient**.
>
> Je vois d'énormes possibilités liées à l'utilisation de la télémédecine et de la télésanté. [...] Je vois beaucoup d'effets secondaires au niveau de la gestion du personnel. Par exemple, j'ai la possibilité d'avoir un ergothérapeute 3 jours par semaines, puisque je n'ai pas de budgets pour en avoir un 5 jours par semaine. Or, je ne suis pas capable de recruter un bon ergothérapeute pour seulement 3 jours par semaine. Qui va s'isoler dans cette ville pour y travailler à temps partiel ? [...] Par contre, un peu plus loin dans d'autres villages, ils ont besoin d'un ergothérapeute, mais seulement pour 2 jours par semaine. **On pourrait donc offrir un poste de 5 jours par semaine, dont 2 jours en téléconsultation**. Cela peut se faire.

Dans ce contexte de pénurie de ressources humaines, nos informateurs ont expliqué qu'il valait mieux utiliser le personnel déjà en poste pour maximiser leur productivité par une accélération de leurs actes dans le but d'en augmenter la quantité dans un temps donné. Ainsi se comprend la nécessité d'implanter les autoroutes de l'information de façon à solutionner, entre autres, ce que nos informateurs-décideurs conçoivent comme une duplication des tâches due à une mauvaise gestion de l'information au sein des établissements de santé, tel que le laissent entendre ces propos tenus par un responsable administratif d'un projet expérimental dans une régie régionale, deux hauts fonctionnaires du MSSS travaillant dans deux directions différentes, un promoteur de nouvelles technologies, un responsable médical d'un projet régional en télémédecine et un haut fonctionnaire à la RAMQ :

> Les employés n'ont plus besoin d'aller à leur bureau. Ils sont en mode électronique, plutôt qu'en mode papier. [...] La grosse différence par rapport à l'organisation du travail en mode papier se situe au niveau

> de la duplication d'informations. **En effet, les travailleurs ne sont plus obligés de faire de la duplication dans leur journée. La nouvelle organisation [des services de soins] devrait éliminer cette duplication de l'information**. Ce sera un gros gain pour les intervenants. [...] L'information sera saisie une fois pour toutes. [...] **Ils ont même l'impression qu'à long terme, ils pourraient avoir un gain d'efficience dans le nombre de clients qu'ils pourraient rencontrer par jour, à cause de la réduction de la duplication**.
>
> Par exemple, avec la carte à puce, le fait pour le médecin d'**obtenir plus rapidement les derniers résultats de laboratoire d'un patient** procurerait des économies potentielles. [...] **Cela éviterait des duplications de tests, de rayons X, de tests de laboratoires, etc. Cela représente un coût réel**.
>
> Sans technologies de l'information, personne ne sait ce que l'autre a fait. **Le personnel soignant a donc tendance à recommencer certaines choses. Cela coûte très, très cher. On traite du monde pour rien, parce qu'on recommence ce que l'autre a fait**. C'est structurellement et culturellement comme cela.
>
> Le bénéfice pour l'établissement est le suivant. **Si toutes les informations de l'imagerie médicale ou des laboratoires sont mises à disposition par le biais d'un même médium**, le médecin n'a plus besoin d'envoyer, à nouveau, tel patient passer un autre examen. Avec la technologie, il a déjà les informations pertinentes concernant tel patient. C'est une assistance au diagnostic beaucoup plus rapide. [...] **Le médecin n'a pas à faire répéter au patient l'information**.
>
> Nous cherchions à mettre à la disposition des médecins de l'information en temps réel sur un client. [...] Faire en sorte **d'éviter la répétition d'évaluations. [...] Éviter de répéter les questions au client ou à sa famille**, parce que le médecin a déjà l'information.
>
> [Les TIC permettent] d'éviter de recommencer des tests identiques. [...] **Quand quelque chose a été fait et bien fait, pourquoi le refaire. Cela occasionne des coûts énormes**.

Cette «nécessité» pour nos informateurs-décideurs, dont nous venons de rapporter les propos, d'intensifier et de standardiser le travail médical pour éviter, entre autres, les duplications - ce qui permettra notamment d'accélérer la prise de décision clinique dans le but de pouvoir traiter *plus* de patients dans un temps donné - répond encore une fois à des impératifs économiques de réduction des coûts des services de soins. Il est toutefois important de noter qu'il en est ainsi pour nos informateurs-décideurs, alors que nos informateurs professionnels de la santé pensent que le fait d'éviter une certaine duplication pourra conduire à une amélioration de la qualité du travail médical. Sur le terrain, on constate néanmoins que l'ambulatoire informatisé est,

d'une part, modelé par la logique productiviste adoptée par les décideurs et par leur volonté de réorganiser les services de soins ainsi que le travail médical et, d'autre part, se fait non pas dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la population, mais fondamentalement dans le but de diminuer les coûts du système sociosanitaire. Or, cette logique productiviste surdéterminante, homologue à celle qui prévaut dans la production industrielle en économie capitaliste, qui organise le discours de nos informateurs-décideurs, n'est toutefois pas partagée par les membres du personnel soignant que nous avons interrogés. En effet, ceux-ci constatent même une incohérence entre, d'un côté, le discours officiel exprimé par les hauts fonctionnaires et les administrateurs d'établissements sanitaires, et, de l'autre côté, la façon dont les autoroutes de l'information sont implantées dans le système sociosanitaire. L'organisation des soins serait ainsi le lieu d'un affrontement entre deux conceptions fondamentalement opposées de l'amélioration des services de soins par l'ambulatoire informatisé, ce que nous analysons dans la deuxième section de ce chapitre.

6.2 UNE OPPOSITION INCONCILIABLE ENTRE LA PRODUCTIVITÉ ET L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

6.2.1 Pour les décideurs, avant tout l'accroissement de la productivité et de la rentabilité

L'analyse des témoignages recueillis montre que les hauts fonctionnaires, les responsables administratifs de projets et les promoteurs de nouvelles technologies s'appuient sur les mêmes visions optimistes et déterministes des nouvelles technologies qui structurent le discours officiel, comme nous l'avons vu précédemment (chapitre 4), pour justifier la faisabilité de diminuer substantiellement le coût public des services de soins par l'augmentation de la productivité. Ainsi, lorsque nous les avons interrogés sur leurs objectifs fondamentaux, ces informateurs ont affirmé qu'ils s'attendaient à ce que d'importants bénéfices économiques découlent du virage ambulatoire informatisé. Aussi ont-il justifié sa pertinence par la nécessité d'obtenir un retour sur investissement, lequel devrait se mesurer essentiellement par l'importance des économies réalisées. Ce qui nous a conduit à conclure, dans le chapitre précédent, que la raison économique se substituait à la raison clinique quant à l'évaluation de la «performance» des projets expérimentaux.

En analysant les commentaires des informateurs-décideurs, on constate qu'ils ne s'intéressent qu'aux projets qu'ils considèrent rentables. En effet, il fallait selon eux impérativement mettre en place des projets considérés *a priori* comme bénéfiques en

termes économiques, c'est-à-dire qui conduiraient à des économies substantielles. Ainsi suivant cette conception, il n'y avait pas lieu de financer des projets qui n'étaient pas susceptibles d'entraîner des gains de productivité. Dit autrement, les projets qui ne promettaient que des améliorations de l'efficience clinique et thérapeutique ne devaient pas obtenir l'aval des autorités administratives. Ce qui est, tel que nous le verrons plus loin, fondamentalement différent de la raison d'être du virage ambulatoire informatisé tel que le conçoivent les professionnels de la santé, lesquels maintiennent qu'il faut viser d'abord et avant tout une amélioration de la qualité des soins. Or, la logique surdéterminant l'implantation de l'ambulatoire informatisé et privilégiée par l'État et plusieurs acteurs influents dans le système sociosanitaire, dont font partie nos informateurs-décideurs, fait en sorte que les objectifs des professionnels de la santé sont subordonnés aux objectifs de diminution des coûts des services de soins assumés par le secteur public. Cette relation de subordination impliquait que les projets d'informatisation des services de soins devaient obligatoirement conduire à des économies, ce que tout promoteur de projet d'implantation des TIC devait démontrer au préalable. C'est en ce sens qu'il faut interpréter le commentaire suivant tiré du récit d'un radiologue responsable d'un projet en téléradiologie dans un centre hospitalier, qui affirme que la perspective d'effectuer des économies était un pré-requis central pour la mise en place du projet dont il avait la responsabilité :

> **Les considérations économiques étaient un élément vendeur auprès de l'administration**. C'était le nerf de la guerre. On s'est battu avec cela beaucoup plus qu'avec les autres choses. [...] Ce que l'administration interne voulait savoir, c'est combien la technologie coûtait, combien nous pouvions financer et combien l'administration elle-même devait payer. Tout cela a été scruté à la loupe, validé, revalidé, rediscuté. Tout le projet a été calculé à la cent près. [...] **Les économies réelles constituaient le cheval de bataille de notre argumentation**.

C'est pourquoi cet informateur, qui a lui-même contribué à la mise en place d'une technologie de télésurveillance dans un centre hospitalier, devait impérativement démontrer, notamment auprès de l'administration de l'établissement, que la technologie en question pouvait permettre d'obtenir une meilleure performance financière. Une performance financière qui résulte, tel que nous l'avons montré dans le chapitre précédent, de la capacité de répondre à une demande croissante de soins sans ajouter de ressources supplémentaires.

Certaines recherches ont démontré qu'**après un certain volume la**

> **technologie dont je vous parle est économique**. Deux hôpitaux ont été comparés. L'un avec cette technologie, l'autre sans celle-ci. Les deux ont eu une augmentation d'environ 20 % de leur clientèle respective. L'un des hôpitaux a été capable de l'absorber à cause de la technologie en cause, ce qui n'a pas été le cas de l'autre qui a été contraint d'augmenter ses budgets. Ceci parce qu'il ne possédait pas cette technologie. **Cela démontre donc en quoi celle-ci peut rendre un hôpital plus performant. Elle rend davantage capable d'absorber un surplus d'activités sans augmentation nécessaire des ressources**.

Ici, on constate que la «performance» hospitalière est considérée de façon unidimensionnelle, puisqu'elle est ramenée à la seule perspective de la réduction des coûts des services de soins, sans préoccupation pour l'efficience clinique et thérapeutique, qui est entièrement évacuée des critères de productivité privilégiés pour évaluer la pertinence d'un projet technologique. Ainsi, un médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier a précisé qu'il était motivé par l'idée de pouvoir répondre à l'augmentation croissante de la demande de soins **en offrant des services de qualité** dans un contexte de restrictions budgétaires, mais que l'administration de l'établissement voulait s'assurer que le projet allait procurer des bénéfices économiques réels qui se mesureraient en économies directes sur les soins dispensés. Il a expliqué quel type de démonstration il a dû faire à la direction de son centre hospitalier pour que celle-ci donne son aval au projet :

> J'étais capable de démontrer au plan théorique - **puisqu'il fallait faire nos preuves - qu'il pourrait y avoir un effet de substitution. Si j'hospitalise moins de patients, ou si les patients restent hospitalisés moins longtemps, je peux fermer des lits**. Ainsi, si j'enregistre une économie au niveau des lits, je sauve de l'argent, je peux prendre celle-ci pour financer la technologie en question. C'est une forme d'autofinancement. Au centre hospitalier, nous connaissons des augmentations annuelles d'activités effrayantes. [...] C'est pour cela qu'on déborde de plus en plus. Lors de discussions avec le comité de direction, nous avions évoqué la nécessité de nous trouver des moyens pour gérer ce phénomène. La technologie en question devait être financée. Or, si je ferme tous les lits pour financer cette technologie, il ne me restera plus de lits pour répondre au reste de l'achalandage. Nous nous sommes donc entendus pour dire que **les lits libérés par la technologie allaient être utilisés pour l'affluence de la clientèle**. Nous voulions donner ces lits à d'autres patients. Au lieu d'avoir, par exemple, un déficit de X millions, nous avons eu un déficit de seulement X moins 1 million avec un financement de la technologie en cause. Toute proportion gardée, nous avons donc fait une économie quelque part.

L'économie projetée dont il est question, si importante pour les dirigeants du centre hospitalier comme l'indique cet informateur, relève de la capacité qu'on «prête» à la technologie implantée de libérer des lits pour faire face à la croissance des besoins de soins, donc d'optimiser l'utilisation des lits. L'objectif est donc d'abord de maximiser les économies et non pas d'utiliser la technologie pour améliorer l'efficience clinique et thérapeutique, ce qui éventuellement exigerait des investissements supplémentaires tant en ressources humaines et financières, comme les analyses des projets expérimentaux dans ce secteur de Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix[538], de Claude Sicotte et ses collègues[539], de Jean-Paul Fortin et Claude Banville[540], entre autres, l'ont montré. Un tel objectif d'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique est de fait contraire à celui qui est privilégié, non pas seulement par l'administration de l'établissement, mais également par le promoteur de nouvelles technologies impliqué dans le projet. En effet, pour ce dernier, il fallait impérativement que la technologie implantée favorise, d'abord et avant tout, la réalisation d'économies, tel qu'il l'a expliqué en ces termes, lorsque nous lui avons demandé quel était l'objectif le plus important à atteindre :

> Nous avions fait un petit calcul rapide, en prenant pour une semaine du mois de janvier le nombre de patients en attente d'une chirurgie cardiaque dans la région de Montréal, soit environ 508. **En économisant sur le coût journalier d'un patient hospitalisé en attente d'une chirurgie cardiaque, qui ne serait pas dans les structures hospitalières, mais sous surveillance avec notre technologie, le Gouvernement du Québec pourrait économiser 56 millions seulement pour cette pathologie**. Le centre hospitalier a essayé avec un de ses patients, avec succès. Pendant trois semaines, le patient a été suivi six semaines après son hospitalisation. Cela lui a d'ailleurs évité une autre hospitalisation, parce qu'il a eu un problème au niveau de la plaie, de la veine qu'on lui avait retirée. **Si le patient avait attendu à l'hôpital, donc hospitalisé, il y aurait eu des coûts**. Avec notre technologie, nous avons pu monitorer ses fonctions physiologiques et les douleurs de type rétro-sternales. Ainsi, nous avons été capables de maintenir ce patient trois semaines à domicile. 21 jours multipliés par 10.50$, qui est le coût de notre technologie par jour, vous obtenez une économie considérable pour l'hôpital. [...] **La**

---

538 Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité.

539 Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, ouvrage cité.

540 Jean-Paul Fortin et Claude Banville, *Rapport d'évaluation des projets pilotes en télécardiologie et en téléradiologie*, Québec, Centre de santé publique de Québec et Université Laval, sous la direction du CEFRIO, 1998.

> **rentabilité du projet, c'était - soyons clairs - le premier facteur**. Il s'agissait d'un impact financier important. [...] **C'était donc franchement avantageux pour l'hôpital d'avoir cette technologie, qui prend en charge une partie de la surveillance qui normalement se fait à l'hôpital**.

Dans cet extrait, on «investit» la technologie de télésurveillance de la capacité de «rentabiliser» le centre hospitalier impliqué dans le projet. Sur cette seule base, on conclut que c'était un avantage considérable pour le centre hospitalier [c'était donc franchement avantageux pour l'hôpital]. Ce qui évacue *de facto* toute considération pour l'efficience clinique et thérapeutique, au nom de la «rentabilité» des services de soins [la rentabilité [...] le premier facteur]. C'est cette «rentabilité» qui constitue également le motif principal de la mise en place d'une autre technologie dans un autre centre hospitalier, comme le précise ce promoteur de nouvelles technologies, qui est aussi ancien directeur d'un centre hospitalier :

> Notre technologie est rentable dans la mesure où il n'y a pas de redondances de l'information ni de redondances au niveau des laboratoires, quoique c'est minime parce qu'un examen de laboratoire n'est pas très dispendieux. [...] **Je sauvais au niveau clérical 6 postes, parce que je n'ai plus d'interventions humaines à mobiliser.** Nous avons calculé **le retour sur investissement** au centre hospitalier et il **s'échelonne sur 3 ans et demi, parce que nous avons aboli des postes** aux archives, au laboratoire et au secrétariat de l'imagerie [médicale].

Ainsi, dans ces deux derniers extraits, il est clair que l'évaluation des incidences du virage ambulatoire informatisé repose essentiellement sur des critères administratifs de coûts, comme variables fondamentales de l'appréciation des améliorations attendues en terme de «performance». Or, encore ici, ces critères ne reposent que sur une seule dimension des services de soins, c'est-à-dire les coûts. Il n'est pas question de la qualité des services de soins, même pas de façon rhétorique. De ce fait, on oublie la finalité d'usage des services de soins, les problèmes à résoudre - la restauration de la santé des patients. La perspective d'améliorer l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins est donc reléguée au second plan, derrière l'objectif premier, les économies que les TIC «doivent» engendrer, et qui s'impose comme dimension fondamentale de l'évaluation de la «performance» des services informatisés de soins. Le critère déterminant d'évaluation de la pertinence des projets de réorganisation, c'est la rentabilité, tel que le laisse entendre un directeur général d'un centre hospitalier régional par le commentaire suivant :

> **C'est rentable**. [...] On voulait que notre patient ne voit pas un désintérêt à ne pas être hospitalisé. C'est pourquoi nous lui payons, à domicile, son repas et son voyagement. Malgré des frais, **c'était beaucoup moins cher que de l'hospitaliser en centre hospitalier**. Le coût d'un lit dans notre centre hospitalier se situait aux environs de 350 à 375 $ par jour. Or, **un patient à l'hôpital de jour** [en centre ambulatoire] **ne nous coûte pas plus de 100 $.**

Mentionnons que ce centre ambulatoire devait obtenir un financement de la part du MSSS. Or, tel que l'a expliqué le directeur général du centre hospitalier qui avait élaboré ce projet de centre ambulatoire, ce financement était conditionnel à la démonstration, avant sa création, qu'on allait effectuer des économies importantes dans l'organisation des services de soins. En d'autres termes, la démonstration devait être faite que le centre ambulatoire allait réduire considérablement la fréquentation du centre hospitalier et la durée de séjour des patients, par la transformation de la prise en charge de ces derniers en soins ambulatoires, comme nous l'avons constaté dans le chapitre précédent. Ici, toute la conception de l'implantation des TIC repose sur la possibilité «affirmée» d'augmenter la productivité des services de soins. On note donc encore là que la perspective d'améliorer l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins est absente, ce qui nous amène à penser que, si elle avait été l'objectif premier, mais sans garantie d'économies importantes, le MSSS n'aurait pas donné son aval au projet. Cela montre bien qu'elle est la conception de la productivité des décideurs, une conception économique néoclassique qui repose exclusivement sur un objectif de baisse des coûts des services de soins, de rentabilité. Or, une fois cet objectif atteint, la logique idéologique de laquelle il découle, et qui le pose comme principe premier de gestion des rapports de travail de tout secteur d'activité humaine, exige qu'on aille toujours plus loin dans la quête de la productivité. En effet, en plus des économies qui devaient impérativement être obtenues, au terme de la transformation du mode d'accès aux soins et de la prise en charge clinique des patients, à la suite de la mise en place du centre ambulatoire, notre informateur directeur général du centre hospitalier en question a promis au MSSS qu'il effectuerait des compressions budgétaires, en échange du financement qu'il obtiendrait pour la réorganisation des services de soins offerts dans son établissement. Il y avait donc deux types d'économies envisagées au départ : celles qui résultaient de l'augmentation de la productivité des services de soins ambulatoires et celles qui reposaient sur la réduction importante du budget de fonctionnement du centre hospitalier. Ce que notre informateur directeur général devait planifier et certifier au MSSS pour que celui-ci lui accorde le financement de son centre ambulatoire :

> Nous avons fonctionné sur la base d'une subvention demandée au ministère. Nous leur **garantissions** des réductions budgétaires de 5 à 8 millions. [...] **J'avais rédigé, dans un document, que s'il nous accordait le million qu'on demandait [pour notre centre ambulatoire], on allait couper les dépenses par la suite, en fermant des lits. J'avais parlé au MSSS de réductions budgétaires de 5 à 8 millions. Finalement, nous avons coupé 10 millions**.

Du point de vue politico-administratif, des décideurs, on vise donc des économies substantielles et récurrentes, comme le fait comprendre ce même directeur général d'un centre hospitalier régional qui évoque la pertinence du projet qu'il a mis en place :

> À titre d'exemple, **nous avions un budget de 40 millions et nous avons coupé 10 millions**. On était donc rendu à un budget de 30 millions, avec en plus une des meilleures durée moyenne de séjour au Québec. C'est la même chose en ce qui concerne le nombre de patients hospitalisés. Nous étions à un taux de 139 pour 1 000 habitants. Avec le centre ambulatoire, ce taux est passé à 114. Nous visions un taux autour de 100. Actuellement, nous en sommes à 80. **Dans le fond, on a coupé plus de la moitié et on a fermé les lits**.

Le but de la transformation du centre hospitalier en question consistait donc à atteindre les objectifs de performance fixés par le MSSS, notamment à la suite de la loi anti-déficit évoquée dans le chapitre précédent. C'est pourquoi l'objectif de performance que les décideurs locaux se donnent, dans le cadre du virage ambulatoire informatisé, vise principalement et avant tout la réduction des coûts. Le problème réside dans le fait que cette conception de la performance s'érige en logique surdéterminante de la gestion des soins, où l'obtention de gains de productivité devient non seulement un moyen, mais une fin en soi, qu'on impose comme une normalité devant être réalisée en permanence, ainsi que le laisse entendre cet infirmier en chef d'un centre ambulatoire :

> **D'année en année, nous nous faisions retirer du budget**, comme ailleurs. Nous avions des restrictions. Par exemple, l'année prochaine l'établissement devra couper 900 000 $. **Le centre ambulatoire devra participer à cet effort de réduction des dépenses**. Nous allons voir ici comment nous allons procéder. Nous devrons voir à l'intérieur de notre organisation ce qu'on pourra faire. Tel sera l'objectif prioritaire au cours de la prochaine année.

Cette façon de concevoir le but de la réorganisation des services de soins est d'ailleurs partagée par un autre de nos informateurs-décideurs, cette fois un directeur d'un service de génie-biomédical dans un centre hospitalier :

> **Au terme des transformations**, c'est-à-dire de l'informatisation avec la mise en place d'un nouveau système de laboratoire, de robots, de nouveaux équipements, **il fallait que nous soyons parmi les trois établissements les plus efficients dans la province. Nous nous sommes donnés cet objectif**. Nous avons investi 7 millions. Notre préoccupation consistait donc à demeurer aussi efficient qu'auparavant, voire même plus. Il y aurait eu un recul si nous n'avions pas été capables de démontrer que nous faisions partie des trois établissements les plus performants dans la province. **Il fallait vraiment être capable de démontrer que c'était rentable. C'est la base**.

Ces derniers extraits confirment ce que nous avons constaté plus haut concernant l'emprise d'une vision productiviste néoclassique qui s'érige en logique surdéterminante de la gestion du système sociosanitaire. Ils témoignent du fait qu'on a assigné au virage ambulatoire informatisé l'objectif premier d'augmenter la productivité des établissements sanitaires, sans quoi ce serait un échec [il y aurait eu un recul si nous n'avions pas été capables de démontrer que nous faisions partie des trois établissements les plus performants]. Ainsi, non seulement cette logique ne tient pas compte de l'efficience clinique et thérapeutique, sauf de façon rhétorique, comme nous l'avons vu dans les deux chapitres précédents, mais elle dissout par son intransigeance tout effort d'arrimage de cet objectif avec celui d'une rationalisation des coûts, parce que dans cette logique productiviste, cette «rationalisation» veut essentiellement dire optimiser le rendement des ressources et maximiser la rentabilité des investissements. C'est ce qui explique que dans cette logique, on ne tient pas vraiment compte de l'efficience clinique et thérapeutique et de son amélioration, comme objectif devant orienter la réorganisation des services de soins. Cela explique aussi que cette logique *top down* de mise en place des TIC en santé ne fasse que très difficilement «bon ménage», quand elle ne s'y oppose pas, avec la logique *bottom up* davantage pratiquée par les professionnels de la santé et pour lesquels, de façon générale, comme nous le verrons dans la prochaine sous-section de ce chapitre, l'efficience clinique et thérapeutique est la raison d'être, la finalité d'usage, des services de soins et la raison première pour utiliser les TIC.

