

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada



Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE N° 8

Systemes compliqués et complexes : En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?

par

Sholom Glouberman, Ph.D.

Baycrest Centre for Geriatric Care

Brenda Zimmerman, Ph.D.

Université York



juillet 2002

N° de catalogue CP32-79/8-2002F-IN

ISBN 0-662-87708-X

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	iv
Sommaire	vi
Introduction	1
Comment le système canadien de soins de santé en est-il arrivé à son état actuel ?	4
Choix difficiles	8
Caractéristiques des systèmes compliqués et des systèmes complexes	10
Étude de cas n° 1 : La France au premier rang du classement de l'OMS	14
Étude de cas n° 2 : Le VIH/SIDA dans le monde en développement	
– Le cas du Brésil	18
Le VIH/SIDA dans les pays en développement	
– les hypothèses inhérentes à une vision compliquée	18
Le Brésil a abordé le VIH/SIDA comme un problème complexe	19
La reformulation des questions au Brésil	23
Comment les notions de complexité pourraient s'appliquer à la réforme des soins de santé au Canada	24
Exemples de questions pour les Canadiens qui s'interrogent sur la réforme des soins de santé	24
Comment mettre à profit les structures et les relations actuelles pour stabiliser et améliorer l'assurance-maladie ?	25
Comment offrir des soins et des traitements donnant à tous le sentiment que le système sera accessible lorsque leur famille en aura besoin ?	27
Comment aider les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des services et à innover sur les plans de la technologie et des médicaments ?	28
Comment l'assurance-maladie peut-elle contribuer davantage à l'identité canadienne ?	29
Bibliographie	31

Points saillants

Introduction

- Distinction entre problèmes simples, compliqués et complexes
- Les systèmes de soins de santé sont complexes
- Ils ont été traités comme s'ils étaient compliqués
- Les solutions compliquées n'ont pas fonctionné
- Nous examinerons comment intervenir dans des systèmes complexes

Vision complexe de l'assurance-maladie au Canada avant les réformes

- La dimension infrastructurelle des soins de santé au Canada
- Les Canadiens étaient parmi les plus satisfaits de leur système jusqu'aux années 90 : en tête du classement
- Les transferts fédéraux sont administrés par un effectif de 23 personnes
- Les cinq valeurs inhérentes à la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) sont largement et profondément enracinées

Le processus de détérioration

- L'érosion constante de la confiance du public
- Chacun est de plus en plus insatisfait : le système est déstabilisé
- Les questions relatives à la répartition des ressources se posent toujours
- Les cinq principes de la LCS sont menacés
- Quatre grappes de tensions persistent en dépit de nombreuses interventions

Pourquoi nous avons besoin d'une nouvelle vision de la santé

- Les solutions compliquées aux problèmes complexes ont échoué
- Les avis des spécialistes s'inscrivent dans une perspective trop étroite
- Conséquences imprévues des avis qui ont été suivis
- Des perspectives complexes sont nécessaires

Aperçu de systèmes complexes et adaptatifs

- Grappe théorique
- Grappe de causalité
- Grappe des éléments de preuve
- Grappe de planification

Étude de cas sur la France

- Le système de soins de santé français classé au premier rang
- Classement de la France et du Canada par l'OMS en 2000
- Caractéristiques de la France et du Canada retenues par l'OMS
- Changements longitudinaux en France et au Canada selon l'OCDE
- Leçon n° 1 : La France a résisté à un changement en profondeur
- Leçon n° 2 : Le changement s'est déroulé dans un cadre stable

Étude de cas sur le Brésil

Questions compliquées et complexes au sujet du Brésil

Réaction de la Banque mondiale à l'épidémie de VIH/SIDA au Brésil

Réactions du Brésil à l'épidémie de VIH/SIDA

Leçons à tirer du Brésil

En quoi consisterait un système performant

Questions complexes au Canada

L'application des notions de complexité au Canada

Conclusion

Sommaire

L'étude débute en faisant la distinction entre problèmes simples, problèmes compliqués et problèmes complexes. Dans les problèmes simples, comme cuisiner un mets à partir d'une recette, la recette joue un rôle essentiel. Elle est souvent mise à l'essai pour s'assurer qu'elle est facile à utiliser sans nécessiter de compétence particulière. Les recettes produisent des résultats standardisés et les meilleures recettes donnent de bons résultats à tout coup. Les problèmes compliqués, par exemple envoyer une fusée sur la lune, sont de nature différente. Les formules ou les recettes jouent un rôle essentiel et sont nécessaires pour résoudre ces problèmes mais, souvent, cela ne suffit pas. Une expertise de haut niveau dans divers domaines est également requise pour réussir. Le lancement d'une fusée accroît les chances que la mission suivante soit couronnée de succès. Sous certains aspects critiques, les fusées se ressemblent toutes et, pour cette raison, on peut acquérir un degré relativement élevé de certitude quant aux résultats. Élever un enfant représente par contre un problème complexe. Ici, les formules ont une application beaucoup plus limitée. Élever un enfant permet d'acquérir de l'expérience, mais celle-ci n'offre aucune assurance de réussite avec le prochain enfant. Même si l'expertise peut contribuer à ce processus de façons utiles, elle n'offre pas les conditions nécessaires ou suffisantes pour garantir le succès. Dans une certaine mesure, cela découle du fait que chaque enfant est unique et doit être compris dans son individualité. En conséquence, il y a toujours un degré d'incertitude au sujet du résultat. La complexité du processus et l'absence de certitude ne mènent pas à la conclusion qu'il est impossible d'élever un enfant.

Dans cette étude, nous soutenons que les systèmes de soins de santé sont complexes et que leur réforme représente un problème complexe. La plupart des tentatives d'intervention dans le régime d'assurance-maladie (et beaucoup d'autres systèmes de soins de santé) abordent celui-ci comme s'il était simplement compliqué. Nous démontrons que cela procède d'une compréhension insuffisante de la situation, en illustrant la détérioration du régime d'assurance-maladie au fil d'une série d'interventions compliquées qui ont abouti à l'état de déstabilisation actuel. Nous identifions les tensions qui semblent constituer des problèmes insolubles dans le système canadien et d'autres et qui suscitent de fortes réactions de la part d'idéologies et de professions rivales. Nous faisons valoir que nombre de ces dilemmes peuvent être résolus si le système est perçu comme étant complexe.

Nous présentons ensuite un aperçu détaillé de systèmes complexes et adaptatifs, en empruntant des exemples au domaine des soins de santé pour souligner le pouvoir explicatif de cette approche. La première de quatre grappes de caractéristiques est centrée sur la théorie. Les systèmes complexes sont non linéaires et engendrent beaucoup de perturbations, de tensions et de fluctuations dans leurs interactions avec l'environnement. La grappe de causalité fait ressortir certaines caractéristiques telles que la causalité réciproque, les résultats émergents, et les résultats probabilistes, incertains et parfois imprévisibles. La grappe des éléments de preuve décrit comment la dimension factuelle dans ces systèmes tient compte de facteurs habituellement négligés dans les systèmes compliqués, par exemple les observations aberrantes, les anomalies historiques et la nature des relations réelles plutôt qu'idéalisées. La grappe de planification voit la notion de décision comme le produit de processus plutôt que d'événements. Elle insiste sur la nécessité de mieux comprendre les pratiques réelles et soutient que des changements fondamentaux peuvent découler de modestes interventions dans les systèmes complexes.

L'étude se poursuit par l'application de cette vision des systèmes complexes à deux études de cas. La première est inspirée du Rapport de 2000 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui classe le système de soins de santé de la France au premier rang mondial. Le système français a résisté à la dislocation et la déstabilisation massive qu'ont connues ceux de nombreux autres pays développés en protégeant résolument ses valeurs fondamentales et en apportant seulement des changements d'envergure limitée. En dépit des nombreuses prédictions annonçant la ruine financière du système français, celui-ci coûte aujourd'hui le même pourcentage du PIB, soit 9,4 p. 100, que le système canadien. Le second cas examiné est celui de la réaction efficace du Brésil à l'épidémie du SIDA, qui traite de problèmes de sous-développement en apparence insolubles en dénouant les dilemmes en présence. Une distinction est faite entre les questions compliquées posées par la Banque mondiale et la question complexe formulée par le Brésil.