6.2.2 La centralité de l'efficience clinique et thérapeutique pour les professionnels de la santé

Contrairement à l'objectif de réduction des coûts des services de soins par l'augmentation de la productivité du travail médical visé par les décideurs, les professionnels de la santé pensent de façon générale que le virage ambulatoire

informatisé peut et doit améliorer l'efficience clinique et thérapeutique. Au-delà des «formules toutes faites», préfabriquées, préconçues et affirmant le caractère incontournable de l'informatisation pour résoudre la crise du système sociosanitaire, qui émaillent par moment leur discours et dont ils ont été imprégnés dans leur côtoiement avec le discours officiel et leurs rapports avec les décideurs, nos informateurs membres du personnel soignant ont indiqué que l'objectif ultime du virage ambulatoire informatisé consistait à améliorer la qualité des soins offerts aux patients, laquelle devait passer en tout premier lieu par une amélioration des conditions du travail médical. Pour eux, l'informatisation des services de soins est un moyen pour augmenter leur efficience clinique et thérapeutique, laquelle repose sur des considérations fondamentalement différentes, mais non nécessairement incompatibles, avec l'objectif de réaliser des économies. Ils considèrent que l'ambulatoire informatisé doit être un soutien à la pratique clinique, comme l'affirme ce médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier :

> **Mon objectif était de donner un service approprié aux besoins du patient, parce que si le service n'est pas approprié à ses besoins, même dans une situation d'économie, je serais plus ou moins intéressée**. Je regarde ce que les patients veulent et ce qu'ils demandent. Ils veulent obtenir des interventions rapides, mais appropriées, équilibrées à leurs besoins [...]. Ce qui est preneur et intéressant, c'est lorsqu'on répond à un besoin réel du patient. [...] **La principale préoccupation est de s'assurer qu'un service répond à un besoin du patient, afin que son état de santé s'améliore**.

Il est clair, pour cet informateur, que la pertinence de la technologie en question s'évalue en fonction de sa capacité à améliorer la qualité du travail médical et, de ce fait, la qualité des services de soins offerts aux patients [s'assurer qu'un service répond à un besoin du patient, afin que son état de santé s'améliore]. Ici, bien que la perspective de réaliser des économies ne soit pas nécessairement conçue comme incompatible avec la qualité des soins, ce sont la qualité du service offert aux patients et la finalité d'usage de celui-ci, améliorer l'état de santé du patient, qui importent d'abord et avant tout[541].

C'est précisément ce qu'a soutenu un médecin responsable d'un système d'information dans une région du Québec, qui résultait d'un effort des professionnels de

---

[541] Préoccupation qui n'était présente dans le discours de l'État que comme garant légitimateur de l'affirmation de la nécessité de réduire les coûts des services de soins, comme nous l'avons montré dans le chapitre 4.

la santé pour créer un outil technologique favorisant l'échange d'informations cliniques en temps réel entre les établissements et entre les différents professionnels de la santé, dans le but de soutenir le continuum de soins pour les personnes âgées ou les adultes en perte d'autonomie. L'objectif de base de ce projet, mené selon la logique *bottom up*, consistait à assurer la permanence du travail médical pour le bénéfice des patients qui doivent recevoir en continuité différents services de soins. D'où la vocation du système d'information en question qui, au départ, consistait à améliorer la qualité des soins, selon le médecin responsable du projet que nous avons rencontré :

> Le projet consistait à **offrir le bon service à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment**. C'était notre objectif de départ, afin d'assurer une cohérence, une coordination et une prévention précoce. S'assurer que nos aînés soient bien pris en charge. [...] Il est évident que si la coordination est améliorée, la planification du congé de l'hôpital va être plus rapide, d'où la possibilité de réduire la durée d'hospitalisation. **Mais, le but consistait vraiment à nous centrer sur les besoins du client. [...] C'est certain que le grands objectifs du programme consistaient vraiment à améliorer la qualité des soins [...] et c'est à partir de cela que nous est venue l'idée d'échanger de l'information au quotidien**.

Ici, on souligne qu'une «meilleure» planification des soins pourrait améliorer leur qualité. Une «meilleure» planification des soins qui, contrairement à ce que cela signifie pour la plupart des décideurs, ne veut pas dire augmenter la rapidité d'exécution des tâches médicales en soi, mais mieux organiser les soins afin de dispenser un service plus adéquat [offrir le bon service à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment], même si logiquement cela accélérera probablement la prestation de celui-ci, comme le resouligne le même médecin par les propos suivants :

> Nous cherchions à mettre en place une infrastructure permettant d'obtenir de l'information en temps réel sur un client. Nous voulions permettre aux intervenants de différents services d'échanger de l'information en temps réel sur un client, parce qu'ils interviennent en même temps sur ce client. [...] **[Nous voulions] mieux planifier les services autour d'un client**.

Dans cet extrait, il est clair qu'on pose l'implantation de la mise à disposition et en circulation informatiques de l'information non pas pour effectuer des économies, mais pour favoriser l'amélioration de la qualité du travail médical **pour** le patient [mieux planifier les services autour d'un client]. C'est l'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins qui prédomine comme objectif. L'informatisation est

donc ici conçue comme un moyen non pas de substitution technique du travail vivant médical, d'intensification de ce dernier, de réduction des coûts des services de soins - ce qui n'est toutefois pas incompatible, comme nous l'avons souligné un peu plus haut - mais comme un moyen additionnel, complémentaire, de soutien pour les professionnels de la santé, un moyen d'amélioration de la qualité des services de soins offerts aux patients, dans un souci de leur bien-être comme dirait Jean Gadrey[542]. Ce qui correspond, pour un infirmier responsable d'un système d'information, à la perspective d'amener les patients à mieux progresser dans le cheminement de recouvrement de leur santé :

> Avec ce système d'information, **je visais en tant qu'infirmier à augmenter la qualité de mon service**. Si j'avais un patient qui était incapable de marcher, je voulais m'assurer qu'il allait marcher pour améliorer son état. Je voulais m'assurer que le patient allait marcher les distances prescrites en informant mon équipe de la situation. Je voulais être en mesure d'évaluer les progrès de mon patient. Tels étaient les buts que nous voulions atteindre.

L'objectif assigné aux TIC par cet infirmier est donc fondamentalement différent de celui privilégié par l'État et par la plupart des décideurs. Ici, aucune allusion n'est faite à la perspective d'augmenter la productivité du travail médical pour diminuer les coûts des services de soins. On ne parle que de la possibilité d'améliorer la qualité du travail médical dans une logique d'amélioration de la qualité des soins aux patients. La mise à disposition et en circulation informatiques de l'information est donc conçue comme un moyen pour une meilleure prise en charge des patients afin de leur assurer un suivi aussi adéquat que peuvent le concevoir les professionnels de la santé. C'est ce que laisse entendre un médecin au sein d'une régie régionale impliqué dans le déploiement d'un système d'information :

> **On peut présumer que la ressource informationnelle va améliorer la continuité des soins, laquelle devrait améliorer la qualité des soins en général**. Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte à ce propos. Le fait de pouvoir être en mesure, en consultant un ordinateur, d'avoir rapidement des données - relatives au rapport du laboratoire, aux antécédents personnels et aux allergies - concernant un patient, qui vient par exemple de se présenter à l'urgence, contribuerait à l'amélioration de la prise de décision clinique. **Cela pourrait faire en sorte d'améliorer la qualité des**

---

[542] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 50.

soins sans faire perdre de temps au patient.

Pour cet informateur, l'utilité de l'informatisation des services de soins réside dans la perspective de faciliter les tâches cliniques quotidiennes des professionnels de la santé, et donc, dans l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population. Ainsi, la mise à disposition et en circulation informatiques de l'information médicale pourrait selon cet informateur mieux soutenir le travail des professionnels de la santé, au bénéfice évident des patients, et favoriser une prise en charge plus adéquate de ceux-ci, comme le laisse aussi entendre un radiologue responsable de la mise en place d'un projet de téléradiologie dans un centre hospitalier :

> Le principal avantage du système d'information était de **rendre l'information disponible plus rapidement**, de la faire circuler, pour être moins dépendant des films conventionnels. Si j'ai besoin d'un examen antérieur, il n'est plus nécessaire de téléphoner aux archives pour se le procurer. Je peux désormais le retrouver facilement. C'est donc plus fonctionnel. [...] **Le médecin à l'urgence n'a plus besoin de venir nous voir lorsqu'il a des interrogations**, en faisant attendre son patient quand il vient consulter un radiologue. Nous avons également installé des stations munies d'un téléphone. Le médecin peut communiquer avec le radiologue pour lui demander, par exemple, de vérifier telle image afin d'obtenir un avis. De cette façon, il n'a pas besoin de se déplacer et de nous déranger. La vie est beaucoup plus facile.

Il est clair, selon cet informateur, que la «fluidification» des processus cliniques autorisée par les TIC favorise la qualité du travail médical. Grâce à la technologie à laquelle cet informateur fait référence, les médecins peuvent être plus efficients sur les plans clinique et thérapeutique. On pose la nécessité de faire en sorte que les TIC **soutiennent** le travail médical. On part ainsi du principe que la qualité du travail médical aura un effet direct sur la qualité des services de soins dispensés aux patients, du fait que les professionnels de la santé pourront mieux utiliser leur expertise pour améliorer l'état de santé d'un patient donné. Il s'agit donc d'une conception tout à fait opposée à celle de l'État qui postule que l'augmentation de la productivité du travail médical est la condition nécessaire pour qu'il y ait amélioration de la qualité des soins, tel que nous l'avons souligné dans le chapitre 4. Ainsi, plutôt que de viser l'abaissement des coûts des services de soins suivant les exigences de la logique productiviste, nos informateurs membres du personnel soignant considèrent que les TIC peuvent contribuer à la mise en place d'une meilleure organisation du travail qui se conjugue avec une offre de services de soins de plus grande qualité. En attestent par leurs commentaires deux de nos

informateurs, le premier est infirmier responsable d'un projet de télésanté et le deuxième est médecin responsable d'un système d'information destiné aux soins gériatriques :

> Notre projet avait **pour objectif de soutenir les travailleurs du CLSC et de les aider à prendre contact avec les partenaires [les différents professionnels de la santé du système sociosanitaire]**. [...] Nous voulions travailler avec les partenaires. Pendant des années, nous avons travaillé en silos, sans pouvoir impliquer tous les partenaires. Je pense donc qu'il s'agissait d'une occasion pour soutenir les intervenants et pour les mettre en lien avec les partenaires. C'est ce qu'on souhaitait.
>
> **La qualité de la relation patient-intervenant peut être très différente si l'intervenant arrive avec plusieurs informations en main, au domicile du patient**. À ce moment là, je pense que l'intervenant pourra aller plus en profondeur sur certains besoins exprimés pendant l'entrevue avec le client. [...] Le gain de temps fait qu'on peut approfondir les problèmes vécus par le patient et sa famille.

Ces médecins pensent donc que le patient peut bénéficier du travail en réseau et de la mise à disposition numérique de l'information, du fait que les professionnels de la santé peuvent disposer des informations pertinentes aux moments adéquats quand ils soignent leurs patients. Notons cependant que les bienfaits de la transformation du rapport pratique clinique / temps sont ramenés ici à la possibilité d'effectuer une **meilleure** évaluation du patient, et non pas à la perspective de traiter **plus** de patients, comme le veulent l'État et les décideurs locaux. C'est également ce que laisse entendre ce médecin responsable d'un projet régional de télémédecine par les propos suivants sur l'accessibilité accrue aux services de soins :

> Le patient pourra se rendre au point de service, dans son village, pour avoir ses contrôles de laboratoire, son auscultation, son examen, son électrocardiogramme et ses ajustements de prescriptions. Tout cela en demeurant dans son village. [...] Je ne rends pas plus efficace le médecin mais plus accessible. C'est certain qu'en étant plus accessible, il sera plus efficace là-bas. **Mais cela veut dire qu'on sécurise l'accessibilité aux soins [pour les gens éloignés]**.

Ainsi, pour nos informateurs professionnels de la santé, il est clair que si les TIC sont construites pour soutenir les pratiques médicales, elles peuvent contribuer à l'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique. Il faudrait cependant que les TIC soient au service des professionnels de la santé, et non l'inverse. Ce qui nous amène à penser que les TIC devraient être mises en place suivant une logique de complémentarité

et non de substitution[543]. C'est ce que signifie ce médecin responsable d'un projet informatique :

> **L'informatique, c'est un des moyens pour améliorer la qualité**, la continuité, le gain et l'augmentation de la productivité, si vous faites référence à cela. Je pense que c'est un des moyens pour y parvenir. Les nouvelles technologies peuvent nous conduire à l'atteinte de tels résultats, **si elles sont bien conçues à partir des besoins des clients et des intervenants, c'est-à-dire conçues en fonction des processus cliniques et non pas uniquement suivant des processus administratifs**. Je pense qu'on va en arriver à l'atteinte de cet objectif. [...] Les éléments qui améliorent la productivité des intervenants sont les suivants. Lorsqu'ils cherchent un résultat de laboratoire, ils peuvent l'avoir tout de suite devant les yeux. [...] Le résultat apparaît sur l'écran de l'omnipraticien. Il n'a donc pas besoin de téléphoner à la secrétaire en lui demandant de téléphoner au laboratoire. [...] Avec l'informatique, **[...] on pourrait avoir des gains de productivité à toutes les étapes : à l'étape de l'évaluation diagnostic, des diagnostics différentiels, de l'information à donner au client**. Bref, à toutes les étapes on peut gagner des gains de productivité.

Dans cet extrait, l'utilisation du terme «productivité» sert à qualifier une réalité différente de celle à laquelle font référence l'État, dans son discours officiel, et les décideurs dans leur justification de la nécessité de la réorganisation ambulatoire informatisée. En effet, le terme «productivité» est employé par ce médecin comme un synonyme à celui d'efficience clinique et thérapeutique. En témoigne l'absence d'allusions à la diminution des coûts des services de soins, alors qu'on fait explicitement référence à l'amélioration des diagnostics (simples et différentiels) induite par une accélération de la circulation de l'information dans les «processus cliniques», bénéfique pour la qualité du travail médical et par le fait même pour le patient, selon cet informateur. C'est également à cette efficience clinique et thérapeutique que fait référence un autre de nos informateurs, cette fois un infirmier responsable d'un système d'information dans un centre hospitalier régional. En effet pour celui-ci, l'objectif fondamental de ce système d'information réside essentiellement dans la possibilité d'offrir un meilleur service aux patients. Pour les infirmiers et les infirmières qui devaient l'utiliser, c'est uniquement à cette condition qu'il devait être implanté. En témoigne le fait qu'au moment de l'implantation, il a fallu dire aux infirmiers et infirmières qu'il contribuerait à l'amélioration de la qualité des soins, sans quoi ils / elles

---

543 Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, section 1 du chapitre 14 intitulée «De la substitution à la complémentarité», p. 272-275.

auraient refusé de l'utiliser :

> Pour vendre [convaincre] le système d'information en question aux infirmières, **il fallait leur dire que c'était pour l'amélioration de la qualité des soins**.

Cet extrait nous ramène au garant légitimateur de la réorganisation du système sociosanitaire, l'évocation de l'amélioration de la qualité des soins, pour convaincre les professionnels de la santé de la pertinence de prendre un virage ambulatoire informatisé. Or, à la lumière de l'ensemble des témoignages recueillis dans notre enquête, on constate que les décideurs n'intègrent pas dans leurs critères d'évaluation de la «performance» des services de soins l'efficience clinique et thérapeutique, tel que l'affirme un infirmier responsable d'un centre ambulatoire régional :

> **En tant qu'infirmier, c'est la qualité qu'on va donner au patient qui est importante**. Mais en même temps, on se doit de penser à l'autre performance. C'est incroyable, je vous donne un exemple. On a des statistiques qui nous sont demandées par le ministère, par exemple, combien de patients a-t-on vus, le nombre d'heures, etc. **Un travailleur social me disait l'autre jour qu'il n'en croyait pas ses yeux parce que [les critères statistiques du MSSS ne tiennent pas compte du fait qu'il...] avait passé 1h30 avec un patient et sa famille. Il peut passer une demie journée avec la famille, mais si le patient n'est pas présent il ne pourra l'inclure dans les statistiques**. [...] Le travailleur social ne peut pas passer à côté de cela, puisqu'il se doit d'être vigilant. Pour les entrevues que font les psychologues, certaines vont durer une heure et d'autres trois heures, par exemple dans le cas où un patient doit subir des tests psychométriques. Il faut donc connaître le contexte de consultation. **Cette performance du ministère, je la comprends, mais en même temps, je ne peux pas passer à côté et reprocher à un intervenant d'avoir pris en consultation un patient pour 3 heures**. Je me soucie de la qualité des soins, mais en même temps je ne peux pas oublier la performance en terme de nombre de patients qu'on nous oblige à traiter à l'heure, pour des raisons monétaires. Elle est importante aussi.

Dans cet extrait, notre informateur soulève un problème fondamental de la conception productiviste des services de soins. On constate en effet que les décideurs ne conçoivent la «performance» des services de soins qu'en fonction d'impératifs de temps, de rapidité, de quantum d'actes médicaux et de coûts. Or, ces impératifs exigent que la durée d'une consultation soit tendanciellement réduite, comprimée, ce qui tend à détériorer l'efficience clinique et thérapeutique d'un service de soins. Ainsi, plus une

consultation est longue, moins elle est considérée par l'État et les décideurs comme productive, du fait qu'elle entraîne des coûts plus importants. Ce qui nous amène à conclure que ces acteurs manquent, pour ne pas dire n'ont pas, de considération pour la finalité d'usage des services de soins, pour la «réalité des problèmes à résoudre» dans le cadre des services de soins, pour reprendre l'expression de Gadrey[544]. Ce qui devait inévitablement conduire à de multiples problèmes d'ordre clinique dans la prestation des soins.

6.3 UNE LOGIQUE *TOP DOWN* D'IMPLANTATION DES TIC CONTRADICTOIRE AVEC L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

6.3.1 L'«absence» de soutien à la pratique clinique

La conception de la productivité qui domine chez les décideurs et qui dirige la mise en place de l'ambulatoire informatisé impose la prééminence de la raison économique sur la raison clinique. En effet, les témoignages recueillis auprès des membres du personnel soignant indiquent que plusieurs problèmes se sont posés sur le plan médical dans le processus d'informatisation des services de soins, comme nous l'avons constaté dans les chapitres précédents et plus haut dans celui-ci, parce qu'il y a incompatibilité entre la raison économique néoclassique, marginaliste et productiviste, et la raison clinique, la première surdéterminant tout le processus de mise en place et de déploiement des TIC dans le secteur de la santé, ce qui ne pouvait à terme qu'entraîner de multiples problèmes sur le plan de la qualité des conditions du travail médical et des soins.

Parmi les problèmes soulevés par nos informateurs professionnels de la santé, c'est celui du manque de soutien à la pratique clinique qui semble le plus préoccupant. En effet, plusieurs ont affirmé que les TIC, telles que mises en place par les instances décisionnelles (direction d'établissement, régie régionale et /ou MSSS) n'apportaient que peu ou n'amélioraient en rien leurs conditions de pratique clinique quotidienne, au contraire de leurs attentes organisées autour de l'objectif d'amélioration des services de soins offerts à la population québécoise. Pour eux, les TIC mises en place de façon *top down* ne permettent pas d'améliorer l'efficience clinique et thérapeutique. Ce qui n'est guère surprenant du fait que l'État et les décideurs locaux ont privilégié, tel que nous

---

[544] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 323.

l'avons constaté plus haut dans ce chapitre, des projets d'ambulatoire informatisé qui devaient apporter des bénéfices monétaires en tout premier lieu. Dans l'environnement de la pratique médicale, cette ligne directrice a eu pour effet de contraindre les professionnels de la santé à utiliser certaines technologies sans qu'on tienne vraiment compte de leur point de vue sur la façon de les concevoir, de les implanter, de les déployer et de les utiliser. Ce qui a débouché sur une non-amélioration des conditions du travail médical, tel que le laisse entendre cet infirmier :

> **Le transfert d'informations peut nous** [les infirmiers et infirmières] **aider en allégeant notre tâche**. Cela pourrait nous soutenir dans notre travail. Mais **encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique et qu'ils remplissent le mandat qu'ils sont supposés remplir** [un mandat clinique]. Malheureusement, le terrain montre qu'il y a plein d'expériences où ce n'est pas le cas. [...] **En plus, c'est compliqué. L'informatique n'apporte rien à notre dynamique de travail**. [...] Par exemple, le système d'information [x] **n'allège pas du tout notre travail. Il le rend plus lourd**.

Ainsi, sur le terrain de la pratique clinique, on s'aperçoit que la façon d'implanter et de déployer les TIC suit une logique incompatible avec la possibilité d'améliorer la qualité des conditions du travail médical dans un souci d'augmentation de l'efficience clinique et thérapeutique [encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique [...] ; l'informatique n'apporte rien à notre dynamique de travail]. On doit penser que la raison économique motivant cette façon d'implanter les TIC entre en contradiction avec la raison clinique et que cette contradiction est la règle plutôt que l'exception [il y a plein d'expériences où ce ne fut pas le cas]. C'est cette contradiction qui explique l'absence de soutien réel à la pratique clinique, comme le fait qu'on ne s'est que peu préoccupé de s'assurer qu'elles correspondent aux besoins du travail médical proprement dit [encore faut-il que ces outils technologiques soient conviviaux avec notre pratique]. Ce qui ne peut que constituer un obstacle à l'intégration des TIC dans la quotidienneté du travail des professionnels de la santé, comme l'ont montré Pascale Lehoux, Claude Sicotte, Jean-Louis Denis, Mark Berg et André Lacroix[545]. Selon le personnel soignant, c'est la raison clinique qui aurait dû prédominer d'abord et avant tout. Non seulement cette dimension centrale de la prestation d'un service de soins que constitue l'efficience clinique et thérapeutique n'était pas prédominante, et ne l'est

[545] Pascale Lehoux, Claude Sicotte, Jean-Louis Denis, Mark Berg et André Lacroix, «The theory of use behind telemedicine : how compatible with physicians' clinical routines ?», *Social Science and Medicine*, no. 54, 2002, p. 889-904.

toujours pas, mais elle est selon les professionnels de la santé absente. C'est ce qu'a affirmé un médecin responsable d'un système d'information, un infirmier-conseil à l'OIIQ et un médecin directeur des services professionnels d'un centre hospitalier impliqué dans un projet régional de télémédecine :

> **C'est comme si le MSSS voulait jeter la technologie. Jeter tout le processus clinique qu'on a bâti derrière cette technologie**. [...] Pourtant, dans les orientations ministérielles, il est bien écrit qu'on voulait travailler en réseau intégré. [...] Je pense que ce sont des niveaux politiques qu'on ne peut pas comprendre. On ne peut pas comprendre leur agenda quelques fois. Cela me dépasse. **En ce qui me concerne, je démarre à partir de besoins cliniques, d'approches cliniques**.
>
> **C'est toujours le contrôle**. Que voulait-on contrôler ? Il faudrait le savoir clairement. [...] **C'est ce qui arrive avec cette technologie, il y a des rébellions parce que les vraies choses ne sont pas dites**.
>
> Le MSSS a surtout poussé avec l'informatisation, ces dernières années, pour obtenir des chiffres et des statistiques d'un point de vue administratif. **Nous n'avons pas eu vraiment d'apports ou d'appuis qui soient tangibles sur le plan clinique. À mon sens, il s'agit d'une très grave erreur**. Je ne dis pas que les statistiques ne sont pas importantes, mais je me demande si jusqu'à un certain point ce n'est pas partir la machine à l'envers. [...] **Nous sommes toujours partis à l'envers en voulant fournir du papier et des statistiques à Québec avant de donner des outils cliniques** [aux professionnels de la santé].

Ainsi, l'un des points centraux de la critique exprimée par les professionnels de la santé, au sujet de la façon d'implanter les TIC, réside dans l'absence ou le peu de considérations cliniques qui prévalent dans le passage à l'ambulatoire informatisé. Pour eux, cela constitue une «erreur» [il s'agit d'une grave erreur], car leur expérience indique clairement que la logique *top down* d'implantation des TIC n'obéit pas au souci d'améliorer la qualité des conditions du travail médical [nous n'avons pas eu vraiment d'apports ou d'appuis qui soient tangibles sur le plan clinique]. Il y a donc non seulement non-amélioration réelle des conditions du travail médical, au contraire de ce que prétend le discours officiel et celui des décideurs locaux, comme nous l'avons montré dans les deux chapitres précédents, mais pire, cela induit un ensemble de contraintes additionnelles qui menacent encore davantage les conditions du travail médical et la qualité des soins.

6.3.2 De nouvelles contraintes qui bloquent la possibilité d'améliorer les conditions du travail médical

La logique *top down* d'implantation des TIC a contraint les professionnels de la santé à subir une informatisation de leur pratique qui a débouché sur une diminution dans les faits de la qualité de leur travail. Celle-ci résulte en grande partie d'un ensemble d'effets induits par l'utilisation des TIC qui ont déconstruits en partie l'organisation du travail modelée par la raison clinique, telle qu'élaborée dans le système de santé fordiste-keynésiste. C'est ce que le laisse entendre un infirmier que nous avons rencontré à l'OIIQ, précisant que certaines TIC ont rapidement été perçues comme inutiles par ceux qui ont dû les utiliser, les professionnels de la santé :

> Nous nous sommes demandés, comme infirmiers sur le terrain, ce que la technologie [x] nous procure. **Nous devons dupliquer nos entrées de données** du fait qu'elles doivent figurer à plusieurs endroits. Or, pour soigner nos patients en temps réel [...] **nous ne voyons pas du tout ce que cette technologie nous apporte**. [...] On impose une technologie, alors que les infirmiers n'ont jamais été consulté. Je suis désolé, mais il s'agit d'un gros problème avec le MSSS. **Cette technologie ne rejoint pas du tout nos préoccupations par rapport à notre pratique clinique**. [...] [Les autorités] n'ont pas géré le changement dans le passage du manuscrit au numérique. Or, il faut gérer ce changement. [...] [De plus] on a, à plusieurs reprises, refusé d'embaucher une personne-ressource qui soit entièrement responsable du projet technologique. **C'est toujours le directeur des soins infirmiers qui le gère lui-même**. De plus, nous n'avons pas d'équipements. **Si vous rassemblez ces problèmes, vous voyez jusqu'à quel point le projet technologique est très peu prometteur**. Comment veut-on que les infirmiers croient au projet lorsqu'ils se rendent compte que c'est uniquement pour fournir des données quantitatives au MSSS. Il faut absolument débuter sur le terrain de façon à ce que la technologie apporte une plus-value [au travail médical]. Les médecins partagent cette opinion.

Par cet extrait, on constate que la qualité du travail médical a été l'une des dimensions les plus affectées par la façon privilégiée d'informatiser les services de soins. En effet, cette logique productiviste *top down* d'informatisation empruntée par les décideurs occulte la raison clinique déterminant le travail médical [cette technologie ne rejoint pas du tout nos préoccupations par rapport à notre pratique clinique], la raison de soigner [pour soigner nos patients en temps réel], comme finalité d'usage des services de soins. Ce qui nous ramène au caractère inadéquat de cette logique d'implantation des TIC modelée par la prééminence de la raison économique sur la raison clinique, tel que nous l'avons vu dans le chapitre précédent et plus haut dans celui-ci. Cette prééminence

de la raison économique fait en sorte qu'on réifie, défigure, la finalité d'usage des services de soins en problème économique - diminuer les coûts à tout prix - occultant ainsi que la raison d'usage des services de soins est le recouvrement de la santé. D'où la confrontation inévitable, qui se pose sur le plan clinique et thérapeutique, entre ces principes réorganisationnels du travail médical et la raison d'être du travail des professionnels de la santé. C'est pourquoi, tel que l'ont expliqué la plupart de nos informateurs membres du personnel soignant, les professionnels de la santé n'ont pas compris pourquoi ils devaient nécessairement utiliser les TIC, pourquoi on les contraignait à le faire, compte tenu qu'elles ne favorisaient pas *de facto* l'atteinte d'une plus grande efficience clinique. En outre, pour trois de nos informateurs, le premier qui est infirmier responsable d'un système d'information dans une régie régionale, le deuxième qui est infirmier responsable d'un système d'information dans un centre hospitalier et le troisième qui est infirmier-conseil, cette absence réelle de considérations pour l'efficience clinique et thérapeutique de la part des décideurs a constitué une source d'interrogations fréquentes et de nombreux commentaires :

> Le commentaire général que faisaient les infirmières consistait à dire **que l'utilisation de l'informatique retardait, c'est-à-dire prolongeait le temps, qui initialement était plus court quand elles travaillaient en mode papier**. Auparavant, elles rédigeaient leur rapport manuellement et de façon beaucoup plus rapide. Maintenant, quand tu travailles avec une souris et que tu ne sais pas où sont situées les touches sur le clavier, **l'utilisation de l'informatique prend deux fois plus de temps**. [...] J'ai fait un bilan en 2001 après avoir implanté cette technologie. J'ai fait un bilan dans l'ensemble du réseau en interrogeant tout le monde pour savoir comment ils vivaient avec ce système. L'une des questions que je me suis fait poser le plus était celle de savoir **à qui le système d'information servait et pourquoi**. Les gens [les professionnels de la santé] ne savaient pas ce qu'il en était. [...] **Ils ne voyaient pas du tout les avantages du système**. Il a donc fallu faire un autre tour de roue pour essayer d'expliquer à quoi servait le système d'information. La dynamique ambulatoire était comprise par les gens, alors que le système, quoique nous véhiculions des objectifs de continuité des services et de complémentarité, l'était plus difficilement. **La personne qui était devant l'écran**, qui mettait de l'information de bonne foi dans le système, **ne voyait pas vraiment pourquoi elle posait cette action de façon informatique, alors qu'auparavant elle le faisait en mode papier et que tout se faisait beaucoup mieux**.
>
> **C'est incroyable le nombre de commentaires reçus, malgré le support que nous avons donné. Même après la mise en place du système d'information, les infirmières continuaient d'utiliser leur cardex**. Une fois le cardex complété, il fallait ressaisir l'information

> informatiquement. [...] Nous avons quand même rassuré les infirmières en leur disant que nous pouvions recommencer. Elles faisaient déjà une vérification, une fois par jour, des dossiers de chaque patient par unité [de soins]. **On leur a donc dit, en effectuant leur vérification, de prendre le temps de saisir les données**. Mais c'est certain que les infirmières avaient un manque d'habileté à ce niveau. **C'est long pour elles, car elles font de toute façon la vérification officielle**. L'idée de saisir les données dans le système était **une autre étape, qui était plus longue**, car elles n'avaient pas la dextérité informatique à cette époque.
>
> Dans un document, nous évoquions **la nécessité que les technologies soient conviviales pour les infirmières en les soutenant dans leur pratique** [clinique], et non l'inverse. Parce qu'**on ne peut pas changer la pratique infirmière pour s'adapter à l'informatique. Il faut que ce soit l'inverse**. Nous voulions que certains projets soient développés par des professionnels [de la santé]. [...] Ils [les décideurs des établissements sanitaires, des régies régionales et / ou du MSSS] **n'ont pas à nous imposer des systèmes qui ne correspondent pas à notre pratique. C'est le gros problème**. Nous voulions également que les infirmières soient soutenues dans leur formation. [...] Si on ne se penche là-dessus, les infirmières vont se faire imposer des choses et nous ne déciderons donc pas. C'est embêtant.

Ces extraits indiquent bien que les professionnels de la santé n'ont pas trouvé d'utilité clinique réelle à l'informatisation des services de soins, du moins telle qu'elle a été conduite par l'État et les décideurs. Cela montre aussi l'importance de la divergence entre les conceptions des professionnels de la santé et celles des gestionnaires au sujet de l'utilité (voire de la nécessité) et des effets de l'informatisation. On peut penser que, si les TIC avaient été implantées pour soutenir le travail médical quotidien comme tel des professionnels de la santé, ceux-ci n'auraient pas remis en cause leur pertinence. L'objectif assigné à l'ambulatoire informatisé aurait alors été partagé par les décideurs et les professionnels de la santé, tout comme la conception de la manière d'organiser la prestation de soins[546]. Au contraire, ces extraits montrent avec éloquence comment la logique productiviste d'implantation des TIC en santé s'est avérée problématique pour le travail clinique quotidien des professionnels de la santé, parce qu'on a alourdi leurs tâches et qu'on leur a imposé une nouvelle façon de travailler qui ne correspond pas à leurs attentes en tant que praticiens ni aux exigences médicales auxquelles leur métier les confronte. Cela met en lumière le sens véritable du virage ambulatoire informatisé, lequel a été mis en place suivant une logique de substitution du travail vivant par de la

---

[546] Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore, «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», article cité, p. 65-104.

technique, ce qui impliquait une transformation du travail médical non pas pour améliorer l'efficience clinique et thérapeutique, mais pour augmenter sa productivité et diminuer le coût des services de soins assumés par le secteur public, comme nous l'avons d'ailleurs montré dans les chapitres précédents.

Ainsi, cette logique de substitution implique que les professionnels de la santé doivent s'adapter aux TIC, plutôt que l'inverse. Cela pose problème sur le plan médical, car alors on donne à la raison économique le pouvoir de déterminer comment les services de soins doivent être dispensés. C'est là le problème fondamental posé par cette logique *top down* qui impose les TIC comme la solution à tous les problèmes du système sociosanitaire, alors que pour les professionnels de la santé ce devrait être l'inverse. Pour deux spécialistes en informatique responsables d'un service de génie-biomédical d'un centre hospitalier que nous avons rencontré ensemble, cela relève d'une impossibilité :

> Il y a peut-être des choses que la technologie va changer, par exemple au niveau de la pénurie des effectifs médicaux. Mais, au niveau des soins infirmiers, jusqu'à un certain point. [...] [De plus] je ne pense pas que la télémédecine va pouvoir remplacer un spécialiste. [...] **Le ministère tente de forcer la centralisation des expertises, en pensant que la télémédecine va permettre de combler les besoins en région, ce qui leur permettrait de faire des économies**, notamment sur les équipements médicaux qu'ils n'auraient pas besoin d'acheter dans toutes les régions. **Je ne suis pas certain qu'on surmonterait tous les problèmes**. [...] **Que fait-on s'il y a une panne de réseau, un télémanipulateur, une construction qui coupe un câble ? Si on utilise le satellite, il peut y avoir des ondes brouillées et toutes sortes de problèmes. Que fait-on dans un tel scénario ?** Je ne pense pas qu'on doive investir massivement dans la télémédecine pour prouver sa faisabilité.

Ce témoignage laisse entendre que l'implantation des TIC en santé aurait dû être arrimée aux attentes de ceux par qui les soins sont possibles, les professionnels de la santé, du fait de leur autorité légitime tenant à leur savoir et à leur éthique de pratique, ce qui aurait conduit à adopter une logique de complémentarité plutôt que de substitution, comme c'est le cas pour la plupart des projets expérimentaux de TIC en santé issus de leurs initiatives, selon une logique *bottom up*, tel que l'ont montré Carré et Lacroix[547]. Cette logique de complémentarité permettrait éventuellement de concilier, si faire se peut,

---

[547] Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité, p. 258-259.

l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins et la possibilité de réduire les coûts des services de soins, compte tenu qu'à terme l'augmentation de la qualité des conditions du travail clinique entraîne de meilleurs soins, qui à leur tour améliorent le recouvrement de la santé, ce qui ultimement permet une diminution des coûts, comme nous l'avons souligné plus haut. Autrement, c'est l'efficience clinique et thérapeutique qui est vouée à l'effritement au nom des économies que les décideurs voulaient, et veulent encore, réaliser. Ainsi, l'ensemble de ces considérations nous amène à constater l'effet contradictoire auquel aboutit la logique *top down*, parce que la recherche à tout prix d'économies par l'intensification maximale du travail médical, la maximisation de sa productivité, conduit à l'effritement de l'efficience clinique et thérapeutique, donc à des conditions plus difficiles de recouvrement de la santé.

Il en va donc de la qualité des soins comme enjeu fondamental de la finalité d'usage des services de soins. Rappelons que l'amélioration de la qualité des soins dépend en grande partie du temps que les professionnels de la santé peuvent consacrer à leurs patients, à soigner, ainsi que plusieurs l'ont déjà montré[548]. C'est cette qualité du travail médical, fondée sur le «temps nécessaire requis», qui détermine, pour une part fondamentale, le degré d'efficience clinique et thérapeutique des services de soins, donc la qualité, comme condition centrale de l'amélioration de l'état de santé d'un patient. Or, les témoignages recueillis auprès de nos informateurs membres du personnel soignant nous amènent à penser que la logique productiviste dirigeant l'implantation et le déploiement des TIC conduit à l'altération de ce temps nécessaire requis à la qualité du travail médical, à le comprimer, ce qui en toute logique ne peut que «comprimer» les soins, en diminuer l'efficience clinique et thérapeutique.

6.3.3 Une logique de substitution du travail médical par les TIC qui conduit à l'effritement de la qualité de soins

En voulant comprimer la durée des consultations pour amener les professionnels de la santé à traiter le plus de patients possible grâce aux TIC, l'État et les décideurs n'ont pas tenu compte dans leur démarche de la spécificité des services de soins, lesquels

---

[548] Voir entre autres Claude Béraud, «Apprendre à soigner», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, ouvrage cité, p. 137 ; Jean Oulès, *La psychologie médicale*, ouvrage cité, p. 94 et suivantes ; et David Le Breton, «Réflexions sur la médicalisation de la douleur», dans Pierre Aiach et Daniel Delanoë (sous la direction), *L'ère de la médicalisation*, ouvrage cité, p. 159-174.

répondent à des impératifs spécifiques et fondamentalement différents de ceux qui président à la production industrielle des biens matériels. Comme nous l'avons souligné à différents moments de cette thèse, le service de soins constitue un acte et non une chose[549]. Or cet acte ne peut être comprimé dans un temps raccourci donné sans qu'il y ait une désagrégation relative de l'acte lui-même, les composantes nécessaires à sa prestation ne tenant plus dans l'unité de temps réduite impartie à sa réalisation. Mais puisque la logique *top down* repose sur une volonté d'intensification maximale, d'optimisation, du travail médical, c'est la prestation même du soin qui est compromise, d'une part parce qu'on cherche à augmenter le nombre d'actes à faire, de patients à voir, en plus d'alourdir les tâches des professionnels de la santé en y a ajoutant les tâches nécessités par l'intégration des équipements informatiques dans l'organisation du travail clinique et, d'autre part, du fait que les TIC incitent à la prise en charge à distance de patients, en substitution ou en ajout aux rencontres médecin / patient «classiques», c'est-à-dire en présentiel, le colloque singulier. Ces commentaires d'un infirmier-conseil à l'OIIQ, d'un médecin directeur des services professionnels dans un centre hospitalier et d'un responsable d'un service informatique et du génie-biomédical d'un autre centre hospitalier l'illustrent bien :

> Le problème, c'est que tant et aussi longtemps que nos systèmes ne seront pas conviviaux, il y aura des problèmes au niveau de leur utilisation. Avec nos systèmes actuels, nous entrons souvent 2 à 3 fois les données [dans le système], en plus de les conserver sur papier. On triple donc notre travail. C'est devenu lourd. [...] **Les intervenants passent encore moins de temps auprès du patient quand la situation devrait être l'inverse**. [...] **Il ne faut pas oublier que le temps passé à l'écran n'est pas du temps passé avec le patient**. Imaginez-vous la situation si l'écran est loin de mon poste de travail et que je dois attendre, de plus, 10 minutes avant de pouvoir entrer mes données, parce que quelqu'un l'utilise déjà, dans un contexte où le pharmacien attend après moi. **Je perds du temps. Le contact humain est très important. [...] On ne va pas remplacer les infirmières ou les médecins par les ordinateurs. Il faut nous faciliter la tâche**.
>
> Il n'en demeure pas moins que les intervenants de santé doivent s'habituer à travailler avec un nouvel outil de travail, ce qui n'est pas évident. [...] **Faire une consultation à distance, ce n'est pas pareil comme faire une intervention en face-à-face. Il y a beaucoup de choses dans l'informel, dans le non-dit, qui nous donnent beaucoup d'informations**. Quelques fois, on ne le réalise pas. Mais lorsque nous faisons un questionnaire, que ce soit l'infirmière ou le

[549] François Nusbaumer, *Les services. Nouvelle donne de l'économie*, ouvrage cité, p. 62.

> médecin, il y a beaucoup de choses qu'on intègre, et que le patient n'a pas dit. C'est bien connu. **Cliniquement, les professionnels trouvent souvent difficile de travailler avec un outil qui, dans le fond, fait office de barrière**. Cela fait partie des résistances. **Les médecins et les infirmières nous disent aimer voir le patient et lui toucher. [...] Les médecins m'ont dit qu'ils aiment examiner le patient, voir à quoi il ressemble**. Évidemment, nous étudions la possibilité d'utiliser de la vidéoconférence. C'est tout à fait possible, même au niveau auditif et vocal. **Mais il n'en demeure pas moins que l'outil est quand même une barrière. Ce n'est pas comme être en face du patient**. Mais, c'est quand même mieux de voir et de parler au patient que de seulement passer par l'écran informatique. [...] Mais il reste que pour le médecin, c'est important sur le plan diagnostic. **Les médecins sont donc un peu plus résistants en se disant qu'ils ne verront pas le patient devant eux pour l'examiner, pour le tâter. L'examen médical, physique, est quelque chose d'important pour le médecin**.
>
> [...] le pathologiste m'affirmait qu'il n'a pas simplement besoin de voir, mais également de toucher la pièce pour percevoir certaines imperfections, des bosses, des particules molles, etc.

Dans ces extraits où l'on réfère à des TIC implantées selon la logique *top down*, la relation entre le professionnel de la santé et le patient est surdéterminée par des impératifs de vitesse, comme critère fondamental de productivité du travail médical. Cette «accélération» des actes cliniques tend à effriter la relation socio-médicale encadrant le déroulement de la prestation du soin, ce qui soulève une résistance de la part des professionnels de la santé, d'une part, car cela menace la précision, l'efficience, de leurs observations et de leurs gestes cliniques et, d'autre part, parce que c'est contraire à l'essence même de la pratique médicale fondée autour de l'observation et du dialogue avec le patient [L'examen médical, physique, est quelque chose d'important pour le médecin]. Or, ce sont là des composantes centrales du service de soins, composantes qui reposent sur un savoir-faire souvent même de l'ordre de la connaissance tacite [il y a beaucoup de choses dans l'informel, dans le non-dit, qui nous donnent beaucoup d'informations] et qui jouent un rôle fondamental dans l'efficience clinique et thérapeutique[550]. La télémédecine, quand cela veut dire mise en relation d'un professionnel de la santé et d'un patient par le biais des TIC, pose justement ce problème de perte, de non-emploi de cet informel, de ce non-dit par le patient, de cette capacité à

---

[550] Voir à ce sujet : Maurice McGregor, «L'impact de la technologie sur le système sociosanitaire», dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 388 notamment. ; Michael Balint, *Le Médecin, son malade et la maladie*, ouvrage cité. ; et Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, ouvrage cité.

extraire par l'observation directe et en fonction de l'expérience du praticien, de sa connaissance dans ce qu'elle a de non formalisée, et qui font des professions médicales aussi un art, un métier. Cependant, dans la logique *top down* industrialo-productiviste, c'est précisément de cela qu'on veut se débarasser ; parce que c'est aussi sur cette base que se constitue l'autorité médicale du praticien, en plus de ses connaissances formelles qu'on veut s'approprier (contrôler) ; parce que le recours à cette forme de connaissance exige le contact direct avec le patient et le temps nécessaire à la transformation de cet informel en intuition, puis en conviction formalisée, ce qu'on a nommé plus haut le «temps nécessaire requis» à l'efficience clinique, qu'on veut réduire le plus possible ; et parce que cette connaissance expériencielle n'est que difficilement codifiable et fixable dans un dispositif technique qui puisse être substitué au praticien vivant qui en est le dépositaire. Ainsi, la télémédecine, pièce importante de la réorganisation des services de soins par l'ambulatoire informatisé, pose d'autant plus problème qu'elle est mise en place avec une logique de substitution du travail vivant des praticiens. Au bout du compte, c'est la précision des diagnostics qui est compromise du fait que les TIC ainsi mises en place représentent une perte de l'efficience clinique (la non mise à contribution de la connaissance informelle et expériencielle), bref un obstacle [l'outil est quand même une barrière. Ce n'est pas comme être en face du patient].

L'altération de cette relation médico-humaine s'est posée dans le cadre d'un projet en téléradiologie qui a débouché sur une diminution des échanges entre les radiologues et les omnipraticiens (particulièrement les urgentologues). L'organisation «classique» du travail hospitalier exigeait des interactions entre les radiologues et les omnipraticiens autour des images médicales (radiographie, scan, IRM, etc.), ce qui permettait à terme d'établir un diagnostic avec plus de précision du fait de l'échange d'informations à la fois formelles et informelles, ce qui définit le diagnostic collectif. Or, la technologie téléradiologique dont il est ici question «libère» le professionnel de la santé du déplacement au service de radiologie pour obtenir l'avis du radiologue et discuter du cas, ce qui peut également se faire par téléphone, ce qui toutefois aussi requiert du temps. Le but est donc d'effectuer des économies de temps, mais cela a des effets considérés comme «pervers» sur le diagnostic, comme le fait comprendre ce radiologue en chef du projet dans un centre hospitalier par ces propos :

> **Avec le système d'information, nous avons réduit quelque peu les relations humaines. Anciennement, le médecin de l'urgence venait nous voir avec son film, ce qui permettait d'amorcer une interaction**. On pouvait discuter sur le patient en question, de façon

> formelle ou informelle. [...] Maintenant, tout se fait par téléphone. Nous avons moins de contacts directs avec les cliniciens. [...] [l'analyse d'une image] n'est pas totalement objective, d'où le deuxième point de la face cachée du système d'information qui réside dans **la perte de la valeur ajoutée de la consultation. C'est moins précis**. [...] Nous n'avons plus cette valeur ajoutée qui était présente grâce à nos yeux d'experts, qui permettait de donner des conseils au médecin à propos de son patient. **On pouvait contribuer à une valeur ajoutée au diagnostic**. [...] Par exemple, dans certains cas, si le médecin venait nous consulter, nous pouvions lui recommander, compte tenu de l'image en question, de faire un lavement direct à son patient, puisqu'on jugeait qu'il avait un problème au colon. Puisque le médecin ne vient plus nous voir, il a tendance à constater un problème chez son patient et à recommander un *scan*, par exemple. **Les demandes sont donc moins ciblées, à cause de cette absence de contact. [...] Le diagnostic est moins ciblé**. Nous tirons donc un peu d'un côté et un peu de l'autre, avant de tirer au milieu, **alors que si les médecins venaient nous consulter plus souvent, il y aurait cette plus-value dans le diagnostic posé**. [...] L'imagerie médicale relève quelque peu de l'art, ce n'est pas une science exacte. Nous avons des signes mineurs qui peuvent nous permettre de différencier, par exemple, une infection d'un cancer. Le clinicien a lui également des signes mineurs cliniques pour les différencier. Or, si les signes mineurs que nous [le radiologue et le médecin] avons relevé se rencontrent, il y a de fortes chances que cela débouche vers des signes majeurs en faveur d'un diagnostic. **Mais puisque le médecin ne vient plus voir le radiologue, nous avons chacun de notre côté des signes mineurs qui nous conduisent à poser trois hypothèses que nous devons vérifier par trois examens différents**. Il y a donc des demandes quelque peu injustifiées.