L'étude se conclut par une application de l'approche des systèmes complexes à certains des problèmes actuels au Canada, en décrivant les grandes lignes d'une réforme réussie. D'importance capitale, les questions compliquées seraient reformulées en questions complexes. Ainsi, la question compliquée suivante : « De quelles structures avons-nous besoin pour rendre le système de soins de santé durable ? », deviendrait : « Comment pouvons-nous mettre à profit les structures et les relations actuelles pour stabiliser et améliorer les soins de santé ? » La question suivante : « Pouvons-nous nous permettre d'offrir davantage de soins et de traitements à une population vieillissante ? » est plus facile à comprendre lorsqu'on la formule ainsi : « Comment pouvons-nous offrir des soins et des traitements qui donnent à tous le sentiment que le système sera accessible si leur famille en a besoin ? » Il serait préférable de remplacer la question suivante : « À quoi devons-nous renoncer pour appuyer les techniques (ou les médicaments) les plus efficaces et les plus avancés ? », par celle-ci : « Comment pouvons-nous aider les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des services et à promouvoir l'innovation sur les plans de la technologie et des médicaments ? » Enfin, on pourrait reformuler la question suivante : « Combien les Canadiens devraient-ils déboursier pour leurs soins de santé ? », dans les termes suivants : « Comment l'assurance-maladie peut-elle contribuer davantage à renforcer l'identité canadienne ? »

Nous suggérons ensuite des façons de commencer à répondre à ces quatre questions. Nous soutenons que nous avons été enfermés dans une dialectique trop étroite pour définir et répondre aux questions qui se posent comme si elles n'étaient que compliquées. Si nous réussissons à répondre à des questions plus complexes, cela amorcera le processus de revitalisation du système de soins de santé au Canada. Cela aidera à atténuer de nombreuses tensions aujourd'hui présentes dans le système. L'effort requis pour répondre ne serait-ce qu'à quelques questions que nous avons posées pourrait contribuer à améliorer la façon dont les soins de santé sont dispensés, en stabilisant le système, en reconnaissant la nature des connaissances liées aux soins de santé, et en offrant des possibilités d'amélioration des services dans un contexte de contrôle des coûts. Ce ne sont manifestement pas les seules questions qui se posent et nous ne sommes pas en mesure de fournir toutes les réponses. Mais cette nouvelle approche pourrait aider à préciser les questions et donner certains indices sur la nature des réponses requises.

Nous croyons qu'il y a au moins autant d'expertise et d'ingéniosité au Canada pour formuler des questions complexes et y répondre qu'au Brésil et en France. Il ne fait aucun doute que nous pouvons relever le défi de la mobilisation et de l'utilisation des ressources actuelles en vue de revitaliser un système de soins de santé véritablement canadien et universel. En trouvant réponse à ces questions complexes, les Canadiens pourraient à nouveau être confiants que les soins de santé seront disponibles s'ils en ont besoin. Une nouvelle perception des principes inhérents à la Loi canadienne sur la santé pourrait alors en ressortir. Ce faisant, les questions formulées lieront étroitement la durabilité économique aux valeurs de générosité sociale, d'équité et de sécurité qui ont été au cœur de l'identité canadienne.

Introduction

Nous sommes presque tous conscients que le système canadien de soins de santé éprouve des difficultés, mais il est difficile de s'entendre sur la nature de celles-ci. Les sondages d'opinion et les enquêtes sur la santé nous apprennent que quelque chose ne tourne pas rond, mais selon l'orientation du sondage et la nature des questions posées, plusieurs causes différentes sont pointées du doigt. Les solutions semblent polarisées selon le courant idéologique des instituts de recherche, de gauche comme de droite, qui les mettent de l'avant. Les solutions sont polarisées également selon les lignes de démarcation des professions – médecins, infirmiers et infirmières, et autres prestataires de soins de santé – qui donnent leur avis. Même les universitaires ont de la difficulté à conserver une vision impartiale devant ce que beaucoup considèrent comme des attaques dirigées contre eux. Certains affirment que les problèmes se situent du côté des sondages plutôt que du système de soins de santé. Viennent s'ajouter à cette confusion les épisodes d'hystérie collective provoqués par les projections économiques qui annoncent la catastrophe : si la tendance actuelle se poursuit, nous serons en faillite ou nous mourrons appauvris, ou même les deux à la fois.

Ajoutons que cette situation n'est pas unique au Canada. D'autres pays d'expression anglaise ont vécu un scénario semblable au cours de la dernière décennie. Le *National Health Service* (NHS) britannique a changé d'orientation, passant de la droite à la gauche, c'est-à-dire de la « gestion de la concurrence » à la « collaboration » après le transfert du pouvoir des Tories aux Travailleurs. Le système américain a pris la voie de l'intégration verticale avec les *Health Maintenance Organizations*, qui ont donné des résultats très mitigés. La Nouvelle-Zélande a servi de cobaye en menant des expériences extrêmes de prestation entrepreneuriale des soins de santé, avec, apparemment, peu de succès (Gouvernement de la Nouvelle-Zélande, 2002).

Dans cette étude, nous faisons valoir que la plupart de ces approches au changement reposent sur un modèle de planification rationnelle de la formulation des stratégies, dominé par les spécialistes (Mintzberg et coll., 1998, p. 5). Nous affirmons aussi qu'il serait préférable de percevoir les soins de santé et les mécanismes de prestation comme des systèmes complexes et adaptatifs (Begun, 1994; Priesmeyer et Sharp, 1995; et McDaniel, 1997). Les hypothèses qui sous-tendent la planification rationnelle concordent mal avec les systèmes complexes et adaptatifs. Par conséquent, les politiques et les stratégies fondées sur ce modèle peuvent avoir d'importantes conséquences imprévues lorsqu'elles sont appliquées à des systèmes complexes et adaptatifs (Zimmerman, 1999). Bien que la plupart des spécialistes et des conseillers aient reconnu que le domaine de la santé et les problèmes qu'il pose ne sont pas simples, ils ne démontrent pas une compréhension adéquate des structures théoriques des systèmes complexes et de la façon d'intervenir dans ces systèmes.

Nous débutons l'étude en proposant une distinction préliminaire entre les problèmes simples, les problèmes compliqués et les problèmes complexes. Le tableau 1 illustre cette distinction en énumérant certaines caractéristiques de chaque type de problèmes.

Tableau 1 Problèmes simples, compliqués et complexes		
Suivre une recette	Envoyer une fusée sur la lune	Élever un enfant
La recette joue un rôle essentiel.	Les formules jouent un rôle critique et nécessaire.	Les formules ont une application limitée.
Les recettes sont mises à l'essai pour s'assurer que l'on peut facilement les reproduire.	Envoyer une fusée augmente les chances de succès la fois suivante.	Élever un enfant donne de l'expérience, mais aucune assurance de réussite pour le prochain enfant.
Aucune expertise spéciale n'est requise, mais l'expérience de la cuisine hausse le taux de réussite.	Des niveaux élevés d'expertise dans divers domaines sont nécessaires pour réussir.	L'expertise peut faire un apport, mais elle n'est ni nécessaire ni suffisante pour assurer la réussite.
Les recettes donnent des produits standardisés.	Les fusées se ressemblent toutes sous certains aspects critiques.	Chaque enfant est unique et doit être compris dans son individualité.
Les meilleures recettes sont celles qui donnent de bons résultats à tout coup.	Il y a un degré élevé de certitude quant aux résultats.	L'incertitude persiste au sujet des résultats.
Une approche optimiste du problème est possible.	Une approche optimiste du problème est possible.	Une approche optimiste du problème est possible.

Les problèmes simples, comme l'application d'une recette, peuvent soulever certaines questions techniques ou terminologiques, mais une fois celles-ci maîtrisées, l'application de la recette comporte une probabilité très élevée de succès. Les problèmes compliqués renferment des sous-ensembles de problèmes simples, mais ne peuvent être simplement réduits à ce niveau. Leur nature compliquée est souvent liée à l'envergure du problème, comme l'envoi d'une fusée sur la lune, et à des questions de coordination ou de compétences spécialisées. Même s'ils sont généralisables, les problèmes compliqués ne correspondent pas simplement à un assemblage d'éléments simples. Les problèmes complexes peuvent englober à la fois des problèmes compliqués et des problèmes simples connexes, mais ils ne peuvent être réduits à l'un ou l'autre niveau (Goodwin, 1994), puisqu'ils comportent eux-mêmes des exigences spéciales, dont la compréhension des conditions locales spécifiques (Stacey, 1992), l'interdépendance (Holland, 1995), l'attribut supplémentaire de la non-linéarité (Lorenz, 1993), et la capacité de s'adapter à l'évolution des circonstances (Kauffman, 1995; Kelly, 1994). Inévitablement, les systèmes complexes recèlent d'importants éléments d'ambiguïté et d'incertitude (Wheatley, 1992) qui, de bien des façons, ressemblent aux problèmes inhérents à l'éducation d'un enfant. En dépit de l'incertitude qui accompagne la complexité, les trois types de problèmes peuvent être abordés avec un certain degré d'optimisme : nous nous réjouissons à la perspective d'élever un enfant, en dépit de la complexité de la tâche.

Nous soutenons que de nombreux spécialistes des soins de santé décrivent implicitement les problèmes complexes comme des problèmes compliqués et, partant, ils emploient des solutions apparentées aux méthodes de planification rationnelle. Cela débouche souvent sur des solutions non appropriées qui négligent de nombreux aspects de la complexité. Cela nous rappelle la

vieille blague de l'ivrogne titubant autour d'un lampadaire. Lorsque quelqu'un lui demande ce qu'il fait, il répond qu'il cherche les clés de sa voiture :

- « Oh, où pensez-vous les avoir perdues ? »
- « Au coin de la rue, près de ma voiture, » répond-il.
- « Alors, pourquoi les chercher ici ? »
- « Parce qu'on y voit mieux. »

La complexité de nos modèles, de nos théories et du langage que nous employons pour décrire des problèmes compliqués peut être aussi séduisante que le lampadaire. Ces derniers fournissent un meilleur « éclairage »; pourtant, ils peuvent susciter des recherches convenant mal à des systèmes complexes et adaptatifs.

L'an dernier, les Canadiens ont été stupéfiés d'apprendre que leur système de soins de santé avait été classé au 30^e rang dans le monde par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La plupart d'entre nous se souviennent de l'époque où le régime d'assurance-maladie était l'une des pierres angulaires de notre politique sociale et un élément fondamental de notre identité : « Les Canadiens sont des Américains qui ne portent pas d'armes et qui bénéficient de soins de santé gratuits ». Comment les choses ont-elles pu changer autant au Canada ? Nous examinerons cette question et quelques autres qui nous viennent à l'esprit. « Que pouvons-nous apprendre d'autres façons d'envisager les systèmes de soins de santé ? » « Comment pouvons-nous de nouveau être fiers d'un système de soins de santé viable et fonctionnant rondement ? » « De quoi aurait l'air un tel système ? » Nous tenterons d'aborder ces questions plus près de leur point d'origine, même si l'éclairage y est moins bon. Nous ferons appel à des idées provenant de la théorie des systèmes complexes et adaptatifs pour présenter un compte rendu inédit de la façon dont notre système s'est détérioré, et aussi pour donner une idée de ce qu'aurait l'air un système de soins de santé réformé. Nous espérons pouvoir ainsi glaner certains indices sur la façon d'en arriver à un tel système. Nous utiliserons deux études de cas : l'ascension de la France au premier rang du classement de l'OMS, et la réaction inédite du Brésil à l'épidémie du VIH/SIDA.

Comment le système canadien de soins de santé en est-il arrivé à son état actuel ?

Bien que de nombreux experts aient reconnu la complexité du système de soins de santé, nous soutenons que de nombreux problèmes associés à l'assurance-maladie découlent d'un cadre théorique insuffisant pour bien comprendre la nature complexe et le rôle des systèmes de soins de santé dans notre société. Cela a amené le Canada et d'autres pays d'expression anglaise à faire des interventions compliquées dans leur système de soins de santé, avec des résultats essentiellement négatifs. Nous pouvons débiter en examinant les changements apportés au système canadien entre 1990 et 2000 à l'aide d'un filtre plus complexe.

Nous savons tous que le régime d'assurance-maladie a constitué un volet important du fédéralisme canadien depuis plus d'une trentaine d'années. Il est profondément enraciné dans les valeurs et la culture des Canadiens. Le rôle unique joué par ce régime au Canada a été pertinemment décrit par ceux qui ont affirmé qu'il faisait partie de l'infrastructure du pays. La métaphore de l'infrastructure est porteuse d'un ensemble complexe de valeurs et d'attentes. Les soins de santé ont symboliquement remplacé les chemins de fer comme élément unificateur des différentes parties du pays. L'assurance-maladie représentait un important privilège de la citoyenneté canadienne et témoignait de la générosité sociale du pays. Pour bien prendre la mesure de cette affirmation, il est utile de la contraster avec la place qu'occupent les soins de santé dans l'espace métaphorique américain ou britannique. Aux États-Unis, les soins de santé sont de plus en plus perçus comme un bien que l'on peut vendre et acheter. Parmi les conséquences complexes de cette métaphore, il y a un désir moins grand d'assumer le coût des soins de santé requis par quelqu'un d'autre, sauf dans les cas de grande nécessité – lorsque la prestation de soins aux personnes âgées ou très pauvres devient un acte de charité. Dans la métaphore britannique, les soins de santé sont un service gouvernemental. Parce que les services gouvernementaux se caractérisent souvent par de longues files d'attente et d'autres coûts d'opportunité, on ne manifeste pas trop de ressentiment envers ceux qui sont prêts à payer pour obtenir un meilleur service, en s'adressant au « secteur privé ». Ces différences sociales et culturelles signifient que les interventions dans chaque système auront des répercussions différentes sur la façon d'interpréter leurs résultats.

À venir jusqu'à il y a environ 15 ans, les Canadiens comptaient parmi les peuples les plus satisfaits des soins de santé qu'ils recevaient; mais, à la fin des années 80, la situation a commencé à changer. Au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne, des craintes de plus en plus vives se sont manifestées à l'égard des coûts croissants des soins de santé et de la viabilité future des régimes en place. Il en est résulté toute une série de mesures de repli et des restructurations massives durant plus d'une décennie. Les trois pays ont obtenu une note relativement médiocre dans le classement de l'OMS, et leurs systèmes de soins de santé continuent d'éprouver de sérieux problèmes à ce jour.

L'insatisfaction du public à l'égard du régime canadien n'a cessé de s'intensifier depuis le début des premières interventions. En 1994, il était devenu clair que les choses ne s'amélioreraient pas rapidement. Michael Decker a résumé l'expérience canadienne en affirmant que nous avons cessé de nous vanter de notre régime d'assurance-maladie (Decker, 1994). Les

choses ne sont pas allées en s'améliorant. Nous sommes demeurés préoccupés au sujet de l'état et des perspectives d'avenir de l'assurance-maladie. Un certain nombre de problèmes largement reconnus se posent au-delà des questions de viabilité économique du système. La confiance du public s'est détériorée au point où de nombreux Canadiens ne sont pas sûrs que le système répondra à l'appel lorsqu'ils en auront besoin. Les salles d'urgence surpeuplées, les listes d'attente intolérables, les crises au niveau des soins oncologiques, et même l'approvisionnement en eau potable se conjuguent pour aviver cette inquiétude. La générosité avec laquelle les Canadiens avaient accepté les coûts financiers et les coûts d'opportunité d'un système de soins de santé universel a diminué parallèlement à ces inquiétudes (Berger, 2001, 2000, 1999). Les professionnels de la santé sont insatisfaits de l'état actuel des choses (Barret, 2000). Ils se sentent épuisés, mal rémunérés et sérieusement sous-évalués pour les services qu'ils dispensent. Ainsi, selon le Comité consultatif des ressources humaines en santé, « Le Canada fait actuellement face à une crise dans le secteur des soins infirmiers... » (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2000, p. 2).

L'injection de fonds supplémentaires dans le système a momentanément abaissé le niveau d'anxiété du public vers la fin des années 90, mais il était largement admis que cela n'offrirait qu'un bref répit. Le sentiment renouvelé de perte de contrôle sur le système de soins de santé, aggravé par des projections économiques terrifiantes en période de récession, a fait surgir à nouveau la question de la viabilité économique du régime. Les efforts successifs visant à en reprendre le contrôle ont amené les gouvernements à prendre des mesures allant d'une générosité extravagante et plutôt inefficace à une frugalité démesurée. Ce mouvement de balancier semble prendre une cadence de plus en plus rapide. Cela rappelle un peu les parents qui, ne sachant trop quoi faire avec un enfant difficile, vont tantôt lui retirer son allocation tantôt l'augmenter, mais sans jamais aller au fond de la question.