On s'aperçoit par ce témoignage que la téléradiologie a transformé la pratique médicale par la mise en place d'une nouvelle organisation du travail marquée par l'accélération des actes médicaux, mais qui risque d'être moins efficiente en terme clinique et thérapeutique par rapport à l'organisation hospitalière classique du travail médical, parce qu'on substitue aux réseaux de relations entre professionnels le réseau de communication informatisée des informations sous prétexte qu'elles sont mises à disposition en temps réel pour qui en a besoin quand il en a besoin. Cependant, cette nouvelle forme de mise en relation des connaissances désarticule les réseaux anciens de liaisons, d'échanges, où d'autres types d'informations, en plus des informations informelles, étaient présentes. Ce que le dernier informateur cité concevait comme une «valeur ajoutée». De fait, les études évaluatives sur la mise en place de ces nouveaux réseaux montrent que les chances de réussite, c'est-à-dire d'augmentation de l'efficience, quand ils sont constitués sur la base des anciens réseaux de relations entre professionnels,

donc par logique de complémentarité et non de substitution, sont bien meilleures[551]. S'en priver et poursuivre dans la logique de substitution semble donc promettre un effritement de l'efficience clinique par l'«oubli» d'un ensemble de connaissances, d'informations nécessaires à la précision des diagnostics [c'est moins précis, [...] le diagnostic est moins ciblé] et des gestes cliniques, qui demeurent au-delà du geste individuel du thérapeute, un acte collectif. Ici, c'est la qualité des soins, qui émerge de la durée d'une consultation adaptée aux besoins d'un patient, qui est subordonnée à des critères administratifs d'augmentation de la rapidité, de la possibilité d'accélérer la cadence de travail comme critère fondamental d'appréciation de la «performance» du travail médical. Il est clair que la logique *top down* ne tient pas compte des exigences de la consultation médicale, de la prise en charge des patients[552]. Nos données nous amènent donc encore une fois à constater la nécessité de poser un regard critique sur les effets de la logique *top down* d'implantation des TIC, parce que c'est la qualité des conditions du travail médical dont il est question, donc de la qualité des soins, de l'efficience clinique et thérapeutique.

6.4 CONCLUSION : UN VIRAGE AMBULATOIRE INFORMATISÉ INCOMPATIBLE AVEC L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SERVICES DE SOINS

Tel que nous venons de le constater, l'informatisation des services de soins constitue, pour les décideurs, le moyen par excellence pour augmenter la productivité du travail médical et ainsi réduire les coûts des services de soins assumés par le secteur public. Une productivité qui se conjugue avec la contrainte pour les professionnels de la santé de devoir traiter le plus de patients possible dans un temps comprimé. Pour les décideurs, il s'agissait d'imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique, l'organisation industrielle tayloriste du travail symbolisant dans un tel contexte le fondement des nouveaux services de soins.

---

551 Voir à ce propos, entre autres, Dominique Carré et Jean-Guy Lacroix, *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, ouvrage cité. ; Claude Sicotte, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz, *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*, ouvrage cité. ; et Jean-Paul Fortin et Claude Banville, *Rapport d'évaluation des projets pilotes en télécardiologie et en téléradiologie*, ouvrage cité.

552 Ce qui, sur le plan thérapeutique, pose d'énormes problèmes compte tenu des processus socio-cognitifs qui entrent en ligne de compte dans l'établissement d'un diagnostic et dans le recouvrement de la santé. Voir à ce sujet Michael Balint, *Le Médecin, son malade et la maladie*, ouvrage cité. ; Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, ouvrage cité. ; Claude Béraud, «Apprendre à soigner», dans Pascal-Henri Keller et Janine Pierret (sous la direction), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, ouvrage cité, p. 137. ; Jean Oulès, *La psychologie médicale*, ouvrage cité, p. 94 et suivantes ; et David Le Breton, «Réflexions sur la médicalisation de la douleur», dans Pierre Aiach et Daniel Delanoë (sous la direction), *L'ère de la médicalisation*, ouvrage cité, p. 159-174.

Dans cette logique productiviste, on conçoit le service de soins comme une marchandise détachée et distincte des acteurs qui y sont pourtant directement impliqués, soit à titre de prestataires de soins soit comme patients. Nous avons montré que cette augmentation de la productivité du travail des professionnels de la santé était hautement problématique, essentiellement parce qu'on occultait ainsi la dimension centrale d'un service, la relation humaine dont les composantes sont inséparables les unes des autres et dont l'interaction exige des contenus à la fois formels (connaissances) et informels (l'expérience) et un temps nécessaire requis, tout cela se synthétisant dans les termes «qualité des conditions du travail médical» et «qualité des soins» ou encore «efficience clinique et thérapeutique». C'est l'amélioration de cette qualité qui est visée par les professionnels de la santé quand ils font face à la réorganisation des services de soins par la mise en place de l'ambulatoire informatisé. Pour ces derniers, l'informatisation doit être un moyen pour améliorer leurs conditions de pratique afin d'améliorer la qualité des services offerts aux patients, dans un souci d'efficience clinique et thérapeutique. Or, dans la logique d'implantation privilégiée par l'État et les décideurs locaux, nommée *top down*, cette efficience clinique et thérapeutique n'est pas le souci premier ; au contraire, tout n'a de sens que par la réduction des coûts publics des services de soins. Il y a donc une contradiction fondamentale entre la façon dont l'ambulatoire informatisé est mis en place, qui donne forme et sens à cette nouvelle organisation des soins, et la nature même des services médicaux et leur finalité d'usage. D'ailleurs, cette finalité d'usage n'a pas vraiment été prise en compte par les décideurs, obnubilés qu'ils étaient et qu'ils sont toujours par l'idée d'implanter les TIC suivant une logique substitutive du travail vivant des praticiens où ces technologies sont investies avant tout de la capacité à réduire les coûts publics des services de soins. Ce qui s'oppose à la logique d'efficience clinique et thérapeutique des services de soins, centrée sur la finalité d'usage des soins, le recouvrement de la santé chez les patients, et l'amélioration de la qualité des soins. En oubliant la primauté essentielle (au sens de l'essence même du service en question) de cette logique, la nouvelle organisation des soins tend à induire une dégradation des conditions du travail médical, donc à effriter la qualité des soins. Si c'est le cas, on peut penser qu'au contraire d'aboutir à des économies, cette façon *top down* productiviste de réorganiser les soins entraînera à terme un accroissement des dépenses de santé, justement du fait de cet effritement. Toutefois, si on tient compte des constats effectués dans notre troisième chapitre concernant la croissance de la sphère marchande des dépenses de santé, il serait logique de penser que cette croissance et cette dégradation ne

sont pas tout à fait étrangères.

Au centre de cette problématique se situent de nouvelles contraintes imposées à la pratique clinique quotidienne des professionnels de la santé. Ceux-ci ont insisté sur le fait que l'informatisation de leur pratique, lorsque mise en place de façon *top down*, entraînait plusieurs problèmes quant à la possibilité d'améliorer l'efficience clinique et thérapeutique. Par leur expérience clinique et les commentaires qu'ils reçoivent de la part de leurs collègues, ils sont en effet en mesure de témoigner des problèmes qui se posent en termes de non-soutien à la pratique clinique, de non-amélioration des conditions de travail, pire, d'effritement de ces dernières et de la qualité des soins. Ce qui nous ramène aux enjeux éthiques, sociaux voire politiques, que soulèvent ces problèmes cliniques directement attribuables à l'informatisation *top down* des soins. Enjeux qui sont d'autant plus importants que dans un contexte où on impose la prééminence de la raison économique, de la recherche de la rentabilité des investissements, ils demeureront, même si dans les faits on en nie la prégnance immanente à la prestation même du service, le seul rempart contre l'inévitable dégradation des services de soins, de l'efficience clinique et thérapeutique entraînée par l'application d'une idéologie économiciste, le productivisme «marginaliste-tayloriste», impropre, incompatible, par nature, par essence à l'organisation du service.

On peut finalement penser qu'en réduisant leur évaluation de la «performance» des services de soins uniquement à la rentabilité et à la productivité, les décideurs mettent en péril le fonctionnement global du système sociosanitaire qu'ils négligent en le secondarisant, voire en le réifiant en prétexte à la mise en valeur, sa raison d'être première et fondamentale qui est d'offrir des services de soins de qualité à toute la population. Il en va donc, à la limite, de la survie des services de soins, des établissements sanitaires[553]. Dans un tel contexte, nous sommes d'accord avec André-Pierre Contandriopoulos pour dire que la réduction des coûts des services de soins en soi n'a aucun sens, aucune justification[554], parce que l'essence de la relation de soins médicaux, des actes de soigner et de se faire soigner, réside dans la relation d'usage

---

[553] Claude Sicotte, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos, «La performance organisationnelle des organismes publics de santé», article cité, p. 37.

[554] André-Pierre Contandriopoulos, «Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernard Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 475.

même et non dans sa représentation en termes de coûts et / ou de valeur économique. On peut donc penser que toute approche du problème de l'organisation des soins en ces termes est incompatible avec la finalité d'usage des services de soins. Ainsi, si la notion de «productivité», de «performance» des services de soins ne repose que sur la dimension des coûts, mieux vaudrait l'abandonner, comme le suggère Gadrey[555], car cette évaluation doit porter sur la substance / essence même de l'acte de soigner, c'est-à-dire l'efficience clinique et thérapeutique.

[555] Selon Jean Gadrey, si la notion de productivité dans les services ne repose que sur la dimension des coûts, «autant l'abandonner», car elle tend à occulter la finalité d'usage des services qui ne se réduit que très difficilement à des considérations économiques (*Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 57 notamment.).

CONCLUSION

DE LA «PRODUCTIVITÉ» À L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, COMME FONDEMENT DE LA PENSÉE ANALYTIQUE SUR LES SERVICES DE SOINS ET LA SANTÉ

Dans cette thèse, nous avons tenté de comprendre et d'expliquer les conceptions sous-jacentes à l'implantation du virage ambulatoire informatisé, comme solution à la crise du système sociosanitaire au Québec. En d'autres termes, nous voulions, plus précisément, analyser la crise de productivité décrétée du système sociosanitaire et la solution préconisée pour la résoudre, l'ambulatoire informatisé. C'est pourquoi nous nous sommes penchés : **1)** sur l'évolution des indicateurs de performance dans le système sociosanitaire, de 1975 à 2000 ; **2)** sur le discours officiel de l'État québécois sur le virage ambulatoire informatisé ; **3)** et sur les témoignages des acteurs importants qui participent à l'élaboration et à la concrétisation de ce virage ambulatoire informatisé.

Notre objectif consistait à démontrer que les conceptions à la base de la mise en place du virage ambulatoire informatisé s'organisent autour du paradigme néoclassique de la productivité, lequel réduit la finalité d'usage des services de soins à une finalité économique, occultant ainsi toute perspective véritable d'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique. Nous voulions ainsi montrer qu'on assiste au passage d'un système sociosanitaire fordiste-keynésiste à un système sociosanitaire néolibéral productiviste, dans lequel la raison économique subsume la raison clinique dans l'organisation des services de soins. Ce qui s'avère incompatible avec l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins, leur qualité, encore moins avec l'idée de l'amélioration réelle de celle-ci.

C.1 UNE SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX CONSTATS

Premièrement, de l'analyse de l'évolution des indicateurs de performance du système sociosanitaire (chapitre 3) se dégage un certain nombre de constats sur la croissance des dépenses totales, publiques et privées de santé et sur l'évolution du système sociosanitaire en termes d'effectifs médicaux, de nombre d'établissements sanitaires et de nombre de lits et places. Nous avons en effet constaté que la croissance

des dépenses totales de santé (en dollars constants de 1997) a été très importante de 1975 à 2000 (77,2 %), ce en grande partie due à l'augmentation de la proportion des dépenses privées qui n'a cessé de croître sur l'ensemble de la période (19,3 % contre -5,2 % pour la proportion des dépenses publiques). Cette double tendance à l'augmentation des dépenses privées et à la diminution des dépenses publiques (section 3.2.1) a d'autant plus contribué à l'émergence d'un espace marchand en santé que la demande pour des services de soins n'a pas cessé de croître durant cette période. Cependant, cela s'est fait au moment même où le revenu médian de la population diminuait, alors que les taux d'imposition minima augmentaient, ce qui montre bien que ce sont les couches défavorisées de la population qui ont fait les frais de cette politique de gestion de cette première phase de la crise du système sociosanitaire.

Par ailleurs, même si l'on a assisté à la diminution relative des dépenses publiques de santé, les dépenses de l'État québécois consacrées aux médicaments ont augmenté de façon hyperbolique de 1975 à 2000 (3 171,6 %). D'ailleurs, cette augmentation des dépenses en médicaments a également voulu dire un accroissement du poids relatif de cette dépense dans l'ensemble des dépenses publiques pour l'ensemble des catégories d'affectation de fonds (314,8 %). À l'inverse de cette tendance, nous avons constaté que ce sont les dépenses publiques affectées aux hôpitaux et aux médecins qui ont augmenté le moins rapidement (388,3 % et 390,2 %), en comparaison avec toutes les autres catégories d'affectation de fonds. Par ailleurs, nous avons aussi constaté que le poids relatif des dépenses affectées aux hôpitaux a décliné de 15,5 % sur l'ensemble de la période, tandis que celui des médecins n'a augmenté que de très faible façon, soit 4,3 %. Ce qui indique clairement une transformation radicale de la prise en charge clinique des patients, transformation qui est d'autant plus importante qu'on assistait à une croissance de la population québécoise (16,5 %) de 1975 à 2000. D'où la densification de l'usage des services de soins, particulièrement en établissements sanitaires, qui s'en est suivie. Nos constats indiquent en effet que le Québec passe de 1 établissement sanitaire pour 7 728,5 habitants en 1980, à 1 établissement sanitaire pour 10 187,7 en 1996. Cette augmentation du ratio des habitants / établissements sanitaires (31,8 %) implique une croissance substantielle de l'achalandage dans les établissements sanitaires, même si on a tenté administrativement de restreindre l'accessibilité aux soins hospitaliers en réduisant le nombre de lits et / ou places dans ces établissements. Nous avons en effet constaté qu'il y avait eu une durant cette période diminution relative du nombre de lits et places au permis, ces derniers passant de 1 lit ou place pour 67,3 habitants en 1981 à 1 lit ou place

pour 73,8 habitants en 1996.

Ces tendances dues aux restrictions budgétaires ont tôt fait d'induire des problèmes d'engorgement et de listes d'attente dans les établissements sanitaires, à plus forte raison si l'on tient compte de la très faible augmentation du personnel clé œuvrant dans ces établissements, c'est-à-dire les médecins et les infirmières. Ce sont d'ailleurs les médecins spécialistes et les infirmières auxiliaires qui ont crû le moins en rapport avec la population comparativement à toutes les catégories de professionnels, leur ratio par rapport à la population ayant diminué de 19,9 % et de 6,1 %. Seul le ratio des médecins internes et résident par rapport à la population a augmenté, de 8,9 %. D'où l'intensification du travail médical qui en a résulté.

La crise du système sociosanitaire exigeait de la part de l'État québécois une solution qui devait passer par une diminution draconienne des dépenses publiques de santé, d'une part, et par la réorganisation structurelle du système sociosanitaire, d'autre part. Le virage ambulatoire informatisé devait être cette solution, comme nous l'avons constaté dans notre quatrième chapitre. Ainsi, l'État québécois s'est fait le promoteur du virage ambulatoire informatisé en affirmant que de nombreux bénéfices importants en découleraient. Il lui fallait convaincre les professionnels de la santé et l'ensemble de la population que les impératifs budgétaires, déclarés urgents dans la régulation néolibérale, exigeaient que soit menée une réorganisation radicale autour de l'ambulatoire informatisé. Comme stratégie de persuasion, l'État québécois a affirmé dans son discours officiel que les compressions budgétaires en santé étaient inévitables, même s'il y avait croissance de la demande de soins. Il fallait faire plus avec moins. Il fallait être plus productif. Pour l'État, il s'agissait donc de mettre en place le virage ambulatoire informatisé pour réduire substantiellement le coût public des services de soins. On affirmait ainsi que l'informatisation des services de soins était incontournable, qu'elle originait du processus «normal» d'évolution de la société vers le «progrès social». Chose qu'on présentait comme étant une «modernisation» des services de soins, comme si la forme fordiste-keynésiste d'organisation des soins devenait *de facto* incompatible avec la «nouvelle société» qui se «mettait» en place et qui exigeait nécessairement, tel que nous l'avons constaté dans plusieurs documents officiels, de s'ouvrir au financement privé, parce que dans ce contexte le financement public ne pouvait suffire pour faire face à la nouvelle demande de services de soins.

L'analyse de ce discours nous a permis de constater que l'État investissait le virage ambulatoire informatisé de la capacité d'augmenter structurellement la productivité du système sociosanitaire, plus particulièrement du travail médical. En témoigne l'affirmation, qui revient très fréquemment dans les documents officiels, selon laquelle il fallait augmenter la productivité des services de soins de façon à en réduire leurs coûts. Toutefois, l'énoncé de cet objectif devait nécessairement, pour des fins de régulation sociale, être accompagné systématiquement de l'évocation d'une autre préoccupation, la qualité des soins, compte tenu des impacts que l'objectif premier aurait eu sur l'opinion publique, comme l'indique l'histoire des revendications sociales et des mouvements sociaux des trente dernières années. C'est pourquoi nous avons précisé que la manifestation récurrente d'un intérêt pour la qualité des soins n'était de fait qu'un élément rhétorique légitimateur du discours officiel sur la nécessité de la réduction des coûts publics des services de soins par le recours à l'ambulatoire informatisé. Une telle rhétorique a également été empruntée par l'État québécois pour justifier la nécessité de réorganiser le travail médical, ce qu'on a présenté comme un *reengineering* capable de transformer structurellement le rapport au temps de ce procès de travail. L'idée sous-jacente était de l'intensifier, de l'optimiser, en contraignant les professionnels de la santé à traiter plus de patients plus rapidement. Il fallait ainsi, selon l'État, accélérer la prise de décision clinique et éliminer les tâches des professionnels de la santé qu'on estimait répétitives. La mise à disposition et en circulation numériques de l'information étaient la solution pour ce faire. À telle enseigne que nous avons constaté qu'on voulait, et veut toujours, lui faire jouer le rôle clé dans la réorganisation du travail médical. C'est à cette condition qu'on pensait que les professionnels de la santé pourraient soigner les patients de façon optimum, plus productive, plus performante. Nous avons d'ailleurs constaté que ces notions étaient utilisées avec une forte récurrence dans les documents officiels, pour qualifier l'objectif de réorganisation des services de soins assumés par le secteur public. Ce qui nous a conduit à conclure que le discours officiel de l'État québécois s'encastrait dans le paradigme néoclassique de la science économique et dans l'idéologie néolibérale.

Dans notre cinquième chapitre, nous avons constaté que ce discours officiel avait été intériorisé, on pourrait dire «approprié», par les décideurs locaux. Pour ceux-ci, il fallait implanter le virage ambulatoire informatisé pour augmenter la productivité du travail médical de façon à ce que les établissements sanitaires surmontent les problèmes d'engorgement auxquels ils ont été, et sont encore, confrontés, à la suite des compressions budgétaires imposées de façon intransigeante par l'État québécois.

L'ambulatoire informatisé constituait ainsi un moyen, une solution, pour répondre à la demande croissante de soins dès lors qu'aucune ressource financière et humaine supplémentaire ne leur serait, et sera, accordée par l'État québécois, comme l'exigeait, et l'exige encore, la forme néolibérale d'organisation de la société. Pour les décideurs, le mandat de mettre en place l'ambulatoire informatisé était clair : procurer des économies par la diminution de la fréquentation des établissements sanitaires et la baisse de la durée moyenne de séjour. Nous avons constaté que ce double objectif reposait sur une conception voulant que la demande de soins peut être gérée différemment. Pour ce faire, les décideurs ont évoqué la nécessité de contrôler la demande de soins, afin d'éviter que les gens consultent «trop» dans les établissements sanitaires, particulièrement dans les hôpitaux. Cela voulait dire freiner l'utilisation intensive et répétitive des services de soins, la consultation des médecins et / ou en hôpital. D'où l'accent qui a été mis, et qui l'est encore, sur la prise en charge ambulatoire des patients, particulièrement ceux qui nécessitent un suivi en continuité ou récurrent.

Notre analyse nous a permis de constater que cette volonté d'accroître le contrôle administratif sur les hospitalisations et leur durée s'attaque de fait à l'autorité légitime des médecins, qu'on veut remettre en cause et subordonner à la raison économique. C'est le pouvoir de prescrire des médecins qu'on veut réduire, ce qu'on a considéré comme une condition essentielle pour contrôler la demande de soins. Pour atteindre cet objectif, il fallait cependant surveiller et contrôler la pratique médicale. Les TIC allaient y contribuer, étant l'instrument clé d'un contrôle en continuité et en temps réel, suivant l'idéologie productiviste-tayloriste, en permettant d'opérer une distinction entre les exécutants (les professionnels de la santé) et les planificateurs (les décideurs). Dans cette dynamique, les professionnels de la santé sont contraints de s'adapter à ce qui est déjà conçu et planifié, c'est-à-dire à des tâches devant être effectuées selon des standards prescrits et une temporalité prédéterminée par les gestionnaires-décideurs, imposant ainsi leur ordre comptable. Au bout du compte, c'est la «productivité» des établissements sanitaires qui est surveillée, contrôlée, par ceux qui décident qu'elle doit être optimisée, l'État et les décideurs dans le système sociosanitaire.

Dans un sixième et dernier chapitre, nous avons constaté que cette logique a conduit à une intensification du travail médical fondée sur les principes tayloristes d'organisation du travail industriel. Cela se conjugue avec une augmentation de la charge de travail des professionnels de la santé, puisqu'on voulait augmenter leur cadence de

travail par la réalisation d'un plus grand nombre de tâches dans un temps donné plus court. Or, nous avons constaté que cette intensification du travail médical a débouché sur un alourdissement considérable de la tâche du personnel soignant et une réorganisation du processus du travail médical autour de procédures normalisées considérées comme plus productives par ceux qui décident dans l'ambulatoire informatisé.

Pour les professionnels de la santé, l'ensemble de cette façon d'informatiser les services de soins, l'approche *top down*, orientée par l'objectif de réduction des coûts publics de soins d'abord et avant tout, a conduit à la dégradation des conditions objectives de la pratique médicale. Pour eux, cette informatisation aurait dû être réalisée en visant prioritairement l'amélioration des conditions du travail médical, donc la qualité des soins au bénéfice des patients. La mise en place, le déploiement et l'utilisation des TIC en santé, ne peuvent se justifier que par l'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique. Nous avons constaté que cette façon de concevoir la mise en place et le déploiement des TIC dans les services de soins, constitue une logique fondée sur la finalité d'usage des services de soins qui s'oppose, par nature même, à la conception productiviste de l'État et des décideurs. D'ailleurs, sur le terrain, nous avons constaté que les professionnels de la santé font face à de nombreux problèmes causés par le mode *top down* de mise en place des TIC, au rang desquels figure le manque de soutien à la pratique clinique comme caractéristique de l'effritement des conditions du travail médical. Non seulement y a-t-il effritement des conditions du travail médical, mais la réorganisation ambulatoire informatisé actuelle dresse de nombreux obstacles devant la possibilité réelle d'améliorer l'efficience clinique et thérapeutique. Ces contraintes additionnelles posent donc le problème de l'utilité clinique réelle des TIC, lorsqu'elles sont implantées de façon *top down*. Finalement, c'est la qualité des soins qui en est affectée. D'où le constat que nous avons fait au sujet de la contradiction «irrésolvable» qui existe entre la conception néoclassique de la productivité et l'efficience clinique et thérapeutique, la qualité réelle des soins, laquelle contrairement à la première s'inscrit en adéquation avec la nature même des services de soins.