Ce qui est plus significatif, on peut percevoir des menaces aux principes et aux valeurs qui sous-tendent le système. Les cinq principes inhérents à la *Loi canadienne sur la santé* sont aujourd'hui menacés, d'une façon ou d'une autre.

- Alors que les pressions contribuent à restreindre la portée de ce qui est considéré comme médicalement nécessaire, le domaine du médicalement possible ne cesse de s'étendre. Cette disparité engendre des tensions par rapport aux attentes et à l'interprétation que le public donne à la notion de soins *intégrés*.
- En partie, le fardeau économique de la maladie a été déplacé des hôpitaux et du système public vers les citoyens. Étant donné que les déboursés touchent surtout les travailleurs qui n'ont pas de régime d'assurance privé, ces derniers se sentent exclus d'un système devenu moins qu'*universel* et ils jugent ce système moins *accessible* en raison de ces obstacles économiques indirects.
- Chaque province a réagi différemment aux pressions qui s'exercent sur les limites de la couverture du régime, ce qui risque de compromettre la *transférabilité* du régime. Le ministre fédéral de la Santé, Alan Rock, a affirmé que des critères différents s'appliquent parfois aux décisions concernant les services requis par un patient, que différents prestataires

de soins de santé offrent des services différents et que différentes formules s'appliquent pour déterminer le montant que le patient doit déboursier (Rock, 1998).

- À mesure que les assureurs et les prestataires privés de services de santé, comme les physiothérapeutes et les services de tomographie par émission de positons, administrent une part de plus en plus importante des soins de santé, la *gestion publique* est soumise à des pressions.

La politique de soins de santé du gouvernement s'est remarquablement appauvrie au cours des dernières années. Les grandes réussites du passé, comme la mise en place de l'assurance-maladie, la publication du Rapport Lalonde et l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, n'ont pas eu de suite ces dernières années. De fait, si la politique de santé devait être mesurée par le niveau de confiance du public, on conclurait à un échec persistant depuis une décennie (Berger, 2001, 2000, 1999).

Les résultats des interventions faites dans le cadre des politiques de santé ne sont pas la seule raison de penser que la politique de santé reposait sur une compréhension insuffisante de la nature des systèmes et des organisations du domaine de la santé. Un meilleur indice de cet échec est l'observation manifeste du fait que les responsables des politiques de divers pays ont adopté des méthodes diamétralement opposées pour résoudre des problèmes similaires. Si la réforme des systèmes de soins de santé posait un problème analogue à celui de l'envoi d'une fusée sur la lune, on devrait pouvoir faire abstraction des traditions et du contexte politique locaux pour trouver les structures techniques appropriées qui permettraient à l'ensemble du système de bien fonctionner. Mais alors même que les provinces canadiennes régionalisaient leurs systèmes de soins de santé en supprimant les institutions indépendantes, dans l'espoir de rendre le système plus efficient, le Royaume-Uni s'efforçait de démanteler son système régional pour créer des institutions indépendantes en cherchant à promouvoir la concurrence, dans l'espoir que cela engendrerait une efficacité accrue. De même, les changements dans les sources de financement témoignent de la même incompréhension du rôle des ressources financières dans les systèmes de soins de santé. Alors que le Royaume-Uni tentait de séparer la fonction de prestation de celle de l'achat des soins de santé parce que cela aurait permis, théoriquement, une plus grande imputabilité, les États-Unis créaient des systèmes de santé verticalement intégrés dans le cadre desquels les régimes d'assurances commençaient à prendre le contrôle ou à acquérir la propriété des organisations responsables de la prestation des soins. Aux États-Unis, la capacité de contenir les coûts en dépit du fait qu'une part importante des soins de santé est financée par le secteur privé ne semble pas avoir convaincu les responsables des politiques au Canada d'envisager cette solution dans les études se trouvant actuellement devant le Sénat. De nombreuses solutions mises de l'avant découlent d'un engagement idéologique soit envers les forces du marché soit envers un renforcement des mécanismes de réglementation.

Souvent, l'échelle perçue des problèmes détermine le niveau de réaction. Ainsi, on a assisté à une restructuration étendue et en profondeur des systèmes de soins de santé dans les pays anglo-saxons. Cette restructuration semble avoir eu pour effet de déstabiliser les systèmes de soins de santé. Les pressions en vue d'une plus grande efficacité du système ont permis de réaliser des économies dans un secteur au détriment des autres secteurs; ainsi, les économies réalisées dans

les hôpitaux ont déplacé une partie du fardeau du coût du régime vers les autres prestataires et consommateurs de soins de santé.

Choix difficiles

Ces visions opposées ressortent de biens des débats sur les soins de santé. Les problèmes compliqués se caractérisent par les choix qui doivent être faits entre différentes branches d'un arbre de décision. Les responsables des politiques, les experts, les professionnels de la santé et les dirigeants politiques sont divisés sur le choix à faire. Les idéologies de gauche et de droite, les opinions divergentes sur les prévisions économiques et les structures organisationnelles, et même les différences observées quant à ce qui constitue un élément de preuve sont de bons exemples de ces forces opposées. Ainsi, les points de vue divergents sur la viabilité économique de l'assurance-maladie constituent un excellent exemple de cette situation. Selon un groupe de spécialistes (Robson, 2001), si nous projetons la tendance récente des dépenses à un horizon de 40 ans, le régime d'assurance-maladie nous mènera à la faillite. Un autre groupe, utilisant les mêmes données, mais sur une plus longue période, arrive à la conclusion que les dépenses moyennes n'ont pas augmenté sensiblement et il prédit un avenir serein (Evans, 2002).

Par suite de ces désaccords et des autres divergences qui les recourent, de nombreux problèmes associés à l'assurance-maladie semblent être devenus soit inexistants, soit insolubles. Nous pouvons citer les vives tensions engendrées par des enjeux tels que le financement public ou privé, les soins hospitaliers ou communautaires, les soins primaires ou secondaires, et ainsi de suite. De part et d'autre de ces différends, on retrouve des opinions fortement ancrées et une multitude d'intervenants opposés. Les débats actuels semblent centrés sur ces tensions, et différents groupes de professionnels, de responsables gouvernementaux et d'autres spécialistes croisent le fer sur la plupart des points en litige. Ces questions sont souvent présentées comme des choix « sans nuances ». Nous décrivons quatre ensembles de tensions dans le tableau 2.

Pour qu'émerge une solution aux problèmes réels et perçus du système des soins de santé, il faudra préciser l'interprétation que nous donnons à ces tensions, trouver des façons de les résoudre et revoir notre mode d'intervention. Du côté positif, notons qu'on a observé des idées nouvelles sur la nature des organisations et des systèmes, ainsi que des progrès sur les plans de la planification et des politiques (Coveney et Highfield, 1995; De Greene, 1993; et Prigogine, 1984), mais nous commençons seulement à en saisir toute la portée. Mintzberg (1994) et d'autres ont affirmé que les modèles de planification stratégique rationnelle doivent être repensés à la lumière de notre compréhension plus précise des contextes sensiblement moins prévisibles qui changent rapidement.

Nous avons consacré les cinq dernières années à examiner ce domaine comme chercheurs et consultants, et avons appliqué certaines de ces façons de penser au domaine de la santé. Nos résultats ont été mis en pratique dans diverses organisations et abondamment publiés (Glouberman, 2001; Zimmerman et coll., 1998) en accordant une attention particulière aux façons nouvelles d'approcher le domaine de la santé. Dans la présente étude, nous mettons de l'avant certaines méthodes qui pourraient combler les lacunes actuelles de la politique de soins de santé.

Les problèmes complexes sont parfois qualifiés de « pervers » parce que nombre de leurs caractéristiques ne peuvent être réduites en leurs parties constitutives. Une fois ces problèmes résolus, les solutions ne peuvent pas devenir des recettes que l'on pourrait appliquer à d'autres

Tableau 2
Quatre ensembles de tensions

Tensions liées aux connaissances

Connaissances spécialisées ou générales
Accentuer ou atténuer les lignes de partage entre les professions
Connaissances professionnelles ou élémentaires
Connaissances fondées sur les faits ou l'expérience
Connaissances normatives ou acquises par la pratique
Connaissances fondées sur des données ou sur des comptes rendus
Médecine allopathique ou homéopathique

Tensions économiques

Assurance-maladie durable ou non durable
Financement public ou privé
Financer les traitements individuels de pointe ou la santé de la population
Valoriser la qualité ou l'efficacité
Approche harmonieuse ou combat héroïque contre la maladie

Tensions au niveau de la régie

Centralisation ou décentralisation
Rivalité ou collaboration
Planification rationnelle ou organisation autonome
Changement structurel ou développement relationnel
Imputabilité stricte ou imputabilité individuelle (gouvernance clinique)
Organisations hiérarchiques ou horizontales
Réglementation fédérale ou provinciale

Tensions institutionnelles

Accent mis sur l'institution ou le patient
Institutions ou collectivité
Individu ou collectivité
Standardisation ou personnalisation
Soins primaires ou aigus
Évitement du risque ou gestion du risque

problèmes analogues. Il y a de nombreux exemples de ce type de problèmes. Souvent, ils se situent au niveau des prévisions. Nous avons appris qu'il y a des limites réelles à notre capacité de prédire la température, le marché boursier ou même la prochaine goutte qui tombera du robinet (Kauffman, 1995). Mais ces problèmes touchent aussi à la façon d'intervenir dans les situations complexes (Arthur, 1996). Nous savons avec une certaine exactitude comment diagnostiquer et traiter des maladies graves, mais les gens qui sont atteints de maux chroniques complexes requièrent des soins beaucoup plus individualisés. De fait, le traitement de ces patients comporte beaucoup plus d'incertitude. Il peut aboutir à une instabilité inattendue, à l'échec des méthodes habituelles ou à une réussite étonnante. Un médecin de l'Université

Stanford, Halstead Holman, a établi une distinction entre les maladies même relativement compliquées et les maladies chroniques complexes. Certaines de ces différences sont énumérées au tableau 3.

Nous avons affirmé que les problèmes liés aux organisations et aux systèmes de santé, à la politique en matière de santé et à la santé elle-même sont des problèmes complexes plutôt que des problèmes compliqués qui surgissent dans le cadre de systèmes complexes et adaptatifs.

Caractéristiques des systèmes compliqués et des systèmes complexes

Les tableaux 4, 5, 6 et 7 énumèrent certaines des caractéristiques des deux types de systèmes. Nous avons tiré ces renseignements de la documentation disponible sur les systèmes complexes et adaptatifs (Axelrod et Cohen, 1999; Cohen et Stewart, 1994; Coveney et Highfield, 1995; De Greene, 1993; Kellert, 1993; Prigogine, 1984; et Waldrop, 1992) et nous les avons regroupés aux

Tableau 3 Maladies aiguës compliquées et maladies chroniques complexes	
Maladies aiguës compliquées	Maladies chroniques complexes
Apparition soudaine	Apparition graduelle sur une certaine période de temps
Souvent, toutes les causes peuvent être identifiées et mesurées	Causes multivariées qui évoluent avec le temps
Le diagnostic et le pronostic sont souvent précis	Diagnostic incertain et pronostic obscur
Une thérapie ou un traitement spécifique est souvent disponible	Technologies et thérapies imprécises comportant des effets néfastes
Une intervention technologique est habituellement efficace : la guérison est probable avec un retour normal à la santé	Absence de cure, incertitude répandue : une gestion, un encadrement et des soins auto-administrés sont requis pour améliorer l'état de santé
Les professionnels sont bien renseignés sur la maladie, mais les profanes le sont peu	Les professionnels et les profanes doivent être bien renseignés pour améliorer l'état de santé

Tableau 4 Grappe théorique	
Systèmes compliqués	Systèmes complexes
Linéaires	Non linéaires (les intrants et les extrants ne sont pas en corrélation directe)
Perturbations, tensions et fluctuations supprimées	Les tensions, les perturbations et les fluctuations sont perçues comme une opportunité
Solution externe au système	Les solutions font partie intégrante du système
Adaptation à un environnement statique	Interaction avec le reste du contexte dynamique

Tableau 5 Grappe de causalité	
Systèmes compliqués	Systèmes complexes
Causalité simple	Causalité réciproque
Résultats définis et recherchés	Résultats adaptatifs et émergents
Déterministes	Probabilistes
Certitude	Incertitude
Prévisibilité supposée	Éléments reconnus d'imprévisibilité
Accent mis sur les boîtes	Accent mis sur les flèches
Les structures déterminent les relations	Les structures et les relations sont en interaction

Tableau 6 Grappe des éléments de preuve	
Systèmes compliqués	Systèmes complexes
Réductionnisme/analyse	Holisme/synthèse
Les moyennes dominant : les observations aberrantes ne sont pas jugées pertinentes	Les observations aberrantes sont traitées comme des déterminants clés possibles
La théorie économique classique ignore la preuve historique parce que les systèmes convergent toujours vers l'équilibre	L'histoire contient la signification du changement, et l'évolution des systèmes est en partie déterminée par leur cheminement antérieur
Mesures de l'efficacité, ajustement et meilleures méthodes	Fonctionnement des relations réelles et boucles de rétroaction (positives et négatives)

Tableau 7 Grappe de planification	
Systèmes compliqués	Systèmes complexes
Pensée convergente	Pensée divergente
Caractéristiques réductives	Caractéristiques émergentes
Processus décisionnel en tant qu'événement	Processus décisionnel émergent
Analyse du contexte	Acquisition de connaissances par la pratique
Les grandes questions nécessitent un changement fondamental	Effet papillon – l'importance de l'enjeu ne détermine pas celle du changement

fins de l'analyse. Nous n'avons pas suffisamment de place dans cette étude pour expliquer en détail chacune de ces caractéristiques. Plutôt, nous présenterons des exemples de chaque grappe à titre illustratif.

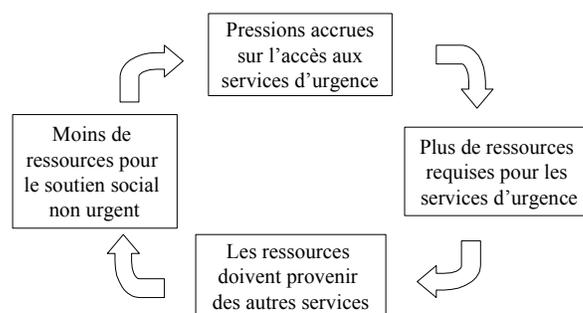
La mise en place du régime d'assurance-maladie est souvent vue comme un événement progressif linéaire s'inscrivant dans une politique ancrée dans les faits, mais le texte classique de Taylor reconnaît que la réalité est beaucoup plus complexe et non linéaire :

Il serait rassurant de penser que le processus gouvernemental suit [...] un cheminement logique et précis mais, de toute évidence, ce n'est pas le cas. Des obstacles inattendus surgissent, des événements imprévisibles (par exemple une défaite électorale) surviennent, et la rétroaction venant du milieu montre la nécessité d'apporter des modifications aux politiques ou aux stratégies. [...] Plus on examine le rôle des groupes d'intérêts et des partis politiques nationaux et provinciaux dans la formulation des politiques, [...] moins le système fédéral à deux paliers ressemble à la notion traditionnelle d'un « gâteau à étages » et plus il arbore les caractéristiques de la confusion idiosyncrasique d'un gâteau marbré. (Taylor, 1978, p. xvi)

Un excellent exemple de cette catégorie de différences est celui des boîtes et des flèches souvent utilisées pour décrire les facteurs qui contribuent à la santé ou à la maladie. Cette méthode donne l'impression que les corrélations statistiques qui sous-tendent les divers facteurs produiront un compte rendu déterministe de la causalité de la santé avec un degré élevé de prévisibilité. Mais ce n'est pas le cas en réalité. Souvent, nous avons peu d'indices sur le sens de la causalité, les éléments d'incertitude ne sont pas pris en compte et le tableau qui en résulte a tendance à déformer ou à négliger le fait que la santé est une réalité complexe et probabiliste qui fait intervenir de nombreux facteurs en interaction non seulement avec l'individu mais entre eux (Glouberman, 2000a).

Le problème de l'utilisation excessive des salles d'urgence est le plus souvent traité comme un problème compliqué. Les variables prises en compte sont étroitement définies. Les mesures économiques ne tiennent pas compte du contexte historique plus large du problème et, à chaque itération, les choses semblent s'aggraver. Les pressions accrues qui se font sentir dans les salles d'urgence entraînent habituellement une augmentation des ressources affectées à ces services ou à leur hôpital. Ces ressources proviennent d'une réduction des services moins urgents. Si l'on envisage la question dans le contexte des systèmes complexes, on peut facilement voir le cycle qui en résulte (Glouberman, 2000b).