C.2 UNE INCOMPATIBILITÉ ENTRE LA PRODUCTIVITÉ NÉOCLASSIQUE ET L'EFFICIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

C'est à partir d'une décision politique de changer le système sociosanitaire que la réorganisation de ce dernier a été lancée. Il s'agissait de transformer structurellement le système sociosanitaire pour résoudre une crise qu'on avait politiquement décrétée au

milieu des années quatre-vingts, sur la base de la croissance des dépenses publiques de santé, dont on affirmait qu'elles représentaient un obstacle important à la croissance économique. Ainsi furent mises en place, au Québec comme dans une bonne partie des pays industriels avancés, des politiques restrictives qui visaient non pas seulement à freiner la croissance des dépenses publiques, mais à les réduire substantiellement[556]. Ce qui a tôt fait d'entraîner une seconde phase de cette crise, bien réelle cette fois, et qui s'est caractérisée par des engorgements considérables de toutes sortes dans les établissements sanitaires. C'est dans un tel contexte que fut lancé vers la fin des années quatre-vingts, sur la place publique, le projet de transformer radicalement le système sociosanitaire qu'on voulait rendre moins coûteux. Il s'agissait, selon cette façon de percevoir les «performances» du système sociosanitaire, d'augmenter qualitativement la productivité du travail médical. La solution viendra de la jonction du virage ambulatoire, une réorganisation des services de soins hospitaliers imaginée au milieu des années quatre-vingts, et des technologies numériques d'information et de communication, particulièrement des autoroutes, au début des années quatre-vingt-dix, d'où émergera le projet de virage ambulatoire informatisé. On voulait ainsi, grâce à l'ambulatoire informatisé, réduire substantiellement les coûts des services de soins assumés par le secteur public. Cependant, on a pensé, et on continue de le faire, que cet objectif pouvait être atteint en ayant recours aux mécanismes industriels d'augmentation de la productivité pour transformer structurellement les conditions objectives du travail médical, la prise en charge clinique des patients et le mode d'accès de ceux-ci aux soins. Ce qui allait entraîner de lourdes conséquences pour la prestation des soins.

En effet à travers ce projet d'ambulatoire informatisé, on cherchait à imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique. Inévitablement, cette logique productiviste et «rentabiliste» allait être confrontée à la résistance et à l'opposition de la logique d'efficience clinique et thérapeutique, aussi nommée «logique de santé» par André-Pierre Contandriopoulos[557], qui du point de vue des professionnels

---

[556] Comme le soulignent Marie-Andrée Couillard et Ginette Côté, l'État québécois a opté pour des politiques visant à réduire les dépenses publiques et non seulement à en freiner la croissance : «Le postulat clairement énoncé qui sous-tend la «transformation du réseau» [...] est fort simple, il s'agit de réduire les dépenses dans ce domaine puisqu'en freiner la croissance ne semble plus suffisant». (*Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec*, ouvrage cité, p. 7.).

[557] André-Pierre Contandriopoulos, «Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernard Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale*. *L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 443-479.

et des citoyens-patients doit organiser la prestation des soins, donc en s'inspirant de la finalité d'usage de ceux-ci. Cette opposition révèle donc une incompatibilité par essence entre la raison économique et la raison clinique, entre la finalité économique d'augmentation de la productivité et de la rentabilité et la nature même des services de soins qui tient dans la finalité même de leur usage.

C.2.1 Un projet d'augmentation structurelle de la productivité qui s'inscrit par essence en inadéquation avec l'efficience clinique et thérapeutique

Tout d'abord, le projet d'augmentation de la productivité du système sociosanitaire implique une réduction constante des dépenses publiques de santé. Ce n'est guère étonnant, puisque l'augmentation de la productivité, dans les termes même où les économistes néoclassiques et marginalistes l'entendent, constitue le rapport optimum entre des *inputs*, c'est-à-dire la quantité et la valeur (coûts) de facteurs de production tels que les professionnels de la santé, les technologies médicales, les ressources budgétaires, etc., et un *output*, exprimé en nombre quantifiant les traitements médicaux réalisés, les journées d'hospitalisations et / ou les admissions (les cas traités)[558]. Notons qu'ici, l'*output* n'implique pas directement de valeur économique augmentée, ajoutée comme dans le cas de la production-mise en circulation sur le marché des biens matériels, parce qu'il s'agit d'un service public, c'est-à-dire un «bien» immatériel dont le caractère tangible réside dans une relation socio-humaine, ici pour fin médicale. Ainsi, l'«échange» de soins, à travers la prestation de ceux-ci, entre l'offre de services et l'«acquisition» de ceux-ci n'est pas médiée par le marché, dans le cas de la prestation publique des soins, mais opère sur la base d'une convention politique prêtant aux citoyens et patients le droit de recevoir les services médicaux dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Dans ce contexte, l'*output* n'apparaît plus que comme un coût. De fait, il est réifié en une chose qu'il n'est pas, une dépense, ce qui occulte complètement la réalité tangible résultant de la prestation du service, le vrai *output*, c'est-à-dire la valeur même produite par ces services, c'est-à-dire le recouvrement de la santé.

Il n'est donc pas étonnant qu'on soutienne dans cette conception néoclassique de la productivité, qui organise le discours de l'État et celui des décideurs, qu'il est possible

---

[558] C'est précisément cette conception de l'*output* qui est utilisée par les méthodes de la mesures de la productivité en France et aux États-Unis, méthodes que Jean Gadrey, Thierry Noyelle et Thomas Stanback n'ont pas manqué de critiquer (*Productivité et emploi dans les hôpitaux français et américains : vers une méthode d'analyse comparative*, ouvrage cité, p. 1-2 notamment.).

de réduire les coûts des services de soins tout en en augmentant le «rendement», la «productivité», pour répondre à la demande de soins, même croissante. On comprend ainsi pourquoi les professionnels de la santé sont la cible de l'informatisation, car c'est par l'augmentation de leur «productivité» qu'on pensait, et pense encore, arriver à réduire substantiellement les coûts publics des services de soins. Cependant, ce projet, compte tenu des objectifs que l'État et les décideurs du système sociosanitaire lui ont assigné, ne pouvait que conduire à la dégradation des conditions du travail médical. Ce que nous avons constaté dans notre dernier chapitre en mettant en lumière l'impact de cette réorganisation visant l'augmentation maximum de la «productivité» du travail médical sur les conditions objectives d'exercice de la médecine.

Dans cette logique productiviste et rentabiliste, c'est la qualité des conditions du travail médical, comme condition fondamentalement nécessaire à l'efficience clinique et thérapeutique, qui est attaquée[559]. Elle représente donc un obstacle à la possibilité de concevoir, mettre en place et d'utiliser les TIC pour des fins prioritaires autres qu'économiques. Le problème fondamental de cette réorganisation des services de soins, tel que nous l'avons constaté sur le terrain, réside dans la détérioration de la pratique médicale et clinique. Ce qui est incompatible avec la finalité même du travail médical, c'est-à-dire mettre à contribution les moyens nécessaires pour résoudre le problème qui est en cause, dans sa réalité[560], dirait Jean Gadrey[561], l'efficience clinique nécessaire **et suffisante** pour permettre le recouvrement complet de la santé, ou suffisant du moins pour permettre au patient de se réinsérer dans les relations sociales quotidiennes normales[562], courantes. Ainsi, dans cette nouvelle organisation productiviste et rentabiliste des services de soins, les professionnels de la santé sont contraints d'«oublier» leur obligation éthique de tout mettre en œuvre pour soigner leurs patients -

---

[559] André-Pierre Contandriopoulos parlerait ici d'un non sens («Économie du système de santé», dans Jacques Dufresne, Fernard Dumont et Yves Martin (sous la direction), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, ouvrage cité, p. 475.).

[560] Par opposition d'essence avec la forme réifiée de ce problème, c'est-à-dire comme coûts, tel que nous l'avons vu plus haut, tel que c'est le cas dans l'approche économique néoclassique marginaliste, *a fortiori* néolibérale.

[561] Jean Gadrey, *Services : la productivité en question*, ouvrage cité, p. 323.

[562] Jean-Guy Lacroix, *Le sens sociopolitique de la façon de construire les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé*, ouvrage cité.

ce que Gadrey nomme l'«obligation de moyens[563]» -, car on ne leur en laisse plus la possibilité en les forçant à se soumettre aux contraintes induites par la recherche systématique de gains de productivité qui conduisent à l'effritement des conditions du travail médical. C'est sans doute cette dégradation du travail médical qui a récemment conduit le Dr Yves Dugré, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, à prendre ainsi position sur la transformation actuelle du système sociosanitaire :

> Sous sa forme actuelle, le système n'a pas de logique, il est caractérisé par l'absurde. [...] Les régions, les établissements et les organismes sont en concurrence budgétaire directe. Partout où il y a pénurie de médecins spécialistes, on épuise davantage tous les professionnels de la santé et on isole le personnel déjà démoralisé. Nous ne pouvons plus écouter nos patients : le bruit de l'horloge de la productivité est assourdissant. Nous ne soignons plus, nous gérons des quotas[564].

L'efficience clinique et thérapeutique est, dans un tel contexte, subordonnée au productivisme qui impose sa propre logique, sa propre façon d'organiser le travail médical et de soigner les patients, bref sa propre finalité. C'est pourquoi les TIC, lorsque implantées de façon *top down*, ne peuvent que conduire à la dégradation des conditions du travail médical. En effet, cette façon de mettre en place l'ambulatoire informatisé fait en sorte que la qualité du travail clinique ne peut vraiment être améliorée, parce que calquée sur le travail industriel, donc modelée par des considérations non pas cliniques mais économiques. Les professionnels de la santé ont donc subi, et continuent d'être assujetis, à une informatisation de leur pratique qui cherche à imposer la prééminence de la raison économique sur la raison clinique. D'où les problèmes organisationnels qui se sont posés dans la quotidienneté des professionnels de la santé qui ne comprennent pas pourquoi ils devraient utiliser des TIC d'une façon qui ne cadre pas avec leurs préoccupations cliniques. Cette façon de mettre en place les TIC dans le secteur de la santé a donc pour effet de transfigurer la finalité d'usage des services de soins, en la faisant apparaître comme un problème économique à résoudre, un coût. C'est ce qui nous a amené à conclure à la fin du dernier chapitre, en nous inspirant de Gadrey, que si la notion de «productivité» dans les services de soins ne reposait que sur la dimension des coûts, il valait mieux l'abandonner, car elle ne peut que conduire à de graves erreurs sur

---

563 Jean Gadrey, *L'économie des services*, ouvrage cité, p. 79.

564 Yves Dugré, «Remettre de la logique dans le système», *Le Devoir*, 29 mai 2003, p. A7.

le plan de la réalité médicale et humaine (la réception des soins nécessaires et suffisants pour le recouvrement de la santé).

Tout le problème réside dans le fait que l'idéologie économiciste-productiviste présidant à la mise en place des TIC veut imposer une diminution substantielle non pas de l'ensemble des coûts (des *inputs*), mais surtout de celui du travail médical, comme notre analyse de l'évolution des indicateurs de performance du système sociosanitaire (dans le troisième chapitre) l'a montré. On cherche donc à restreindre leur nombre, entre autres en leur substituant des dispositifs techniques qui les rendent moins nécessaires, ou du moins nécessaires en moins grand nombre. Or, nous avons constaté que cette logique substitutive *top down* modelée par des objectifs de rationalisation du travail médical n'améliore pas réellement les conditions de celui-ci. Au contraire, nous avons montré qu'elle induit plusieurs effets détériorants qui effritent encore plus ces conditions de travail et la qualité des soins, donc l'efficience clinique et thérapeutique. On peut comprendre pourquoi il y a peu ou pas de place dans cette façon de faire et dans la conception économique néoclassique pour l'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique comme dimension structurante de la réorganisation des services de soins, d'autant que cette finalité à terme exige, en toute logique, et comme l'indique l'histoire sociale de la médecine et des services de santé, plus de ressources financières et humaines. Dans cette logique, on a un besoin constant de travail médical vivant des médecins, d'infirmières et infirmiers, etc., dans l'autre on ne cherche qu'à le restreindre.

Ainsi, on peut comprendre pourquoi le concept néoclassique et marginaliste de productivité du travail médical est incompatible et inadéquat pour traiter des conditions et actions nécessaires et suffisantes au recouvrement de la santé, donc aux moyens permettant l'amélioration de l'efficience clinique et thérapeutique. Il s'agit d'un concept qui repose sur des catégories analytiques - telles que le temps, le quantum, le coût, le rendement, l'optimum, la substitution - qui sont étrangères à la nature, à la spécificité, de la réalité des services de soins.

C.2.2 Quand la «productivité» repose sur des catégories analytiques étrangères à l'essence des services de soins

Le concept et la mesure néoclassiques de la productivité qui inspirent les décideurs pour justifier la nécessité d'implanter l'ambulatoire informatisé les conduit à

réduire les services de soins à des quantités, à des objets homogènes détachés de tout contexte sociomédical. Or, concevoir les services de soins comme des objets matériels produits industriellement en série, suivant la conception néoclassique et marginaliste, c'est nier qu'ils sont avant tout des interactions humaines, des processus sociaux, comme l'ont montré plusieurs chercheurs en sociologie et en économie des services et de l'information. En effet, il est important de rappeler que les soins médicaux relèvent de l'art, qu'ils sont des actes humains, et non des *choses* qui peuvent circuler, être échangés, indépendamment de ceux ou celles qui les réalisent, les prestataires. D'où l'importance cruciale de la relation sociale encadrant la prestation du service de soins, qui ne peut être négligée au profit de l'accroissement de la vitesse de traitement, même obtenue par l'utilisation des autoroutes de l'information, lesquelles à elles seules ne peuvent contrebalancer les effets négatifs sur la qualité des soins de cette logique productiviste, comme nous l'avons constaté dans le dernier chapitre.

Le problème ici posé est lié aux catégories analytiques du concept néoclassique de productivité, qui posent le service de soins comme une chose, une marchandise, pouvant être produit et reproduit de façon identique et homogène en série. En empruntant un tel concept pour penser les soins médicaux, on ne tient pas compte de la particularité des cas (maladie ou accident) traités, de la singularité d'un patient, donc de la réalité de la chose à produire (*output*) dans la relation de service. On ne tient pas compte de la durée nécessaire et suffisante des consultations, forcément variables et hétérogènes les unes par rapport aux autres. On suppose ainsi que les patients sont homogènes et qu'ils peuvent être pris en charge de façon standardisée.

Bref, il est problématique de constater que les décideurs, inspirés par le paradigme organisant la pensée économique néoclassique, la croissance économique, osent porter un jugement sur la pratique médicale et clinique en employant un instrument de pensée, un concept, la productivité, qui ne correspond en rien à cette réalité, ne prenant pas en compte l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins et qui réduit ainsi leur conception du fonctionnement de ceux-ci à une seule dimension, celle des coûts économiques[565]. En procédant ainsi, on est forcément conduit à réifier la finalité d'usage

[565] Ce qui, tel que nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre 6, pose un problème sur le plan organisationnel par rapport à la «survie» de l'établissement sanitaire, comme l'ont montré Ann-Lise Guisset, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore («Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux», article cité.).

des services de soins en finalité économique. On tend donc à quitter la réalité de la maladie et des soins, pour se situer dans une autre dimension, la virtualité économique. Dans cette logique, les soins doivent être produits de façon identique, prédéterminée, programmée selon une raison économique qui fait en sorte que le patient est renvoyé chez lui sitôt le traitement complété, indépendamment de la façon dont ce patient répond, sans se soucier du caractère réel du recouvrement de la santé. Si cela permet de satisfaire l'exigence de la nécessité, on peut fortement douter qu'il en est ainsi pour celle du caractère suffisant. Dans cette logique, on cherche donc à gérer l'hôpital comme une entreprise, on pourrait dire comme une entreprise «hôtelière», qui produit pour produire de la valeur économique, sans vraiment se soucier de la finalité d'usage des services de soins et de la raison clinique qui motivent les professionnels de la santé à prendre très souvent des décisions contraires à l'augmentation de la «productivité». C'est pourquoi il importe, comme l'affirme Gadrey, de sortir du paradigme de la croissance économique à tout prix, de la productivité, pour adopter le paradigme du développement économique et social, des améliorations d'états[566]. Il y aurait donc avantage, pour la société, à ce que nous passions d'une «économie de la comptabilité des flux et des coûts à une socio-économie du jugement des améliorations d'état, de qualité et de bien-être individuel et collectif[567]», ce qui aurait pour effet de mettre l'économie au service de la vie, comme le suggère Henri Bartoli[568], et non l'inverse. Avant tout, d'ailleurs, la finalité d'usage des services de soins n'est-elle pas justement, réellement, la vie. Ainsi, à elle seule, la «substantialité» de la finalité d'usage des services de soins, comme l'évocation de sa simple finalité, indique déjà qu'il peut y avoir une façon autre de mettre en place, de déployer et d'utiliser les TIC dans le système sociosanitaire, qui plus est une façon qui serait beaucoup plus efficiente non seulement cliniquement et thérapeutiquement, mais aussi économiquement. Nos données laissent penser en effet, tel que nous l'avons constaté dans le sixième chapitre, que viser en premier lieu l'amélioration des conditions du travail médical, ne peut que logiquement le rendre plus efficient, ce qui veut dire des soins de plus grande qualité, ce qui entraîne en général, mais non sans exceptions malheureusement, un meilleur et plus hâtif recouvrement de la santé, ce qui veut dire une gestion plus efficiente sur le plan de l'économie. Toutefois, cette perspective n'est

---

566 Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 50 et suivantes.

567 *Ibid*, p. 50.

568 Henri Bartoli, *L'économie, service de la vie. Crise du capitalisme. Une politique de la civilisation*, ouvrage cité.

envisageable que si l'économie demeure un moyen au lieu d'être réifiée en finalité hégémonique.

Somme toute, le problème fondamental auquel la gestion sociopolitique du système sociosanitaire est confrontée, c'est d'en arriver à améliorer l'efficience clinique et thérapeutique des services de soins dans un contexte où l'humanité entre dans une ère où ce sont les ressources humaines qui deviennent le moteur central et fondamental de l'évolution sociohistorique et où la qualité de la vie et de l'existence devrait ainsi logiquement être la primauté, la valeur prééminente. Le problème des citoyens et des intervenants dans le système sociosanitaire, comme des chercheurs se penchant sur les conditions de prestations des soins, est donc de prendre distance face au discours des décideurs, qui «nous vantent les mérites de leur nouveau modèle avec les vieux concepts[569]», et de construire une représentation scientifique épistémologiquement congruente avec la réalité questionnée, les soins médicaux et la santé.

C.3 VERS DE NOUVELLES PISTES DE RÉFLEXION ET DE RECHERCHE

L'approfondissement d'un champ de recherche exige qu'on aille toujours plus loin au niveau des questionnements afin de mettre en lumière les composantes de la réalité pour, à terme, les réarticuler autour d'une théorie générale. Dans notre thèse, nous avons démarré sur une analyse macrosociologique de la crise du système sociosanitaire, de son décret jusqu'à l'affirmation dans les discours des décideurs de la nécessité de la résoudre par l'ambulatoire informatisé. Ce qui nous a conduit à recueillir, par une démarche plus micro, plusieurs témoignages de professionnels de la santé qui participaient ou subissaient le vaste mouvement de réorganisation de leur pratique. Étant donné la complexité de l'opération et des enjeux que celle-ci soulève sur les plans social, politique et scientifique, autant qu'économique, la perspective d'approfondir nos questionnements revêt un caractère fort incitatif pour nous.

Plusieurs avenues de recherches se dessinent dans le prolongement des constats que nous avons effectués dans cette thèse de doctorat. L'une de ces avenues, que nous privilégierons en postdoctorat, consiste à analyser comment l'appropriation des TIC se fait sur le terrain de la pratique médicale, par les professionnels de la santé, dont on veut

---

[569] Jean Gadrey, *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*, ouvrage cité, p. 50.

qu'ils modifient leur façon de travailler. Pour ce faire, plus précisément, nous pensons que les interrogations suivantes méritent d'être posées : **1)** quelles représentations se fait le personnel soignant de l'utilisation des TIC à des fins cliniques ? ; **2)** à quel type d'appropriation et d'usage le personnel soignant est-il confronté dans sa pratique clinique des TIC ? ; **3)** comment le personnel soignant conçoit-il l'efficience clinique et thérapeutique dans le cadre de l'utilisation des TIC à des fins cliniques ? ; **4)** en quoi les TIC modifient le rapport du médecin (généraliste et spécialiste) à son travail, à la médecine, aux patients et aux services de soins ? ; **5)** qu'est-ce qui change au niveau des tâches du personnel soignant et comment peut-on évaluer l'impact de ces changements sur l'efficience clinique et thérapeutique ? De telles interrogations trouveraient réponse au terme d'une analyse comparative de certains projets d'implantation - de déploiement - des TIC. L'objectif serait donc de comprendre les transformations du travail médical dans le cadre de l'utilisation des TIC à des fins cliniques, en observant ce qui change réellement au niveau des tâches du personnel soignant et en terme d'amélioration de la qualité des soins. À terme, cela conduirait à l'élaboration d'un modèle théorique d'évaluation de l'efficience clinique et thérapeutique des services informatisés de soins.

APPENDICE A

GRILLE ANALYTIQUE DE LECTURE

1. Sur la mise en place du virage ambulatoire informatisé (des autoroutes de l'information) dans le secteur de la santé

1.1 Description et origine du virage ambulatoire informatisé (de la mise en place des autoroutes de l'information)

- comment et pourquoi une telle réorganisation ?
- à quel type de problème (de crise) voulait-on, veut-on, s'attaquer ?
- quels étaient, ou quels sont, les critères à partir desquels le problème (ou la crise) a été diagnostiqué(e) ?

1.2 Les motifs évoqués pour la mise en place du virage ambulatoire informatisé (des autoroutes de l'information) dans le secteur de la santé

- quels étaient, ou quels sont, les objectifs visés ?

1.3 Les stratégies de mise en place

- quels étaient, ou quels sont, les partenaires et pourquoi ?
- quels étaient, ou quels sont, les échéanciers et pourquoi ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les cibles visées et pourquoi ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les ressources prévues et pourquoi ?
- quels étaient, ou quels sont, les facteurs de développement et les freins et pourquoi ?

2. Sur l'incidence générale du virage ambulatoire informatisé (de la mise en place des autoroutes de l'information)

2.1 Les effets généraux attendus

- quels étaient, ou quels sont, les bénéfices attendus ?
- quels étaient, ou quels sont, les avantages souhaités ?
- quels étaient, ou quels sont, les inconvénients appréhendés ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les retombées économiques, sociales et médicales ?

2.2 L'impact souhaité sur l'organisation du travail médical

- qu'est-ce qui change au niveau des tâches du personnel soignant ?
- qu'est-ce qui change au niveau de la structure institutionnelle ?
- comment ?
- pourquoi ?

2.3 Les effets sur la prestation de service

- qu'est-ce qui change en terme de qualité du travail ?
- qu'est-ce qui change en terme d'amélioration de la qualité des soins ?
- qu'est-ce qui change en terme de réalisation d'économies ?

2.4 Les effets de la mise à disposition numérique (ou mise en circulation) de l'information

- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences sur le personnel médical?
- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences sur les patients, citoyens?
- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences par rapport à la qualité des soins ?
- quelles étaient, ou quelles sont les incidences par rapport à la réalisation d'économies ?
- comment voulait-on, veut-on, en profiter ?
- quel était, ou quel est, le statut/rôle de l'information ?

3. Sur le type de productivité visée

- quelle était, ou qu'elle est, l'importance de la productivité dans la réorganisation et pourquoi ?
- par quels moyens pensait-on, ou pense-t-on, augmenter la productivité des services de soins et pourquoi ?
- comment est-elle évaluée, mesurée ?
- quels sont les termes afférents utilisés (performance, efficacité, efficience, rentabilité, optimum) pour qualifier les effets attendus ?
- quel est le sens de ces termes ?