Cercle vicieux des salles d'urgence



Les thèmes de la méthodologie employée par la Commission sur la restructuration des services de santé en Ontario sont énumérés ci-dessous (CRSS, 1997). Ils offrent un excellent exemple de la perception de la planification comme un problème compliqué. En examinant ces thèmes, nous pouvons identifier certaines des raisons à l'origine des problèmes persistants associés aux résultats obtenus et à la capacité de réaliser les économies prévues sur le plan des coûts. Ils supposent des processus décisionnels clairs mais compliqués qui prennent en compte un ensemble limité de facteurs reproductibles. Tout en étant compliquée, la méthodologie doit ignorer des éléments importants des systèmes de soins de santé tels que le rôle culturel de l'hôpital. On peut aussi observer le cheminement linéaire évident d'une étape à l'autre. Chaque étape est un événement, centré soit sur la collecte de données, soit sur la prise de décision. Une fois la convergence atteinte, l'étape suivante débute. L'hypothèse sous-jacente est que les boucles de rétroaction seront tout au plus un irritant mineur – peut-être une observation aberrante – mais si l'on s'en tient au plan, le processus se déroulera comme prévu. On peut voir rapidement les occasions multiples d'erreurs au fil du cheminement des étapes suivantes :

Étape 1 : Déterminer les dépenses nettes

Étape 2 : Calculer les transferts au titre des programmes et les transferts connexes

Étape 3 : Calculer les économies liées à l'efficacité des services cliniques

Étape 4 : Déterminer les éléments d'efficacité associés aux services de soutien

Étape 5 : Réaffecter les autres dépenses

Étape 6 : Calculer les économies découlant de la fermeture de certains sites

Étape 7 : Déterminer les éléments d'efficacité au niveau de l'administration

Étape 8 : Rajouter certaines dépenses particulières

Étape 9 : Établir le coût du système reconfiguré.

Les interventions dans les systèmes complexes et adaptatifs nécessitent une analyse et une planification attentives, mais de nature différente que celles que supposent les systèmes mécanistes. Il est plus important de comprendre les circonstances locales et d'être conscients de l'incertitude et de la rétroaction accompagnant toute intervention. Nous avons quelques bons exemples d'interventions réussies qui ont permis de résoudre des problèmes majeurs dans le domaine de la santé.

Étude de cas n° 1 : La France au premier rang du classement de l'OMS

Lorsque, en 2000, l'OMS a effectué son classement des systèmes de soins de santé dans le monde, la France est arrivée en tête de liste. Les résultats soulèvent encore certaines controverses, mais il est utile d'examiner ce cas pour faire ressortir les points de comparaison et les différences entre le Canada et la France. Nous comparons les classements obtenus pour divers critères au tableau 8 (OMS, 2000); puis, nous présentons un échantillon de similitudes et de différences au tableau 9 (OMS, 2002); enfin, au tableau 10, nous donnons un aperçu de certains changements survenus entre 1990 et 1998 dans les deux systèmes (OCDE, 2002).

Tableau 8 Classements du Canada et de la France en 2000, selon l'OMS		
France	Critère de classement	Canada
1	Performance du système	30
4	Performance sur le plan de la santé	35
3	Niveau de santé (espérance de vie sans invalidité)	12
12	Répartition de la santé	18
	Capacité de réponse :	
16-17	Niveau	7-8
3-38	Répartition	3-38
26-29	Équité de la contribution financière	17-19
6	Atteinte globale des objectifs	7

Tableau 9 Éléments de comparaison entre le Canada et la France		
France		Canada
59 000 000	Population	30 000 000
20,50 p. 100	Pourcentage de plus de 60 ans	16,70 p. 100
9,40 p. 100	Pourcentage du PIB consacré à la santé	9,40 p. 100
\$2 074	Dépenses par habitant, en \$ internationaux	\$2 363
76,10 p. 100	Pourcentage financé par les fonds publics	70,10 p. 100
70,7	Espérance de vie en bonne santé	70,0
175 431	Nombre de médecins	50 000
347 918	Nombre d'infirmières	227 000
4,4/1 000	Mortalité infantile	5,5/1 000

Tableau 10
Le Canada et la France en 1990 et 1998, données de l'OCDE

	1990		1998	
	Canada	France	Canada	France
Espérance de vie à la naissance, femmes	80,4	80,9	81,5	82,2
Espérance de vie à la naissance, hommes	73,8	72,7	76,1	74,6
Mortalité infantile, décès par 1 000 naissances vivantes	6,8	7,3	5,3	4,6
Nombre de lits pour les soins comportant l'hospitalisation, par 1 000 habitants	6,3	9,7	4,1	8,5
Médecins pratiquants, nombre par 1 000 habitants	2,1	2,6	2,1	3
Durée moyenne du séjour pour les soins comportant l'hospitalisation, en jours	13	13,3	8,2	10,7
Dépenses totales consacrées à la santé, en millions de \$CAN/FF	60 422	569 782	82 821	796 986
Dépenses totales consacrées à la santé, en pourcentage du PIB	9	8,6	9,3	9,3
Dépenses publiques consacrées à la santé, en millions de \$CAN/FF	45 071	436 594	58 082	606 348
Dépenses publiques consacrées à la santé, en pourcentage du PIB	6,7	6,6	6,5	7,1
Pourcentage des dépenses totales allant aux soins comportant l'hospitalisation	49	46	43,1	44,8
Pourcentage des dépenses totales allant aux médicaments	11,4	20	15	22
Déboursés du patient, par habitant, en \$US	270	207	392	209
Assurance privée, en pourcentage des dépenses totales de santé	8,9	10,9	11,2	12,6

Ces comparaisons peuvent être interprétées de façons différentes et leur signification peut être remise en question, mais nous ne souhaitons pas engager ici ce genre de débat. Qu'il suffise de mentionner que les données varient suffisamment pour alimenter de nombreux débats compliqués. Certaines données comparatives ressortent et nous incitent à nous interroger sur les arguments invoqués pour accroître la part du financement privé, les menaces qui se posent pour une population vieillissante, le pourcentage des dépenses consacrées aux médicaments, ainsi que le nombre de médecins, d'infirmiers et infirmières et de lits d'hôpitaux. La France a un ratio encore plus élevé de dépenses publiques/privées que le Canada; elle compte aussi une population sensiblement plus âgée, elle dépense davantage en médicaments et elle a un ratio plus élevé de médecins et de lits d'hôpitaux par 1 000 habitants que le Canada. Mais ses résultats ne semblent pas inférieurs en dépit d'une durée moyenne d'hospitalisation plus longue. Ainsi, son taux de mortalité infantile est tombé sous le taux canadien. Certaines données françaises viennent renforcer les craintes qui se manifestent au Canada. À titre d'exemple, les dépenses de santé assumées par les patients ont augmenté sensiblement au Canada, tandis qu'elles sont demeurées

stables en France. Certaines similitudes présentent aussi un intérêt. Ainsi, le pourcentage du PIB consacré à la santé est le même dans les deux pays, et le nombre d'années de vie en bonne santé y est semblable.

Le point essentiel ici est que nous n'affirmons pas que ces attributs du système français sont à l'origine de son succès. Nous sommes plutôt intrigués par le fait que les Français ont, du moins jusqu'au moment de l'étude, refusé de suivre la tendance mondiale et d'accepter les idées reçues sur la façon d'en arriver à un système efficient, efficace et économiquement viable. Nous faisons valoir que les attributs, les statistiques et les structures propres à ce système sont moins directement liés à son succès que les hypothèses et les interprétations complexes sur le fonctionnement des systèmes. Devant certains des changements apportés récemment aux soins de santé en France, nous serions prêts à affirmer que la résistance au changement dans ce pays est moins la conséquence d'une compréhension explicite que d'une série d'hypothèses implicites. Par conséquent, ce pays est devenu vulnérable au pouvoir persuasif des tendances mondiales de la réforme des soins de santé. L'analyse du cas de la France nous intéresse parce que nous voulons voir quelles leçons nous pourrions en tirer sur la façon dont ce pays a su créer, peut-être par inadvertance, un système plus performant que celui du Canada en 2000.

Aucun de ces tableaux n'explique adéquatement comment le système canadien s'est détérioré au cours de la dernière décennie. De fait, les données indiquent que le système canadien est devenu beaucoup plus efficient, grâce à des séjours plus brefs, aux réductions de personnel et à la diminution du nombre de lits. En outre, les dépenses publiques sont passées de 6,7 à 6,5 p. 100 du PIB. Mais en dépit de ces gains d'efficacité apparents, le sentiment persiste que le système éprouve de sérieuses difficultés – en termes de viabilité financière tout autant que dans l'optique de la qualité et de la confiance du public.

Andrew Pettigrew, spécialiste britannique de la planification stratégique, a souligné que les gestionnaires du NHS avaient appris à gérer le changement structurel (compliqué), mais avaient par contre perdu la capacité de gérer les soins de santé (complexes) (Pettigrew et coll., 1988). Il semble que si seulement nous pouvions disposer des meilleures caractéristiques structurelles d'un autre système, nous pourrions résoudre nos problèmes. Mais il est difficile de voir que nous pourrions emprunter à l'expérience de la France. Devrions-nous adopter le ratio de la France pour le nombre de lits et le personnel professionnel ? Devrions-nous abaisser les frais assumés par les patients eux-mêmes ? Devrions-nous dépenser davantage en médicaments ? Il devient vite évident que nous ne pouvons avoir le même système que les Français, et nous constatons que la situation est beaucoup plus complexe. Plus nous scrutons à la loupe l'autre système, plus ressort la complexité des institutions et des systèmes de soins de santé parce qu'ils sont profondément enracinés dans les traditions politiques, la culture et l'histoire, entre autres facteurs. Il y a beaucoup à apprendre d'autres systèmes de soins de santé complexes, mais il n'est pas évident que nous pouvons simplement adopter leurs structures ou processus pour régler nos problèmes.

Un bon exemple de cela en France est la variété des subventions et des programmes de soutien des mères et des enfants entre la grossesse et l'école maternelle. Ces programmes ont évolué au cours des dernières années. Ils englobent des activités telles que la formation en compétences parentales, le soutien sur le plan de la nutrition pour les femmes enceintes, et les

services de garderie éducative pour les enfants en bas âge. Il y a aussi des subventions visant à encourager une bonne alimentation et des soins personnels adéquats. On en est venu à regrouper ces mesures sous l'expression « la maternelle ». La place qu'elle occupe dans la politique sociale française ressemble, sous bien des aspects, au rôle joué jadis par l'assurance-maladie au Canada – elle témoigne d'une facette de l'âme française et est décrite de façon élogieuse par la plupart des Français – des ministres aux chauffeurs de taxi – qui déclarent avec enthousiasme leur générosité sociale. Nous pourrions facilement transformer la blague au sujet des Canadiens en disant que « les Français sont des Britanniques qui boivent du vin et qui aiment les mères et les enfants ». Nombre de ces mesures sont la version française de la vision esquissée par Fraser Mustard de la politique sociale canadienne. Bien qu'il soit difficile d'attribuer la causalité, le taux de mortalité infantile en France est maintenant inférieur à celui du Canada alors qu'il était plus élevé il y a une décennie (OCDE, 2002). Peut-être que nous n'aimons pas encore les mères et les enfants autant que les Français. Et même si le Québec a adopté certains aspects de ces programmes, il n'a pas gagné les cœurs des Québécois autant que « la maternelle » a su le faire parmi les Français. Un élément important de la solution à nos difficultés actuelles est de retrouver notre propre « maternelle » – selon un modèle qui imprègne notre culture et nos valeurs de façons relativement complexes. Nous pouvons certes en apprendre davantage sur le rôle que jouent la politique de santé et la politique sociale en façonnant et en reflétant les valeurs et la culture de notre pays.

Nous arrivons à la conclusion qu'une différence importante entre le système canadien et le système français est que ce dernier a subi une restructuration moins draconienne. Des changements importants ont été apportés, comme « la maternelle », mais ils ont été élaborés dans un contexte de relative stabilité structurelle et se sont essentiellement déroulés au niveau des programmes (la France vit actuellement ce que plusieurs considèrent comme un bouleversement majeur, alors que la semaine de travail a été abrégée à 35 heures). Ces changements en apparence mineurs ont eu des répercussions significatives sur l'efficacité et l'efficience du système français, notamment en comparaison avec ceux des autres pays visés par l'étude de l'OMS.

Étude de cas n° 2 : Le VIH/SIDA dans le monde en développement – Le cas du Brésil

Dans cette partie de l'étude, nous examinons une question de santé complexe, celle du VIH/SIDA dans le monde en développement. Nous soutenons que lorsque le VIH/SIDA est envisagé comme un problème complexe plutôt que comme un problème compliqué, des options radicalement différentes émergent en matière d'intervention et de politique. Nous montrons comment une approche compliquée à ce problème détermine la nature des questions posées et mène logiquement à la conclusion que le problème est insoluble. Nous poursuivons en examinant comment le Brésil a réussi à déjouer les probabilités et nous faisons valoir que l'approche suivie intégrait les principes inhérents aux systèmes complexes et adaptatifs. Cela a permis de modifier fondamentalement la nature des questions posées, les solutions élaborées et les interventions mises en œuvre. *(Le cas et l'analyse du VIH/SIDA au Brésil sont adaptés de l'ouvrage de Begun et coll., 2002, qui est sous presse.)*

En dépit du fait que le revenu annuel par habitant au Brésil est inférieur à 5 000 dollars (Downie, 2001), ce pays a réussi à déjouer les prédictions de la Banque mondiale, qui affirmait que le pays n'avait pas les ressources nécessaires pour résister à cette épidémie et que le nombre de cas de VIH/SIDA atteindrait 1,2 million en 2000 (Banque mondiale, 1997). Le nombre de cas recensés est plutôt de 0,5 million (mise à jour révisée de l'ONUSIDA/OMS, 2000). Le Brésil a eu beaucoup plus de succès que l'Afrique du Sud dans sa lutte au SIDA. Dans les années 80, le Brésil avait l'un des taux d'infection les plus élevés au monde (Darlington, 2000), de loin supérieur à celui de l'Afrique du Sud. Aujourd'hui, le taux d'infection au VIH en Afrique du Sud atteint 25 p. 100 de la population, tandis qu'il n'est que de 0,6 p. 100 au Brésil (mise à jour révisée de l'ONUSIDA/OMS, 2000). Le Brésil a défié toutes les hypothèses compliquées qui prévalaient sur la façon de faire face à l'épidémie de VIH/SIDA.

Le VIH/SIDA dans les pays en développement – les hypothèses inhérentes à une vision compliquée

En 1997, la Banque mondiale estimait que 30 millions de personnes avaient contracté le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et que 90 p. 100 de ces personnes vivaient dans des pays en développement (Banque mondiale, 1997). On fait souvent l'hypothèse que le VIH/SIDA dans les pays en développement pose un problème insoluble. Pourquoi ? Voici les hypothèses à la base de ce diagnostic.

Le coût des médicaments :

Les cocktails de médicaments antirétroviraux ont transformé le SIDA en une maladie chronique, contrôlable, pour les personnes qui peuvent s'offrir ces médicaments dans les pays développés. Cependant, leur coût est trop élevé pour les pays pauvres.

La thérapie antirétrovirale, qui a permis une amélioration spectaculaire de la santé de certains individus dans les pays à revenu élevé, est actuellement trop coûteuse et comporte trop d'exigences sur le plan des services cliniques pour offrir un espoir réaliste

à court terme aux millions de personnes infectées dans les pays en développement (Banque mondiale, 1997).

Prévention ou traitement :

Dans les pays en développement, qui disposent de ressources limitées et qui sont aux prises avec des taux élevés d'infection au VIH, on doit faire des choix sur la façon de dépenser les modestes budgets de soins de santé en vue de combattre la maladie. Ces pays concluent souvent que le mieux qu'ils peuvent faire est de tenter d'enrayer la propagation de la maladie. Le traitement est un luxe qu'ils ne peuvent s'offrir. Ils décident donc de consacrer presque exclusivement leurs ressources à la prévention.

Les patients non scolarisés et analphabètes ne peuvent gérer leur thérapie :

Le régime de traitement aux médicaments dans la lutte contre le SIDA suppose une procédure compliquée. Différents médicaments doivent être pris à des moments précis de la journée. Comment des personnes analphabètes et non scolarisées peuvent-elles suivre une procédure aussi complexe ? En outre, certains médicaments doivent être ingérés avec des aliments, ce qui pose un défi supplémentaire dans les pays pauvres où la nourriture est une ressource rare et imprévisible pour les pauvres.

La prévention doit être axée sur la crainte et la gravité du problème :

Un des moyens employés dans les campagnes de prévention est d'informer le public sur les graves dangers que comportent les pratiques sexuelles non sécuritaires. La crainte de la maladie et de la mort changera les comportements et limitera la propagation du SIDA.