4. Autres informations pertinentes

APPENDICE B

CANEVAS D'ENTREVUE

1. Informations sur la recherche

2. Questions d'ordre sociodémographiques (fonction de l'informateur, rôle, statut, formation académique, expériences, degré d'implication dans la réorganisation du système sociosanitaire)

3. Sur la mise en place du virage ambulatoire informatisé

3.1 Description et origine du projet dans lequel l'informateur est impliqué
- comment et pourquoi un tel projet, une telle expérimentation, dans le système sociosanitaire ?
- à quel type de problème voulait-on s'attaquer ?
- quels sont les critères à partir desquels le problème en question a été diagnostiqué ?

3.2 Les motifs évoqués pour la mise en place du projet
- quels étaient, ou quels sont, les objectifs visés ?

3.3 Les stratégies de mise en place
- qui étaient, ou quels sont, les partenaires et pourquoi ?
- quels étaient, ou quels sont, les échéanciers et pourquoi ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les cibles visées et pourquoi ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les ressources prévues et pourquoi ?
- quels étaient, ou quels sont, les facteurs de développement et les freins et pourquoi ?

4. Sur l'incidence générale du virage ambulatoire informatisé (de la mise en place des autoroutes de l'information)

3.1 Les effets généraux attendus
- quels étaient, ou quels sont, les les bénéfices attendus ?
- quels étaient, ou quelles sont, les avantages souhaités ?
- quels étaient, ou quels sont, les inconvénients appréhendés ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les retombées économiques, sociales et médicales ?

3.2 L'impact souhaité sur l'organisation du travail médical

- qu'est-ce qui change au niveau des tâches du personnel soignant ?
- qu'est-ce qui change au niveau de la structure institutionnelle de ou des établissement(s) ?
- comment ?
- pourquoi ?

3.3 Les effets sur la prestation de service

- qu’est-ce qui change en terme de qualité du travail ?
- qu’est-ce qui change en terme d’amélioration de la qualité des soins ?
- qu’est-ce qui change en terme de réalisation d’économies ?

3.4 Les effets de la mise à disposition numérique (ou mise en circulation) de l’information

- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences sur le personnel médical?
- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences sur les patients, citoyens?
- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences par rapport à la qualité des soins ?
- quelles étaient, ou quelles sont, les incidences par rapport à la réalisation d’économies ?
- comment voulait-on, veut-on, en profiter ?
- quel était, ou quel est, le statut/rôle de l’information ?

4. Sur le type de productivité visée

- quelle était, ou qu’elle est, l’importance de la productivité dans la réorganisation et pourquoi ?
- par quels moyens pensait-on, ou pense-t-on, augmenter la productivité des services de soins et pourquoi ?
- comment est-elle évaluée, mesurée ?
- quels sont les termes afférents utilisés (performance, efficacité, efficience, rentabilité, optimum) pour qualifier les effets attendus ?
- quel est le sens de ces termes ?

5. Remercier l’informateur en lui demandant tout texte pertinent relatif au virage ambulatoire informatisé

APPENDICE 3

TABLEAU 1

Dépenses totales de santé au Québec par habitant, 1975 à 2000 (dollars constants de 1997) et PIB par habitant (dollars constants de 1992)

Année	Dépenses totales $ (‘000, 000)	Variation en %	PIB en $ constants de 1992	Variation en %	Prop. Dép. tot. dans le PIB
1975	1 696,47	---	---	---	---
1980	1 887,08	2,9	20 248 (1981)	---	9,3
1985	2 122,94	2,7	21 178	4,5	10,0
1990	2 318,02	0,9	22 964	8,4	10,1
1995	2 406,49	-2,0	23 528	2,5	10,0
2000p	2 586,45	-1,0	---	---	---
2000 / 1975	52,5	---	16,2 (1995/1981)	---	9,7

P : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l’ICIS (2000-2001).

TABLEAU 2

Dépenses de santé publiques et privées (en '000 000 $ de 1997) par habitant et PIB par habitant au Québec, 1975-2000

Année	PIB en $ de 1992	Dépenses publiques	Proportion dans le PIB	Dépenses privées	Proportion dans le PIB	Ratio pub/priv
1975	---	1 325,02	---	371,45	---	3.6
1980	20 248 (1981)	1 399,30	6,9	387,78	1,9	3.6
1985	21 178	1 618,56	7,6	504,39	2,4	3.2
1990	22 964	1 719,29	7,5	598,73	2,6	2.9
1995	23 528	1 753,06	7,5	653,43	2,8	2.7
2000p	---	1 927,00	---	659,42	---	2.9
			Variation en pourcentage			
1975	---	---	---	---	---	---
1980	---	5,6	---	4,4	---	0,0
1985	4,6	15,7	10,1	30,1	26,3	-11,0
1990	7,2	6,2	-1,3	18,7	8,3	-9,4
1995	3,7	2,0	0,0	9,1	7,7	-6,9
2000p	---	9,9	---	0,9	---	7,4
2000/1975 en %	16,2 (1995/1981)	45,4	8,7 (1995/1981)	77,5	47,4 (1995/1981)	19,4

P : Prévision
Source : Données construites sur la base des données de l'ICIS (2000-2001) et de Statistique Canada (Division des comptes nationaux et de l'environnement)

TABLEAU 3

Taux de croissance comparé des dépenses publiques et privées de santé par catégories d'affectation de fonds (dollars courants '000 000$) par habitant, du PIB ($ dollars courants) par habitant et de l'IPC (1992 = 100) au Québec, 1975 à 2000

Section A

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p
(1) PIB en $ courants	---	12 334 (1981)	16 142	21 887	24 459	---
(2) IPC	---	51,6	74,2	91,5	101,8	110,6
Hôpitaux						
(3.1) - publiques	238,44	403,70	625,94	839,95	888,08	998,89
(3.2) - % du PIB	---	---	3,9	3,8	3,6	---
(3.3) - privées	14,59	3,3	60,81	90,67	58,85	39,23
(3.4) - % du PIB	---	0,1	0,4	0,4	0,2	0,2
Autres établis.						
(4.1) - publiques	31,51	84,51	143,53	125,90	127,91	158,58
(4.2) - % du PIB	---	0,7	0,9	0,6	0,5	---
(4.3) - privées	8,46	18,99	34,37	53,12	79,22	87,19
(4.4) - % du PIB	---	0,2	0,2	0,2	0,3	---
Médecins						
(5.1) - publiques	76,79	133,27	198,52	264,41	307,70	322,98
(5.2) - % du PIB	---	0,1	1,2	1,2	1,3	---
(5.3) - privées	0,67	0,97	1,93	2,19	2,79	4,43
(5.4) - % du PIB	---	0,0	0,0	0,0	0,0	---
Autres profes.						
(6.1) - publiques	4,92	19,25	24,86	34,80	37,52	36,71
(6.2) - % du PIB	---	0,2	0,2	0,2	0,2	---
(6.3) - privées	36,56	61,27	107,68	163,69	206,17	253,87
(6.4) - % du PIB	---	0,5	0,7	0,7	0,8	---
Médicaments						
(7.1) - publiques	7,17	19,96	39,00	73,97	114,63	201,32
(7.2) - % du PIB	---	0,2	0,2	0,3	0,5	---
(7.3) - privées	38,44	32,52	85,97	158,06	226,35	268,87
(7.4) - % du PIB	---	0,3	0,5	0,7	0,9	---
Immobilisations						
(8.1) - publiques	18,37	12,42	32,06	43,87	67,10	109,71
(8.2) - % du PIB	---	0,1	0,2	0,2	0,3	---
(8.3) - privées	6,00	15,46	12,23	3,01	2,49	9,47
(8.4) - % du PIB	---	0,1	0,1	0,0	0,0	---
Autres dépenses						
(9.1) - publiques	16,17	29,60	48,53	85,72	105,79	139,23
(9.2) - % du PIB	---	0,2	0,3	0,4	0,5	---
(9.3) - privées	8,33	7,47	12,71	28,58	55,51	41,99
(9.4) - % du PIB	---	0,1	0,1	0,1	0,2	---
TOTAL						
(10.1) - publiques	393,38	702,74	1 112,45	1 468,62	1 648,73	1 967,43
(10.2) - % du PIB	---	5,7	6,9	6,7	6,7	---
(10.3) - privées	113,05	167,35	315,70	499,31	631,38	705,05
(10.4) - % du PIB	---	1,4	2,0	2,3	2,6	---

Section B
Variation en pourcentage

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000 / 1975 en %
(1) PIB en $	---	---	30,9	35,6	11,8	---	98,3
courants	---	---	43,8	23,23	11,3	8,6	114,3
(2) IPC							
Hôpitaux							
(1.1) - publiques	---	69,3	55,1	34,2	5,7	12,5	318,9
(1.2) - % du PIB	---	---	18,1	-2,6	-5,3	---	30,0
(1.3) - privées	---	110,2	98,3	49,1	-35,1	-33,3	168,9
(1.4) - % du PIB	---	---	300,0	0,0	-50,0	0,0	100,0
Autres établiss.							
(2.1) – publiques	---	168,2	69,8	-12,3	1,6	24,0	403,3
(2.2) - % du PIB	---	---	28,6	-33,3	-16,7	---	-28,6
(2.3) - privées	---	124,5	81,0	54,6	49,1	10,1	930,6
(2.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	50,0	---	50,0
Médecins							
(3.1) - publiques	---	73,6	49,0	33,2	16,4	5,0	320,6
(3.2) - % du PIB	---	---	1 100,0	0,0	8,3	---	1 200,0
(3.3) - privées	---	44,8	99,0	13,5	27,4	58,8	561,2
(3.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	0,0	---	0,0
Autres profess.							
(4.1) - publiques	---	291,3	29,1	40,0	7,8	-2,2	646,1
(4.2) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	0,0	---	0,0
(4.3) - privées	---	67,6	75,7	52,0	26,0	23,1	594,4
(4.4) - % du PIB	---	---	40,0	0,0	14,3	---	60,0
Médicaments							
(5.1) - publiques	---	178,4	95,4	89,7	55,0	75,6	2 707,8
(5.2) - % du PIB	---	---	0,0	50,0	66,7	---	150,0
(5.3) - privées	---	15,4	164,4	83,9	43,2	18,8	599,5
(5.4) - % du PIB	---	---	66,7	40,0	28,6	---	200,0
Immobilisations							
(6.1) - publiques	---	-32,4	158,1	36,8	53,0	63,5	497,2
(6.2) - % du PIB	---	---	100,0	0,0	50,0	---	200,0
(6.3) - privées	---	157,7	-20,9	-75,4	-17,3	280,3	57,8
(6.4) - % du PIB	---	---	0,0	-100,0	0,0	---	-100,0
Autres dépenses							
(7.1) - publiques	---	83,1	64,0	76,6	23,4	31,6	761,0
(7.2) - % du PIB	---	---	50,0	33,3	25,0	---	150,0
(7.3) - privées	---	-10,3	70,1	124,9	94,2	-24,4	404,1
(7.4) - % du PIB	---	---	0,0	0,0	100,0	---	100,0
TOTAL							
(8.1) - publiques	---	78,6	58,3	32,0	12,3	19,3	400,1
(8.2) - % du PIB	---	---	21,1	-2,9	0,0	---	17,5
(8.3) - privées	---	48,0	88,6	58,2	26,5	11,7	523,7
(8.4) - % du PIB	---	---	242,9	15,0	13,0	---	85,7

Section C

Répartition en pourcentage des ‘000 000$*

	(1) 1975	(2) 1980	(3) 1985	(4) 1990	(5) 1995	(6) 2000p	(7) 2000 / 1975 en %
Hôpitaux							
(1.1) - publiques	60,6	57,4	56,3	57,2	53,9	50,8	-16,2
(1.2) - privées	12,9	18,4	19,3	18,2	9,3	5,6	-56,6
Autres établissements							
(2.1) - publiques	8,0	12,0	12,9	8,6	7,8	8,1	0,1
(2.2) - privées	7,5	11,3	10,9	10,6	12,5	12,4	65,3
Médecins							
(3.1) - publiques	19,5	19,0	17,8	18,0	18,7	16,4	-15,9
(3.2) - privées	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,6	0,0
Autres professionnels							
(4.1) - publiques	1,3	2,7	2,2	2,4	2,3	1,9	46,2
(4.2) - privées	32,3	36,6	34,1	32,8	32,7	36,0	11,5
Médicaments							
(5.1) - publiques	1,8	2,8	3,5	5,0	7,8	10,2	466,7
(5.2) - privées	34,0	19,4	27,2	31,7	35,9	38,1	12,1
Immobilisations							
(6.1) - publiques	4,7	1,8	2,9	3,0	4,1	5,6	19,1
(6.2) - privées	5,3	9,2	3,9	0,6	0,4	1,3	-75,5
Autres dépenses							
(7.1) - publiques	4,1	4,2	4,4	5,8	6,4	7,1	73,2
(7.2) - privées	7,4	4,5	4,0	5,7	8,8	6,0	-18,9

P : Prévision
* : n’inclut pas la catégorie d’affectation de fonds «Santé publique et administration» nouvellement créée par l’ICIS en 2001.
Note : Les variations globales en % sont calculées sur la base du PIB de 1981 et non de 1980.
Source : Données construites sur la base des données de l’ICIS (2000-2001)

TABLEAU 4

Proportion des transferts fédéraux en matière de santé dans les dépenses publiques de santé du Québec, 1975 à 1995

Année	%	Variation annuelle en %
1975	38,6	---
1976	38,7	0,4
1977	39,8	2,8
1978	40,1	0,7
1979	40,5	1,1
1980	39,6	-2,4
1981	38,4	-2,9
1982	37,4	-2,7
1983	37,5	0,2
1984	38,0	1,6
1985	38,7	1,7
1986	40,6	4,9
1987	40,0	-1,6
1988	38,6	-3,4
1989	38,2	-1,1
1990	36,7	-3,7
1991	34,1	-7,1
1992	33,5	-1,9
1993	33,3	-0,5
1994	33,2	-0,4
1995	33,5	1,1
1996	---	---
1997	---	---
1998	---	---
1999	---	---
2000	---	---

Source : ICIS, 2000

TABLEAU 5

Nombre d'établissements (par mission), au Québec, de 1980 à 1996 (1)

Année	(1) CH	(2) CLSC(2)	(3) CR(3)	(4) CHSLD	(5) TOTAL
(1) 1980	134	75	149	470	842
(2) 1981	134	79	156	491	874
(3) 1982	136	84	149	476	859
(4) 1983	136	88	139	484	861
(5) 1984	131	104	135	506	890
(6) 1985	129	119	131	510	903
(7) 1986	139	128	138	510	929
(8) 1987	139	138	138	512	941
(9) 1988	140	148	137	511	950
(10) 1989	142	154	135	497	942
(11) 1990	142	154	136	473	919
(12) 1991	140	155	134	451	894
(13) 1992	140	155	133	440	882
(14) 1993	140	155	132	440	881
(15) 1994	140	155	124	419	852
(16) 1995	154	156	120	342	788
(17) 1996	146	156	83	313	714

Notes : 1) Il s'agit ici de catégories mutuellement exclusives; on attribue une seule mission à un établissement; 2) Les CLSC ont été créés en 1972; 3) à partir de 1995, les CRJDA et les CRMDA sont exclus du groupe des CR; ils sont regroupés avec les CPEJ.
Source : Données construites sur la base des données de MASTP, SAS, DIRIS, DGPE, MSSS, avril 1997 et Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois, mai 2001.

TABLEAU 6

Nombre de lits et places au permis (selon la classe et le statut), au Québec, de 1981 à 1996

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
		CH			**CHSLD**		**Pavillon d'héber-gement**	**CR**	**TOTAL**
Année	**Public**	**privé**	**total**	**public**	**privé**	**total**			
(1) 1981	28 782	280	29 062	36 782	9 463	46 245	3 618	18 437	97 362
(2) 1982	29 758	280	30 038	37 821	9 169	46 990	3 675	16 167	96 870
(3) 1983	30 157	280	30 437	38 550	9 403	47 953	3 675	16 473	98 538
(4) 1984	28 809	280	30 089	41 640	10 413	52 053	3 921	15 514	101 577
(5) 1985	28 809	280	30 089	41 665	10 621	52 286	4 041	15 820	102 236
(6) 1986	30 965	502	31 467	42 679	10 897	53 576	4 549	15 112	104 704
(7) 1987	31 007	497	31 504	42 576	11 159	53 735	4 572	15 322	105 133
(8) 1988	31 196	503	31 699	42 680	11 479	54 159	4 591	15 069	105 518
(9) 1989	31 764	503	32 267	42 535	11 490	54 025	4 462	15 394	106 148
(10) 1990	31 366	497	31 863	41 507	11 704	53 211	4 492	15 441	105 107
(11) 1991	31 853	497	32 350	40 727	11 732	52 459	4 533	15 674	105 016
(12) 1992	31 303	493	31 796	40 553	11 235	51 788	4 420	15 317	103 321
(13) 1993	31 228	563	31 791	40 731	11 120	51 861	4 428	15 311	103 391
(14) 1994	31 121	563	31 684	40 828	10 619	51 447	4 400	15 593	103 124
(15) 1995	28 628	555	29 175	40 611	9 648	51 259	4 345	14 254	99 033
(16) 1996	28 671	689	29 360	41 483	9 836	51 319	4 342	13 506	98 525

Source : Service de l'analyse statistique, DIRIS, DGPE, MSSS.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham-Frois, Gilbert. 1991. *Dynamique économique*. Paris : Dalloz, 653 p.

Acheson, Dean Gooderham, et Mike Smith. 1982. *Gestion du temps : comment accroître la productivité d'un individu et d'un groupe*. Versailles : Éditions de philosophie appliquée, 74 p.

Adam, Philippe, et Claudine Herzlich. 1994. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 174 p.

Adda, Jacques. 2000. «La nouvelle économie tiendra-t-elle ses promesses ?», *Alternatives économiques. L'État de l'économie*, hors-série no 44, 2e trimestre, p. 48-51.

Ader, Martin. 1984. *Le choc informatique*. Paris : Éditions Denoël, 227 p.

Aftalion, Albert. 1911. «Les trois notions de la productivité et les revenus», *Revue d'économie politique*.

Aglietta, Michel. 1976. *Régulation et crises du capitalisme*. Belgique : Calmann-Lévy, 344 p.

Aiach, Pierre, et Daniel Delanoë (sous la direction). 1998. *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos, 251 p.

Albert, Michel. 1991. *Capitalisme contre capitalisme*. Paris : Seuil, 315 p.

Alet, Dominique, et Bernard Roux. 1994. *La productivité autrement*. Paris : L'Harmattan, 155 p.

Angers, Maurice. 1992. *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc., 365 p.

Aoki, Masahiko. 1991. *Économie japonaise : information, motivations et marchandage*. Paris : Économica, 354 p.

Aristote. 1991. *La métaphysique*. Paris : Presses pocket, 558 p.

Aron, Raymond. 1986. *Dix-huit leçons sur la société industrielle*, Paris : Gallimard, 378 p.

Arrow, Kenneth. 1962. «The Economic Implications of Learning by doing». *Review of Economic Studies*. 19. p. 155-173.

Association des hôpitaux du Québec, (Page consultée le 29 septembre 2002), «L'augmentation de la demande de services est responsable des difficultés budgétaires des hôpitaux», [En ligne], Adresse URL : http://www.ahq.org/info/nouvelles/presse/c060700.html

Attali, Jacques. c1982. *Histoire du temps*, Paris : A. Fayard, 378 p.

Attewell, Paul. 1993. «Why productivity remains a key measure of IT impact». Paper presented at the international workshop on *The productivity impacts of information technology investment*. Charleston (South Carolina).

——————. 1992. «L'informatique et le paradoxe de productivité». *Le communicateur*. no 17, 1992, p 1-27.

Babbage, Charles. 1989. *The economy of machinery and manufactures*. New York : New York university press, 280 p.

Bachelard, Gaston. 1986. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : J. Vrin, 256 p.

Baily, Martin Neil, et Alok. K. Chakrabarti. 1998. *Innovation and the productivity crisis*. Washington D.C. : Brookings Institution, 133 p.

Balint, Michael. 1968. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 422 p.

Barral, Étienne. 1978. *Économie de la santé : faits et chiffres*. Paris : Dunod, 473 p.

Bartoli, Henri. 1996. *L'économie, service de la vie. Crise du capitalisme. Une politique de civilisation*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 496 p.

Baslé, Maurice. 1993. *Histoire des pensée économiques*, Paris : Sirey, 422 p.

Bates, David W., Lucian L. Leape, et Stephen Petrycki. 1993. «Incidence and Preventability of Adverse Drug Events in Hospitalized Adults». *Journal of General Internal Medicine*. no 8, p. 1949-1956.

Batifoulier, Philippe. mars 1992. «Le rôle des conventions dans le système de santé». *Sciences Sociales et Santé*. vol. X, no 1, p. 5-44.

Baumol, William J., Alan S. Blinder, et William M. Scarth. 1986. *L'économique. Principes et politiques*. Saint-Laurent, Québec : Éditions Études Vivantes, 579 p.

Beaud, Michel, et Gilles Dostaler. 1993. *La pensée économique depuis Keynes*. Paris : Seuil, 598 p.

Beaudrillard, Jean. 1974. *La société de consommation*. Paris : Gallimard, 378 p.

Becker, Gary. 1962. «Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis». *Journal of Political Economy*. vol. 70. p. 9-49.

——————. 1964. *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. New York : Columbia University Press, 187 p.

Béjean, Sophie. 1994. *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*. Paris : Économica, 317 p.

Bélanger, André. 1978. *Classes sociales, travail productif et fonctions improductives du capital*. Montréal : Presses de l'Université du Québec, 140 p.

Bell, Daniel. 1976. *Vers la société post-industrielle*. Paris : Laffont, 446 p.

Bellivier, Muriel. c1996. *Le juste-à-temps : naissance d'un nouveau système de production*. Paris : L'Harmattan, 391 p.

Bénichi, Régis, et Marc Nouschi. 1987. *Histoire économique contemporaine : la croissance du XIXème au XXème siècle : 15 thèmes*. Paris : Ellipses, 448 p.

Bensoussan, Claude. 1971. *Progrès technique et distorsions économiques internes*. Paris : Cujas, 251 p.

Bentham, Jeremy. 1996. *An introduction to the principles of morals and legislation*. Oxford : Clarendon Press, 343 p.

Beraud, Alain, et Gilbert Faccarello. 1992. *Nouvelle histoire de la pensée économique*. Paris : La Découverte, 614 p.

Bernard, Francine, et Jean-François Chanlat. 1983. *Les Theories de l'organisation*. Saint-Jean-Sur-Richelieu (Québec) : Editions Prefontaine, 482 p.

Bernard, Michel. 1997. *L'Utopie néolibérale*. Montréal : Renouveau Québécois et Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, 318 p.

Beveridge, William H. 1967. *Full Employment in a free Society*. London : G. Allen & Unwin, 429 p.

Blanc, Gérard (sous la direction). 1995. *Le Travail au XXIe siècle : mutations de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information*. Paris : Dunod, 274 p.

Böhm Bawerk, Eugen Von. 1957. *Capital and Interest : a critical history of economical theory*. New York : Kelley and Millman, 431 p.

Boirel, René. 1961. *Théorie générale de l'invention*. Paris : Presses universitaires de France, 407 p.

Bolle de Bal, Marcel. 1976. *Accroissement de la productivité et psychosociologie du travail*. Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles, 122 p.

Boisselier, Patrick. 1993. *L'investissement immatériel : gestion et comptabilisation*. Bruxelles : De Boeck-Wesmad, 208 p.

Bollier, Guillaume. 1995. «Les technopoles : une révolution laborieuse de la société industrielle». *Terminal*, no 68, été, p. 47-65.

Bonneville, Luc. 2003. «Informatisation et représentation de la temporalité». *Des sociétés en mutation* (sous la direction de Jean-Pierre Dupuis et Pierre Beaucage).

Montréal : Nota Bene. p. 77-92.

——————. 2002. «La temporalité du réseau Internet est-elle encore moderne ?». *Internet, nouvel espace citoyen ?* (sous la direction de Francis Jaureguiberry et Serge Proulx). Paris : L'Harmattan. p. 205-222.

——————., «Colloque du MSSS sur les orientations stratégiques et technologiques des ressources informationnelles : un regard sociologique sur les motifs d'implantation des TIC dans le système sociosanitaire», *Observations*, Centre de Bioéthique de Montréal, vol. 3. no 2, 27 août 2001, [En ligne] : <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/archives/no32.html>

——————. mars 2000. «L'impact des NTIC sur la représentation de la temporalité» Mémoire de maîtrise. Département de sociologie. Université du Québec à Montréal, 110 p.

Bouchut. Yves. c1980. *Automatisation : formes anciennes et formes nouvelles*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 178 p.

Boulle, André Léon. 1963. *Le chef et ses huit métiers : la doctrine de Fayol et l'entreprise d'aujourd'hui*. Paris : Entreprise moderne d'édition, 131 p.

Bounine, Jean, et Kiyoshi Suzaki. 1986. *Produire juste à temps : les sources de la productivité japonaise*. Paris : Masson, 158 p.

Bourque, Gilles, et Jules Duchastel. 1992. «Le discours politique néolibéral et les transformation actuelles de l'État». *Discours social*, no 3-4, p. 77-95.

Boyer, Luc, et Noël Equilbey. 1990. *Histoire du management*. Paris, Éditions d'Organisation, 192 p.

Boyer, Robert, et Jean-Pierre Durand. 1998. *L'après-fordisme*. Paris : Syros, 156 p.

Bozzini, Luciano, Marc Renaud, Dominique Gaucher et Jaime Llambias-Wolff (sous la direction). 1981. *Médecine et société. Les années 80*. Montréal : Éditions coopératives A. Saint-Martin, 554 p.

Braverman, Harry. 1976. *Travail et capitalisme monopoliste*. Paris : Maspero, 360 p.

Brémond, Janine. 1989. *Les économistes néo-classiques : de L. Walras à M. Allais, de F. von Hayek à M. Friedman*. Paris : Hatier, 250 p.

Brinkerhoff, Robert O., et Dennis E. Dressler. 1990. *Productivity measurement : a guide for managers and evaluators*, Newbury Park (Calif.) : Sage, 128 p.

Brynjolfsson, Eric, et Brian Kahin. 2000. *Understanding the digital economy : data, tools, and research*. Cambridge : MIT Press, 401 p.

Bureau de la santé et l'inforoute. 2001. *Vers les dossiers de santé électroniques*. Canada : Santé Canada, 55 p.

Bureau de la santé et l'inforoute. 1998. *Les télésoins à domicile : aperçu*. Document de discussion. Canada : Santé Canada, 16 p.

Butera, Federico. 1991. *La métamorphose de l'organisation : du château au réseau*. Paris : Éditions d'Organisation, 245 p.

Caccomo, Jean-Louis. 1996. *Les défis économiques de l'information. La numérisation*. Paris : L'Hamattan, 126 p.

Caillé, Alain. 1989. *Critique de la raison utilitaire : manifeste du MAUSS*. Paris : La Découverte, 139 p.

Cameron, Kim S., et David A. Whetten. 1983. «Organizational effectiveness : one model or several ?». *Organizational effectiveness : a comparaison of multiple models* (sous la direction de Kim S. Cameron et David. A Whetten). Sans Diego : Academic Press. p. 1-20.

Carré, Dominique, et Jean-Guy Lacroix (sous la direction). 2001. *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*. Paris : L'Harmattan, 312 p.

——————. juin 2001. «Incidences de l'usage du *télémonitoring* sur l'organisation du travail médical et la relation médecin-patient». Actes du 3e colloque international sur les usages et services de télécommunications (ICUST), e-Usages, ENST Paris, 11 p.

——————. mai 1999. «Virage ambulatoire et autoroutes de l'information dans le secteur de la santé». *Sciences de la Société*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail. no 47, p. 23-41.

Carré, Dominique, et Robert Panico. 2000. «Enjeux socio-médicaux de la modernisation de la santé», *Terminal*, printemps-été, no 82, p. 7-30.

Carrilon, Jean-Philippe. 1986. *Le «juste à temps» dans la gestion des flux industriels*. Paris : Hommes et Techniques, 156 p.

Caspar, Pierre, et Christine Afriat. 1988. *L'investissement intellectuel : essai sur l'économie de l'immatériel*. Paris : Économica, 184 p.

Castells, Manuel. 1998. *La société en réseaux - L'ère de l'information*. Paris : Fayard, 613 p.

Castel, Odile. 1998. *Histoire des faits économiques : les trois âges de l'économie mondiale*. Paris : Sirey, 257 p.

CESSSS, Rapport sur la santé des québécois, (Page consultée le 26 novembre 2002), *Santé au Québec : quelques indicateurs*, juin 2000, [En ligne], Adresse URL : http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-106-4f.pdf

Chabot, Patrick. 2001. «Le sens de la transformation contemporaine du système de la santé». Thèse de doctorat en sociologie. Montréal, Université du Québec à Montréal,

311 p.

Chartron, Ghislaine éd. 1994. *Pour une nouvelle économie du savoir*. Rennes : Presses universitaires de Rennes 2, 155 p.

Chevalier, François-Xavier. *Le bonheur économique : les trente glorieuses sont devant nous*. Paris : A. Michel, 218 p.

Clark, John Bates 1965. *The distribution of wealth. A theory of wages, interests and profits*. New York : A.M. Kelly, 445 p.

——————. 1968. *Essentials of economic theory as applied to modern problems of industry and public policy*. New York : A.M. Kelly, 566 p.

Clark, Colin. 1960. *Les conditions du progrès économique*. Paris : Presses universitaires de France, 505 p.

Colin, René. 1996. *Produire juste-à-temps en petite série : le guide*. Paris : Éditions d'Organisation, 383 p.

Combemale, Pascal, et Arnaud Parienty. 1993. *La productivité : analyse de la rentabilité, de l'efficacité et de la productivité*. Paris : F. Nathan, 207 p.

Côme, Thierry, et Gilles Rouet. 1994. *Micro-économie : initiation à l'analyse économique des comportements*. Paris : Eyrolles, 293 p.

Comité consultatif sur l'autoroute de l'information. juillet 1995. *Inforoute Québec - Plan d'action pour la mise en œuvre de l'autoroute de l'information*. Québec : CCAI, 53 p.

Commission Clair d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Rapport et recommandations. Les solutions émergeantes*. Québec : Gouvernement du Québec, 410 p.

Condorcet, Marie Jean Antoine Caritat marquis de. 1970. *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. Paris : Vrin, 245 p.

Conseil de la science et de la technologie. octobre 1994. *Miser sur le savoir : les nouvelles technologies de l'information, rapport de conjoncture*. Québec : CST, 11 p.

Contandriopoulous, André-Pierre (entrevue avec). novembre 2001. «La santé. Un enjeu démocratique». *Revue Notre-Dame*. p. 16-28.

——————. (rencontre avec). automne 2000. «Rencontre avec André-Pierre Contandriopoulos». *Bulletin de santé publique*, vol. 21, no 3. [En ligne]. Adresse URL : http://www.aspq.org/bulletins/bsp/vol21/vol21n3Contandriopoulos.htm

——————. 1986. *L'évolution et la structure des coûts du système de santé et des services sociaux au Québec*. Montréal : Université de Montréal, GRIS, FCLSQ, 162 p.

———————. 1983. «La logique de production et l'utilisation des services médicaux». *Administration hospitalière et sociale*. vol. 29, no 3, p.---

———————. 1982. *Le niveau de financement des services de santé : quelques critères d'appréciation*. Montréal : Université de Montréal, GRIS, 26 p.

Coriat, Benjamin. 1994. *Penser à l'envers : travail et organisation dans l'entreprise japonaise*. Paris : C. Bourgois, 185 p.

———————. 1990. *L'atelier et le robot*. Paris : Bourgois, 302 p.

———————. 1979. *L'atelier et le chronomètre. Essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*. Paris : Bourgois, 298 p.

———————. 1976. *Science, Technique et Capital*. Paris : Seuil, 242 p.

Coriat, Benjamin, et Olivier Weinstein. 1995. *Les nouvelles théories de l'entreprise*. Paris : Librairie générale française, 218 p.

Couillard, Marie-Andrée, et Ginette Côté. 2000. *Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec*. Sainte-Foy : Centre de recherche sur les services communautaires (CRSC), 218 p.

Dabrowski, Richard. 1978. *Les maladies de civilisation*. Paris : Édition Le Rocher, 205 p.

Darbon, Sébastien, et Alain Letourmy. mars 1983. «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ?». *Sciences sociales et santé*. no 2, p. 31-77.

D'Auno, Thomas. 1992. «The effectiveness of human service organizations. A comparison of models». *Human services as complex organizations* (sous la direction de Yeheskel Hasenfeld). Londres : Sage Publications. p. 341-361.

De Bandt, Jacques. 1998. «Les marchés de services informationnels : quelles garanties pour le client, consommateur ou partenaire ?». *Revue d'économie industrielle*, no 86, 4e trimestre, p.61-84.

Debord, Guy. 1971. *La société du spectacle*. Paris. Champ Libre, 170 p.

De Closets, François, et Bruno Lussato. 2000. *L'imposture informatique*. Paris : A. Fayard, 326 p.

Dehem, Roger. 1984. *Histoire de la pensée économique : des mercantilistes à Keynes*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 448 p.

Delauney, Jean-Claude, et Jean Gadrey. 1987. *Les enjeux de la société de service*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 333 p.

Denison, Edward Fulton. c1989. *Estimates of productivity change by industry : an*

evaluation and alternative. Washington DC : Brookings Institution, 78 p.

——————. 1962. *The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives before Us*. New York : Committee for Economic Development, 297 p.

De Pouvourville, Gérard. 2000. *L'économie de la santé en sept dialogues*. Paris : Mutualité française, 112 p.

——————. 1998. «Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. vol. 5, no 1, p. 99-105.

——————. juin 1990. «La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité». *Sciences Sociales et Santé*. vol. VIII, no 2, p. 33-34.

De Rosnay, Joël. 1986. *Le cerveau planétaire*. Paris : Olivier Orban, 297 p.

Deslauriers, Jean-Pierre. 1987. *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 153 p.

D'Houtaud, Alphonze. 1998. *Sociologie de la santé : langage et savoirs, environnements et éthique*. Paris; Montréal : L'Harmattan, 397 p.

Di Ruzza, Renato. 1988. *Éléments d'épistémologie pour économistes : la dernière instance et son ombre*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 154 p.

Dixon, Keith. 1998. *Les évangélistes du marché*. Paris : Raisons d'Agir, 111 p.

Doray, Bernard. 1981. *Le taylorisme : une folie rationnelle ?*. Paris : Dunod, 182 p.

Doray, Pierre, et Céline Saint-Pierre. 1993. *Technologies et entreprises : regards évolutifs*. Montréal : UQAM-CREST, 150 p.

Dosi, Giovanni. 1988. *Technical change and economic theory*. London : Pinter, 646 p.

Dostaler, Gilles. printemps-été 2000. «De la domination de l'économie au néolibéralisme». *Possibles*. vol. 24, no 2-3, p. 13-26.

——————. 1978. *Marx, la valeur et l'économie politique*. Paris : Anthropos, 198 p.

Douat, Étienne. 1996. *La maîtrise des dépenses de santé en Europe et en Amérique du Nord*. Rennes : Université de Rennes 1 et École Nationale de la Santé Publique de Rennes, Laboratoire d'Études du Droit Public, 467 p.

Drucker, Peter Ferdinand. 1989. *Les nouvelles réalités : de l'État-providence à la société du savoir*. Paris : InterÉditions, 319 p.

——————. 1981. *L'entreprise face à la crise mondiale*. Paris : InterÉditions, 248 p.

——————. 1970. *La grande mutation. Vers une nouvelle société*. Paris : Les

Éditions d'Organisation, 429 p.

Dufresne, Jacques, Fernand Dumont et Yves Martin (sous la direction). 1985. *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Sainte-Foy : Presses universitaire du Québec; Québec : Institut québécois de recherche sur la culture; Lyon : Presses universitaire de Lyon, 1245 p.

Dugré, Yves. 29 mai 2003. «Remettre de la logique dans le système». *Le Devoir*. p. A7.

Dumazedier, Joffre. 1962. *Vers une civilisation du loisir ?*. Paris : Éditions du Seuil, 309 p.

Dumont, Louis. 1985. *Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Paris : Gallimard, 270 p.

Dupuy, Jean-Pierre, et Serge Karsenty. 1977. *L'invasion pharmaceutique*. Paris : Éditions du Seuil, 310 p.

Duru, Gérard. 1994. *Analyses et évaluations en économie de la santé. Nouvelles méthodologies, résultats*. Paris : Hermes, 404 p.

Du Tertre, Christian, et Giancarlo Santilli. 1992. *Automatisation et travail : utopies, réalités, débats : des années cinquante aux années quatre-vingt-dix*. Paris : Presses universitaires de France, 176 p.

Duval, Guillaume. 2000. «La productivité est-elle bonne pour l'emploi ?», *Alternatives économiques. L'État de l'économie*, hors-série, no 44, 2e trimestre, p. 26-27.

——————. 1998. *L'entreprise efficace, à l'heure de Swatch et McDonald's : la seconde vie du taylorisme*. Paris : Syros, 189 p.

Durkheim, Émile. 1986. *De la division du travail social*. Paris : Presses universitaires de France, 416 p.

Ecalle, François. 1989. *L'économie des services*. Paris : Presses universitaires de France, 127 p.

Elam, Mark J. 1992. «Trois interprétations du post-fordisme : la technologie, le marché et les institutions. *Cahiers de recherche sociologique*, nos 18-19, p. 25-53.

Erhard, Friedberg. 1972. *L'analyse sociologique des organisations*. Paris : Groupe de recherche et d'education pour la promotion, 120 p.

Evans, Robert G. 1974. «Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications», Mark Perlman (Ed.). *The Economics of Health and Medical Care*. Proceedings of a Conference held by the International Economic Association, Tokio. p. 162-173

Faure, Olivier. 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe - XXe Siècles)*. Paris :

Anthropos, 272 p.

Feldstein, Paul Joseph. 1992. *Analyse économique de la santé*. Paris : Seillans, 565 p.

Féron, Robert. 1964. *Organisation de la production*. Paris : Entreprise moderne d'édition, 255 p.

Fisher, Irving. 1977. *The theory of interest*. Philadelphia : Porcupine Press, 566 p.

Flichy, Patrice. 1995. *L'innovation technique : récents développements en sciences sociales, vers une nouvelle théorie de l'innovation*. Paris : La Découverte, 250 p.

Fortin, Jean-Paul, et Claude Banville. 1998. *Rapport d'évaluation des projets pilotes en télécardiologie et en téléradiologie*. Québec : Centre de santé publique de Québec et Université Laval, sous la direction du CEFRIO, 150 p.

Fourastié, Jean. 1968. *La productivité*. Paris : Presses universitaires de France, 126 p.

Freeman, Christopher. c1990. *The Economics of innovation*. Aldershot (England) : E. Elgar Brookfield, 504 p.

Freeman, Christopher, John Clark, et Luc Soete. 1982. *A Study of Long Waves and Economic Development*. London : Frances Pinter, 214 p.

Friedman, Meyer, Ray H.Rosenman. 1974. *Type A Behavior and Your Heart*. New York : Knopf, 276 p.

Friedman, Milton. 1969. *The Optimum Quantity of Money and Other Essays*. Chicago : Aldine, 296 p.

Gadrey, Jean. 2001. *Nouvelle économie. Nouveau mythe ? Suivi de que reste-t-il de la nouvelle économie ?*. Paris : Flammarion, 267 p.

——————. 1996. *Services : la productivité en question*. Paris : Desclée de Brouwer, 358 p.

——————. 1992. *L'économie des services*. Paris : Éditions La Découverte, 125 p.

——————. 1990. «Rapport social de service : une autre régulation», *Revue économique*, vol. 41, no 1, janvier 1990, p. 48-69.

Galbraith, John Kenneth. 1967. *The New Industrial State*. Boston : Hougthon Mifflin, 427 p.

Garnier, Jean-Pierre. 1988. *Le capitalisme high tech*. Paris : Spartacus, 89 p.

Gernaouti-Hélie Solange, et Arnaud Dufour. 1999. *De l'ordinateur à la société de l'information*. Paris : Presses universitaires de France, 127 p.

Giarini, Orio, et Jean-Rémy Roulet, *L'Europe face à la nouvelle économie de service*,

Paris, Presses universitaires de France, 1988, 244 p.

Giarini, Orio, et Henri Loubergé. 1979. *La civilisation technicienne à la dérive : les rendements décroissants de la technologie*, Paris : Dunod, 150 p.

Gill, Louis. 1999. *Le néolibéralisme*. Montréal, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM : Expresso, 52 p.

Gille, Bertrand. 1978. *Histoire des techniques : technique et civilisations, technique et sciences*. Paris : Gallimard, 1652 p.

Goddard, Walter E. 1990. *Décuplez la productivité de votre entreprise par le juste-à-temps*. Paris : Éditions du Moniteur, 190 p.

Goetz-Girey, Robert. 1966. *Croissance et progrès à l'origine des sociétés industrielles*. Paris : Montchrestien, 315 p.

Goldfinger, Charles. 1994. *L'utile et le futile. L'économie de l'immatériel*. Paris : Éditions Odile Jacob, 622 p.

Gorz, André. 1988. *Métamorphoses du travail, quête de sens : critique de la raison économique*. Paris : Galilée, 302 p.

Gouvernement du Québec. avril 1998. *Agir autrement - La politique québécoise de l'autoroute de l'information*. Québec : Gouvernement du Québec, 98 p.

Grant, Michel, Paul R. Bélanger, et Benoît Lévesque. 1997. *Nouvelles formes d'organisation du travail*. Paris ; Montréal : L'Harmattan, 332 p.

Grignon, Claude. janvier 1988. «Sociologues "littéraires", économistes "scientifiques" ?». *Revue économique*. no 1, p. 291-292.

Grignon, Michel. décembre 2000. *Un paradoxe latin : comment améliorer la performance des médecins en sous investissant dans l'éducation ? À propos du rapport sur la santé dans le monde de l'OMS.* Paris : CREDES.

Gronier, Anne-Marie. 1987. *La productivité : progrès social ou source de chômage ?*. Paris : Hatier, 127 p.

Grossin, William. 1969. *Le travail et le temps : horaires, durées, rythmes : une enquête dans la construction mécanique et électrique de la région parisienne*. Paris : Anthropos, 248 p.

Grossman, Michael. 1972. *The Demand for health : A Theoretical and Empirical Investigation*. New York : Columbia University Press (For N.B.E.R.), 115 p.

Guérard, François. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Québec : Boréal, 123 p.

Guerrien, Bernard. 1985. *La Théorie néo-classique*. Paris : Économica, 426 p.

Guglielmi, Jean-Louis. *Équilibre ou évolution : essai sur la dynamique des sociétés industrielles*, Paris : Cujas, 161 p.

Guilham, Bernard (sous la direction). 1997. *Économie de la connaissance et organisations. Entreprises, territoires, réseaux*. Paris, Montréal : L'Harmattan, 481 p.

Guisset, Ann-Lise, Claude Sicotte, Pol Leclercq et William D'Hoore. 2 juin 2002. «Définition de la performance hospitalière : une enquête menée auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux». *Sciences Sociales et Santé*. vol. 20, no 2, p. 65-104.

Guisset, Ann-Lise, Claude Sicotte et William D'Hoore. 1999. «Concepts et mesures de l'efficience à l'hôpital». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. vol. 6, no 1, p. 83-101.

Hamel, Petr, et Jorge Niosi. 1998. *La technologie et la croissance économique : survol de la littérature*. Montréal : CIRST, 46 p.

Hammer, Michael, et James Champy. 1993. *Le reengineering*. Paris : Dunod, 247 p.

Hayek, Friedrich August von. 1946. *La route de la servitude*. Paris : Librairie de Médicis, 179 p.

Henri, Denis. 1988. *Histoire de la pensée économique*. Paris : Presses universitaires de France, 743 p.

Huet, Armel, Jacques Ion, Alain Lefebvre, Bernard Miège et Jacques Perron (sous la direction). 1985. *Capitalisme et industries culturelles*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 214 p.

Hugon, Paul. 1947. *Les doctrines économiques*. Montréal : Fides, 413 p.

Humbert, Marc. été-autome 1997. «Les nouveaux défis de la micro-informatique». *Terminal*. no 74. p. 99-120.

Hunter, Mark. novembre 1999. Le Monde diplomatique. (Page consultée le 2 décembre 1999). *Les salariés américains aimeraient le temps de vivre*. [En ligne]. Adresse URL : http://www.monde-diplomatique.fr/1999/11/HUNTER/12646.html

Hutchins, David. 1989. *Le juste-à-temps*. Paris : Association française de Normalisation, 203 p.

Jacot, Jacques-Henri, et Jean-Pierre Micaelli. 1996. *La performance économique en entreprise*. Paris : Hermès, 222 p.

Jacot, Jacques-Henri, et Jean-François Troussier. 1992. *Travail, compétitivité, performance*. Paris : Économica, 290 p.

Jacot, Jacques-Henri, et Guy Lajoinie. 1988. *Modes d'organisation et technologie : introduction de l'automatisation dans les PMI*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 146 p.

Jacot, Jacques-Henri. 1994. *Formes anciennes, formes nouvelles d'organisation*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 233 p.

Jeanjean, Patrick. 1975. *Le calcul économique*. Paris : Presses universitaires de France, 128 p.

Jessua, Claude. 1991. *Histoire de la théorie économique*. Paris : Presses universitaires de France, 584 p.

Jevons, William Stanley. 1970. *The Theory of Political Economy*. Harmondsworth : Penguin Books, 272 p.

Kaldor, Nicolas. 1996. *Causes of growth and stagnation in the world economy*. Cambridge ; New York : Cambridge University Press, 230 p.

Keating, Peter, et Othmar Keel (sous la direction). 1995. *Santé et société au Québec : XIXe et XXe siècles*. Montréal : Boréal, 272 p.

Keller, Pascal-Henri, et Janine Pierret (sous la direction). 2000. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*. Éditions La Découverte et Syros : Paris, 238 p.

Kerleau, Monique. Dcembre 1998. «L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé». *Sciences Sociales et Santé*. vol. 16. no 4, p. 5-33.

Keynes, John Maynard. 1969. *La théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*. Paris : Payot, 383 p.

Kindleberger, Charles Poor. 1992. *Les lois économiques et l'histoire*. Paris : Economica, 168 p.

Kondratieff, Nicola. Novembre 1935. «The Major Economic Cycles». *Review of Economic Statistics*. vol. XVII.

Kuznets, Simon Smith. 1972. *Croissance et structures économiques*. Paris : Calmann-Lévy, 441 p.

Lacasse, Jocelyne et Raymond Munger. 1992. *Économie globale*. Laval : Éditions Études vivantes, 472 p.

Lacourse, Marie-Thérèse. 1998. *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill, 254 p.

Lacroix, Jean-Guy. 2003. *Le sens sociopolitique de la façon de construire les autoroutes de l'information dans le secteur de la santé*. Montréal : GRICIS (UQAM). Texte ronéotypé, 18 p.

——————. 1998. «Sociologie et transition millénariste : entre l'irraison totalitaire du capitalisme et la possibilité-nécessité de la conscientivité». *Cahiers de recherche*

sociologique, no 30, p. 79-152.

——————. Février 1997. «Autoroute de l'information et transition vers le mode de régulation discuté-programmé». *Sciences de la Société*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail, no 40, p. 39-54.

——————. 1985. *L'organisation du travail dans la câblodistribution au Québec*. Montréal : GRICIS, 98 p.

——————. 1982. «La crise économique au Québec». *Les Cahiers du socialisme*. no 9, p. 144-187.

Lacroix, Jean-Guy, Gaëtan Tremblay et Gilles Pronovost. 1993. «La mise en place de l'offre et la formation des usages des NTIC. Les cas de Vidéoway et de Télétel». *Cahiers de recherches sociologiques*, no 21, p. 79-122.

Lacroix, Jean-Guy, Bernard Miège, Pierre Moeglin, Patrick Pajon et Gaëtan Tremblay. 1993. «La convergence des télécommunications et de l'audiovisuel : un renouvellement de perspective s'impose». *Technologies de l'information et société*, vol. 5, no 1, p. 81-105.

Lacroix, Jean-Guy, Bernard Miège et Gaëtan Tremblay. 1994. *De la télématique aux autoroutes électroniques : le grand projet reconduit*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec ; Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 265 p.

Lambert, Denis-Clair. 2000. *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*. Paris : Seuil, 521 p.

Lamoureux, André. 1992. *Une démarche scientifique en sciences humaines. Méthodologie*. Laval : Éditions études vivantes, 638 p.

Langlois, Christiane. 1999. *Le virage ambulatoire*. Québec : Deslandes, 232 p.

La Presse. mai 2002. «L'État n'a pas à surveiller les prescriptions, soutient le Collège des médecins». p. A6.

Lautier, Bruno et Ramon Tortajada. 1978. *École, force de travail et salariat*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 205 p.

Lauzon, Léo-Paul, et Marc Hasbani. 2002. *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée, pour une période de 10 ans (1991-2000)*. Montréal : Chaire d'études socio-économiques (UQAM), 44 p.

Lazarou, Jason, Bruce H. Pomeranz, et Paul N. Corey. 1998. «Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients : A Meta-Analysis of Prospective Studies». *Journal of Medical Americain Association*. no 279, p. 1200-1205.

Le Disert, Dominique. 1985. *La Maladie : la part du social*. Paris : Éditions du CDSH, 104 p.

Lefebvre, Louis-André, Elizabeth Lefebvre, et Jean Ducharme. 1986. *L'impact de la technologie informatique sur la main d'oeuvre dans les organisations*. Montréal : UQAM-CRG; UQAM-GRGT, 25 p.

Lehoux, Pascale, Claude Sicotte, Jean-Louis Denis, Mark Berg, et André Lacroix, 2002. «The theory of use behind telemedicine : how compatible with physicians' clinical routines ?». *Social Science and Medicine*. no 54, p. 889-904.

Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger (sous la direction). 1994. *Le système de santé au Québec. Organisateurs, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval. 1994, 370 p.

Lemire, Marc, 2003. «Le politique dans le projet de modernisation technologique du service public de santé : le paradigme des autoroutes de l'information face à la démocratie». Thèse de doctorat en science politique. Montréal, Université du Québec à Montréal, 564 p.

——————. automne 2000. «Comprendre les transformations du système de santé». *Ao ! Espaces de la parole*. vol. VI, no 3, p. 4-7.

——————. mai 2000. *Actions gouvernementales structurantes. Chronologie commentée sur le développement des inforoutes santé et de la télésanté au Québec et au Canada*. Deuxième version. Montréal : GRICIS, 42 p.

Leretaille, Louis. 1983. *Circuits économiques et comptabilités nationales*. Paris : Société d'édition d'enseignement supérieur, 1983, 511 p.

Lévy, Émile. mars-avril 1976. «L'hôpital est-il une entreprise ?». *Revue française de gestion*. p. 9-24.

Lévy, Émile, Martine Bungener, Gérard Duménil et Francis Fagnani. 1982. *La croissance des dépenses de santé*. Paris : Economica, 115 p.

Lévy-Garboua, Louis. janvier 1998. «Différences de méthode en économie et en sociologie». *Revue économique*. no 1, p. 289-290.

Lipietz, Alain. 1989. *Choisir l'audace*. Paris : La Découverte, 155 p.

Livian, Yves-Frédéric. 1995. *Introduction à l'analyse des organisations*. Paris : Économica, 112 p.

Lojkine, Jean. 1993. «La révolution informationnelle». *Terminal*, automne, no 61, p. 45-54.

Machlup, Friedrich Eduard Machlup. 1962. *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*. Princeton : Princeton University Press, 416 p.

Malinov, Marina J., et Paul M. Sommers. septembre 1997. «A New Line on the Phillips Curve». *Social Science Quaterly*. vol. 78. no 3, p. 740-746.

Malinvaud, Edmond. 1954. «Aggregation Problems in Input-Output Models». in T. Barna (sous la direction). *The Structural Interdependence of the Economy*. New York : John Wiley. p. 188-202.

Malo, Stéphane. 1982. *La biotechnologie comme un des moteurs de développement d'un nouveau paradigme techno-économique*, Montréal : UQAM, 130 p.

Malthus, Thomas Robert. 1966. *Essai sur le principe de population*. Osnabruck : O. Zeller, 687 p.

Mandy, Paul. *Le statut scientifique de l'économie. Hommage à Paul Rousseaux*. Louvain-la-Neuve : Academia, 1991, 136 p.

Marien, Michael. 1977. «Les deux visions de la société post-industrielle». *Futuribles*. no 12, vol. 3, p. 429-452.

Marshall, Alfred. 1938. *Principles of economics : an introductory volume*. London : Macmillan and Co., 871 p.

Martin, Patrice, et Patrick Savidan. 1994. *La culture de la dette*. Québec : Boréal, 137 p.

Martina, Daniel. 1991. *La pensée économique*. Paris : A. Colin, 191 p.

Marty, Claude. 1997. *Le juste à temps : produire autrement*. Paris : Hermès, 284 p.

Marx, Karl. 1985. *Le Capital*. Paris : Flammarion.

Massé, Pierrette. 1994. *Système d'information, de communication et performance organisationnelle*. Sainte-Foy : Télé-Université, 276 p.

Mattick, Paul. 1976. *Crises et théories des crises*. Paris : Éditions Champ Libre, 242 p.

Maunoury, Jean-Louis. 1968. *La genèse des innovations : la création technique dans l'activité de la firme*. Paris : Presses universitaires de France, 435 p.

Mayère, Anne. 1997. *La société informationnelle : enjeux sociaux et approches économiques*. Paris ; Montréal : L'Harmattan, 239 p.

——————. 1990. *Pour une économie de l'information*. Paris : Éditions du CNRS, 316 p.

——————. 2000. «Mutations organisationnelles et évolution des productions et échanges d'information». *Sciences de la Société*, mai-octobre, nos 50-51, p. 87-105.

Messine, Philippe. 1987. *Les saturniens*. Paris : La Découverte, 219 p.

Miège, Bernard, et Gaëtan Tremblay. mai 1999. «Pour une grille de lecture du développement des techniques de l'information et de la communication». *Sciences de la Société*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail. no 47, p. 9-22.

Bernard Miège, et Yves de la Haye. hiver 1984. «De l'ère de la communication aux marchés de la télécommnication». *Communication / Information*. vol. VI, nos. 2-3. p. 203-222.

Milon, Alain. 1999. *La valeur de l'information : entre dette et don. Critique de l'économie de l'information*. Paris : Presses universitaires de France, 232 p.

Mingat, Alain. janvier 1988. «Économie et sociologie : une typologie». *Revue économique*. no 1, p. 293-295.

Ministère de la Santé et des services sociaux - Direction des ressources d'information, Service d'orientations, planification et normes. octobre 1992. *Contexte technologique du réseau sociosanitaire en matière d'informatisation*. Québec : MSSS, 47 p.

——————. - Direction générale de l'administration et des immobilisations et Direction générale des ressources informationnelles. octobre 1995. *Prendre l'autoroute de l'information... Les prémisses du plan d'action pour le secteur sociosanitaire, document de travail*. Québec : MSSS, 19 p.

——————. - Direction des ressources informationnelles. novembre 1996. *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, Orientations en télécommunication pour le secteur sociosanitaire. Québec : MSSS, 100 p.

——————. - Direction des ressources informationnelles. novembre 1996. *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire*. Guide pour la mise en œuvre. Québec : MSSS, 186 p.

——————. - Direction des ressources informationnelles. novembre 1996. *Les orientations technologiques du réseau sociosanitaire québécois - Des assises solides pour la transformation*. Québec : MSSS, 28 p.

——————. mai 1997. *L'autoroute de l'information, un levier essentiel à la transformation du système sociosanitaire - Plan d'action intégré*. Québec : MSSS, 76 p.

——————. avril 1998. *Les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux québécois. Plan stratégique 1998-2001*. Québec : MSSS, 52 p.

——————. mars 2000. *Bilan de la planification stratégique 1998-2001 des ressources informationnelles du secteur sociosanitaire québécois*. Québec : MSSS, 31 p.

Moatti, Jean-Paul. mars 1992. «Efficience, vous avez dit efficience ?». *Sciences Sociales et Santé*. vol. X, no 1, p. 125-133.

Molinier, Jean. 1958. *Les métamorphoses d'une théorie économique : Le revenu national chez Boisguilbert, Quesnay et J.-B. Say*. Paris : A. Colin, 116 p.

Montchrestien, Antoine, et Theophile Funck-Brentano 1889. *Traicte de l'oeconomie politique : dedie en 1615 au roy et a la reyne mere du roy*. Paris : Plon-Nourrit, 398 p.

Monnoyer-Longé, Marie-Christine. 1997. *L'entreprise et l'outil informationnel*. Paris;

Montréal : L'Harmattan, 1997, 220 p.

Morin, Estelle M. 1984. «L'efficacité de l'organisation : conception intégrée». *L'efficacité de l'organisation. Théories, représentations et mesures* (sous la direction de André Savoie et Guy Beaudin). Montréal : Gaëtan Morin. p. 73-87.

Morin, Hervé. Nouvelle UDF, Hervé Morin, (Page consultée le 12 juillet), *Oui à la croissance des dépenses de santé*, [En ligne], Adresse URL : http://www.udf.org/presse/articles/morin_lefigaro_090101.htm

Mumford, Lewis. 1950. *Technique et civilisation*. Paris : Seuil, 414 p.

Musolino, Michel. 1997. *L'imposture économique : bêtises et illusions d'une science au pouvoir*. Paris : Textuel, 255 p.

——————. 1997. *Fluctuations et crises économiques*. Paris : Ellipses, 160 p.

Negroponte, Nicholas. 1995. *L'homme numérique*. Paris : Éditions Robert Laffont, 295 p.

Néré, Jacques. 1989. *Les crises économiques au XXe siècle*. Paris : A. Colin, 160 p.

Notes pour une allocution de Allan Rock, ministre de la Santé, (Page consultée le 17 avril 2001), *Conférence nationale sur l'info-structure de la santé*, Edmonton, 9 février 1998, [En ligne], Adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/discours/infstrf.htm

Nusbaumer, Jacques. 1984. *Les services. Nouvelle donne de l'économie*. Paris : Economica, 142 p.

Ombredane, André, et Jean-Marie Faverge. 1955. *L'analyse du travail : facteur d'économie humaine et de productivité*. Paris : Presses universitaires de France, 236 p.

Ono, Taiichi. 1989. *L'esprit Toyota*. Paris : Masson, 132 p.

Organisation mondiale de la santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.

Oulès, Jean. 1966. *La psychologie médicale*. Toulouse : Privat, 100 p.

Panico, Robert. mai 1999. «Télé-médecine et progrès social : un duo incertain». *Sciences de la Société*, Toulouse : Presses universitaires du Mirail. no 47, p. 43-55.

Parijs, Philippe Van. 1990. *Le modèle économique et ses rivaux : introduction à la pratique de l'épistémologie des sciences sociales*. Genève : Droz, 243 p.

Parsons, Talcott. 1977. *Social systems and the evolution of action theory*. New York : Free Press, 420 p.

——————. 1951. *The social system*. New York : Free Press, 575 p.

Pastré, Olivier. 1983. *L'informatisation et l'emploi*. Paris : La Découverte/Maspero, 127 p.

Pauly, Mark V. 1980. *Doctors and their workshops : economic models of physician behavior*. Chicago : University of Chicago Press, 132 p.

Pelchat, Marie. Automne 2000. «Ce que la Commission Clair cache à la population québécoise». *Ao ! Espaces de la parole*. vol. VI, no 3, p. 23-25.

Perez, Carlota. 1985. «Micro-electronics, Long Waves and World Structural Change». *World Development*. vol. 13 , no 3. p. 441-463.

Perron, Jules. 1986. *Administration sociale et services sociaux*. Chicoutimi : G. Morin, 285 p.

Perroux, François. 1993. *Marx, Schumpeter, Keynes*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 424 p.

——————. 1964. *L'économie du XXe siècle*. Paris : Presses universitaires de France, 692 p.

Petit, Pascal (sous la direction). 1998. *L'économie de l'information. Les enseignements des théories économiques*. Paris : La Découverte et Syros, 405 p.

Phelps, Charles. 1995. «Perspective in Health Economics». *Health Economics*, vol. 4, p. 335-353.

——————. 1995. *Les fondements de l'économie de la santé*. Paris : Publi-Union, 324 p.

Phillips, William. 1958. «The Relation Between Unemployment and the Rate of Change of Money Wage Rates in the United Kingdom, 1861-1857». *Economica*. vol. 25. p. 283-299.

Piore, Michael J., et Charles F. Sabel. 1989. *Les chemins de la prospérité*. Paris : Hachette, 441 p.

Popper, Karl. 1973. *La logique de la découverte scientifique*. Paris : Payot, 480 p.

Porat, Marc U. 1977. *The information economy : definition and measurement*. US Department of Commerce.

Poulalion, Gabriel. 1993. *Histoire de la pensée économique*. Lyon : L'Hermès, 301 p.

Presse Canadienne. septembre 2000. «Si les Québécois ont le cancer, c'est de leur faute, dit Marois». *Le Journal de Montréal*. p. 22.

Quesnay, François. 1969. *Tableau économique des physiocrates*. Paris : Calmann-Lévy, 270 p.

————————. 1969. «Grains». *Œuvres économiques et philosophiques de F. Quesnay*. Burt Franklin : New York, p. 193-249.

————————. «Analyse du Tableau économique». *Oeuvres économiques et philosophiques de F. Quesnay*. Burt Franklin : New York. p. 304-328.

Quinn, Robert E., et John Rorhbaugh. 1983. «A spatial model for effectiveness criteria : towards a competing value approach to organizational analysis». *Management Science*. no 29. p. 363-377.

Réal, Bernard. 1990. *La puce et le chômage : essai sur la relation entre le progrès technique, la croissance et l'emploi*. Paris : Éditions du Seuil, 315 p.

Rémond, René. 1989. *Introduction à l'histoire de notre temps. 3. le XXe siècle de 1914 à nos jours*. Paris : Éditions du Seuil.

Renaud, Marc, et Louise Bouchard. mars-avril 1994. «Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé». *Interface*. vol. 15, no 2, p. 14-25.

Revue Économique. 1989. vol. 40, no 2.

Rheault, Sylvie. 1990. *Financement des services de santé : défis pour les années 90*. Boucherville, Québec : G. Morin, 180 p.

Riboud, Michelle. 1978. *Accumulation du capital humain*. Paris : Économica, 209 p.

Ricardo, David. 1970. *Principes de l'économie politique et de l'impôt*. Paris : Calmann-Lévy, 349 p.

Rocher, Guy. 1969. *Introduction à la sociologie générale. Tome 2. l'organisation sociale*. Montréal : Éditions Hurtubise HMH, 309 p.

Rochon, Jean. Octobre 1997. (lettre adressée aux Présidents(es) des Régies régionales). *Nouveau partage des rôles au sein du secteur sociosanitaire en matière de gestion des technologies de l'information*. Québec, 2 p.

Romer, Paul M. 1986. «Increasing Returns and Long Term Growth». *Journal of Political Economy*. vol. 94, no 5. p. 1002-1037.

Rosanvallon, Pierre. 1989. *Le libéralisme économique. Histoire de l'idée de marché*. Paris : Éditions du Seuil, 237 p.

Rosanvallon, Pierre. 1981. *La crise de l'État-providence*. Paris : Éditions du Seuil, 183 p.

Rosier, Bernard. 1987. *Les théories des crises économiques*. Paris : Éditions La Découverte, 127 p.

Sabel, Charles, et Jonathan Zeitlin. 1985. «Historical Alternatives to Mass Production : Politics, Markets and Technology in Ninetheenth Century Industrialization». *Past and*

Present. 108. p. 133-176.

Salort, Marie-Martine, et Yvette Katan. 1988. *Les économistes classiques : d'Adam Smith à Ricardo, de Suart Mill à Karl Marx*. Paris : Hatier, 265 p.

Samuelson, Alain. 1985. *Les grands courants de la pensée économique : concepts de base et questions essentielles*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 343 p.

Santerre, Lise. 1994. «Les nouvelles pratiques professionnelles à la maison : à la recherche d'une plus grande flexibilité». *Terminal*, hiver, no 66, p. 45-55.

Salin, André. 2000. «Quand l'investissement devient immatériel», *Alternatives économiques*, Hors-série, no 43, 1er trimestre, p. 30-31.

Say, Jean-Baptiste. 1972. *Traité d'économie politique*. Paris : Calmann-Lévy, 571 p.

Schaller, François. 1966. *Essai critique sur la notion de productivité*. Genève : Droz, 93 p.

Schmidt, Christian. 1985. *La sémantique économique en question : recherche sir les fondements de l'économie théorique*. Paris : Calmann-Lévy, 257 p.

Schumpeter, Joseph A. 1983. *Théorie de l'évolution économique. Recherches sur le profit, le crédit, l'intérêt et le cycle de la conjoncture*. Paris : Dalloz, 371 p.

——————. 1983. *Histoire de l'analyse économique*. Paris : Gallimard, 519 p.

——————. 1983. *Capitalisme, socialisme et démocratie*. Paris : Payot, 433 p.

——————. 1939. *Business Cycles*. vol. 1 et vol. 2. New York : McGraw-Hill.

Secrétariat de l'autoroute de l'information. février 1996. *Pour une stratégie de mise en œuvre de l'autoroute de l'information au Québec. Document de travail et de consultation*. Québec : SAI, 54 p.

Secrétariat de l'autoroute de l'information - Secrétariat du Conseil du Trésor. novembre 1997. *Actions structurantes soumises par les ministères et organismes du gouvernement du Québec, clientèles visées et objectifs poursuivis*. SAI : Québec, 60 p.

Shingo, Shigeo. 1983. *Maîtrise de la production et méthode Kanban : le cas Toyota*. Paris : Éditions d'Organisation, 243 p.

Sicotte, Claude, François Champagne, Lambert Farand, André Lacroix, Louise Rousseau, Marcellin Ayé et Daniel Reinharz. 1999 *Analyse de l'expérience d'un réseau interhospitalier de télémédecine*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Secteur Santé publique, Université de Montréal, 93 p.

Sicotte, Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos. 1999. «La performance organisationnelle des organismes publics de santé». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. vol. 6, no 1, p. 34-46.

Sicotte, Claude, André Lafrance, Luc Giroux, Jean-Louis Denis, Pascale Lehoux et Diane Raymond. 1997. *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 92 p.

Silverberg, Gerald, and Luc Soete. c1994. *The Economics of Growth and Technical Change : Technologies, Nations, Agents*. Aldershot (Angleterre) : Edward Elgar, 343 p.

Smail, Ait El Hadj. 1989. *L'entreprise face à la mutation technologique*. Paris : Éditions d'Organisation, 258 p.

Smith, Adam. 1976. *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*. Paris : Gallimard, 445 p.

Solow, Robert M. 1970. *Growth theory : an exposition*. Oxford : Clarendon Press, 109 p.

——————. Février. 1956. «A Contribution to the Theory of Economic Growth». *Quaterly Journal of Economics*. 70. p. 65-94.

——————. Août 1957. «Technical Change and the Aggregate Production Function». *Review of Economics and Statistics*. vol. 39. p. 312-320.

Sorkin, Alan. 1986. *Health Care and the Changing Economic Environment*. Lexington, Mass, Toronto : Lexington Books, 161 p.

Souryi, Pierre. 1983. *La dynamique du capitalisme au XXe siècle*. Paris : Payot, 270 p.

Sowell, Thomas. 1991. *La loi de Say : une analyse historique*. Paris : Librairies techniques, 186 p.

Spitz, Bruno 1991. *Forces productives et qualité totale : approche systémique*. Paris : ESF, 250 p.

Steiner, Philippe. 1998. *Sociologie de la connaissance économique : essai sur les rationalisations de la connaissance économique (1750-1850)*. Paris : Presses universtaires de France, 285 p.

Steudler, François. 1972. *Sociologie médicale*. Paris : A. Colin, 388 p.

Stewart, Michaël. 1973. *Keynes*. Paris : Éditions du Seuil, 141 p.

Stoléru, Lionel. 1973. *L'Équilibre et la croissance économique*. Paris : Dunod, 642 p.

Sue, Roger. 1982. *Vers une société du temps libre ?*. Paris : Presses universitaires de France, 175 p.

——————. 1994. *Temps et ordre social*. Paris : Presses universitaires de France, 313 p.

Tamblyn, Robyn M., Peter J. McLeod, Michael Abrahamowicz, Johanne Monette, David Gayton, Laeora Berkson and al.. 1994. «Questionable prescribing for elderly patients in Quebec». *Canadian Journal of Medical Association*. 150 (11), p. 1801-1809.

Tapscott Don, et Art Caston. 1994. *L'entreprise de la deuxième ère. La révolution des technologies de l'information*. Paris : Dunod, 395 p.

Tapscott, Don. 1996. *The Digital Economy : Promise and Peril in the Age of Networked Intelligence*. New York : McGraw-Hill, 342 p.

Taylor, Frederic Winslow. 1911. *Principes d'organisation scientifique des usines*. Paris : Dunod.

Thierry, Dominique, et Christian Perrien. 1998. *À la recherche du temps convenu : aménagement du temps de travail et performance socio-économique*. Paris : Éditions d'Organisation, 190 p.

Toffler, Alvin. 1971. *Future Shock*. New York; Toronto : Bantam Book, 561 p.

——————. 1980. *La Troisième vague*. Éditions Denoël : Paris, 623 p.

Tonneau, Dominique. Décembre 1998. «Vers un changement dans les pratiques médicales ?» *Sciences Sociales et Santé*. vol. 16. no 4, p. 61-67.

Touraine, Alain. 1969. *La société post-industrielle*, Paris : Éditions de Noël, 315 p.

——————. 1965. *Sociologie de l'action*. Paris : Seuil, 506 p.

Tréanton, Jean-René. octobre-décembre 1993. «Tribulations de la justice». *Revue française de sociologie*. vol. XXXIV, no 4. p. 627-656.

Tremblay, Gaëtan. 1995. «La société de l'information : du fordisme au gatesisme». *Communication*. vol. 16. no 2. p. 131-158.

Veltz, Pierre, et Philippe Zarifian. 1993. «Vers de nouveaux modèles d'organisation du travail industriel». *Sociologie du travail*. Paris, vol. XXXV, no 1, p. 3-25.

Villey, Daniel. 1992. *Petite histoire des grandes doctrines économiques*. Paris : M.-Th. Génin, 426 p.

Vincent, André L.A. 1968. *La mesure de la productivité*. Paris : Dunod, 303 p.

——————. 1961. «Progrès technique et progrès économique». *Revue Économique*. no 6, p. 878-904.

Walras, Léon. 1952. *Éléments d'économie politique pure : théorie de la richesse sociale*. Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence, 491 p.

Wicksteed, Philip Henry. c1992. *The co-ordination of the laws of distribution*. Aldershot : Angleterre, E. Elgar, 114 p.

Wolff, Jacques. 1973. *Les grandes oeuvres économiques*. Paris : Cujas.

Zborowski, Mark. 1952. «Cultural components in responses to pain». *Journal of Social Issues*. no 8, p. 16-30.

Zola, Irving. 1966. «Culture and Symptoms. An Analysis of Patient's Presenting Complaints». *American Sociological Review*. vol. 31, p. 615-630.