Il faudra une génération ou deux dans les pays en développement pour faire des progrès dans la lutte au VIH/SIDA :

En mettant presque exclusivement l'accent sur la prévention et même si cette stratégie est couronnée de succès, on enregistrera des pertes catastrophiques dans la génération adulte actuelle et, peut-être, la prochaine si elle est née avec le VIH/SIDA. L'effet des mesures de prévention actuelles se fera réellement sentir parmi la deuxième ou la troisième génération. Dans l'intervalle, des millions de personnes mourront de cette maladie.

L'intégration exige un système de soins de santé avancé dans l'ensemble du pays :

Dans les pays en développement, les systèmes de soins de santé et les infrastructures de santé publique sont souvent répartis de façon inégale sur le territoire. Un système national de prévention et de traitement exige un système et une infrastructure de soins de santé bien développés et intégrés.

Le Brésil a abordé le VIH/SIDA comme un problème complexe

Le Brésil n'a pas accepté l'analyse du problème du VIH/SIDA faite par la Banque mondiale. Il a reconnu implicitement qu'il s'agissait d'un problème complexe qui soulevait des questions

différentes et, partant, qui débouchait sur des conclusions moins inéluctables. Les tableaux 11 et 12 mettent en relief les questions et les réponses dans les deux perspectives.

Tableau 11	
Questions pertinentes au Brésil	
Questions qui supposent un problème compliqué	Questions qui supposent un problème complexe
Quel sera le coût des médicaments pour notre population atteinte ? Ou encore, qui avons-nous les moyens de traiter ?	Comment pouvons-nous réduire les coûts afin de pouvoir offrir un traitement à tous ceux qui en ont besoin ?
Puisque les personnes pauvres et analphabètes ne peuvent raisonnablement suivre une thérapie compliquée, quelles ressources sont requises pour s'assurer que les personnes traitées se conforment à leur thérapie ? (Autrement dit, on suppose qu'il faut faire appel à des professionnels pour gérer la thérapie des patients.)	Quelles méthodes de communication donneront de bons résultats pour expliquer la thérapie médicamenteuse à un patient – même analphabète et sans abri ?
Vu nos ressources limitées, devrions-nous privilégier la prévention ou le traitement ? Ou encore, quelles sont les ressources requises pour un traitement préventif efficace ?	Si l'alimentation pose un problème, comment pouvons-nous utiliser les organismes de charité actuels pour qu'ils donnent aux patients la nourriture requise par leur thérapie médicamenteuse, au bon moment ?
Quelle infrastructure est requise pour réaliser nos plans ? Combien coûtera-t-elle ? Quels sont les arbitrages ? Dans quels programmes/services allons-nous puiser les fonds requis pour cette infrastructure ?	Comment pouvons-nous atteindre nos objectifs en matière de prévention en traitant toutes les personnes actuellement atteintes ?
	Où se trouvent les réseaux/rerelations informels et formels qui cadrent avec notre approche globale et nos valeurs ? Comment pouvons-nous aider à renforcer ces liens ? Quelles compétences ou quelles ressources existent déjà au pays et comment pouvons-nous contribuer à leur donner plus de visibilité et, partant, à accroître leur utilité ?

Tableau 12	
Réponses du Brésil	
Conclusions qui supposent un problème compliqué	Conclusions qui supposent un problème complexe
Les solutions véritables requièrent des systèmes nationaux de soins de santé développés et intégrés.	Nous trouverons des façons d'utiliser les ressources dont nous disposons pour solutionner le problème.
Nous ne pouvons offrir un traitement à tous devant des coûts aussi élevés. Il faut faire des choix.	Nous trouverons une façon de traiter tous ceux qui en ont besoin en abaissant considérablement les coûts.
Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour superviser la conformité au traitement.	Nous utiliserons notre système informel pour former les gens à se soigner eux mêmes.
Compte tenu de nos ressources limitées, nous devrions mettre l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement.	La prévention fera partie du traitement, lequel nous donnera « accès » à la population pour mettre en œuvre les stratégies de prévention.

Un compte rendu plus détaillé de la façon dont le Brésil a abordé le problème est présenté dans ce qui suit.

Le coût des médicaments :

Le gouvernement distribue gratuitement les médicaments aux patients atteints du VIH/SIDA. Depuis 1994, le Brésil fabrique des versions génériques des médicaments entrant dans le cocktail de médicaments antirétroviraux. Le Brésil invoque la clause controversée de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui permet aux pays d'enfreindre les lois sur les brevets dans les cas d'urgence nationale (American Medical Association, 2001). Selon le Brésil, l'épidémie de VIH/SIDA est et pourrait devenir une situation d'urgence nationale. Même si l'OMC et les États-Unis contestent l'interprétation du Brésil, ce dernier a poursuivi dans la voie qu'il avait empruntée et, en 2001, les États-Unis ont abandonné les poursuites en justice intentées contre ce pays.

À chaque année, plus de médicaments sont produits au Brésil sous forme générique. En 2000, 8 des 12 médicaments nécessaires étaient produits sous forme générique, permettant des réductions considérables des coûts (Darlington, 2000). Les estimations relatives aux baisses de coût varient, mais il est certain que les coûts diminuent de plus en plus à mesure qu'une plus grande quantité de médicaments est produite sous forme générique. Au minimum, le coût annuel de la thérapie médicamenteuse est inférieur de 65 p. 100 aux 12 000 dollars qu'il en coûte par patient aux États-Unis. Certains estiment que les coûts pourraient être réduits dans une proportion allant jusqu'à 90 p. 100 du coût observé aux États-Unis.

Prévention ou traitement :

Le Brésil a choisi de recourir au traitement dans sa stratégie de prévention. Lorsque les gens savent qu'ils peuvent être traités, ils sont plus enclins à se rendre à l'hôpital, dans une clinique ou dans certains ONG pour y subir des examens (Rosenberg, 2001). La situation n'est pas jugée sans espoir. Alors qu'ils sont sur place pour subir un traitement ou des examens, ils peuvent obtenir de l'information et ainsi contribuer à diffuser les thèmes de la prévention. Aujourd'hui, la plus grande partie des ressources est consacrée au traitement, mais les objectifs de prévention sont néanmoins atteints.

Les patients peu scolarisés et analphabètes :

Les infirmières et les autres travailleurs de la santé montrent aux patients comment prendre leur médication. Ils utilisent toutes les méthodes nécessaires pour expliquer la thérapie médicamenteuse aux patients. Ils font un dessin du soleil ou de la lune pour indiquer différents moments de la journée. Ils dessinent un aliment sur l'étiquette du contenant des pilules qui doivent être prises avec de la nourriture (Rosenberg, 2001, p. 30). De plus, ils aident les patients les plus pauvres à communiquer avec les autres ONG, les églises et d'autres organisations offrant gratuitement de la nourriture. En dépit d'un taux élevé d'analphabétisation à Sao Paulo, le taux d'adhésion au régime médicamenteux est le même qu'à San Diego. Dans les deux villes, 70 p. 100 des patients atteignent un taux de conformité de 80 p. 100 (Rosenberg, 2001, p. 30).

La prévention doit être axée sur la crainte et la gravité du problème :

Les organismes brésiliens ont eu recours à diverses formules amusantes pour faire passer le message que l'on doit utiliser un condom. Parmi les stratégies employées, on a cherché à célébrer la vie et l'humour. On a recours à des musiciens portant des costumes très colorés pour diffuser de l'information et rendre plus acceptable l'utilisation du condom parmi les groupes à risque élevé. Dans certaines parties du Brésil, les enfants d'âge préscolaire sont informés au sujet de la prévention du VIH/SIDA (Lehman, 1999). Dans certaines réclames, les condoms sont utilisés comme accessoires. Ainsi, dans une annonce publicitaire, trois femmes sont assises autour d'une table dont la nappe est un condom. Les trois femmes disent : « Oui ». La légende poursuit : « Avec un condom, elles diront : 'oui, oui, oui' » (Walbran, 1998).

Il faudra une génération ou deux dans les pays en développement pour faire des progrès dans la lutte au VIH/SIDA :

Les efforts du Brésil ont vraiment débuté au début des années 90. En 1994, le pays produisait ses premiers médicaments génériques antirétroviraux. En cinq ans, on a réussi à marquer des progrès majeurs en freinant la propagation du VIH. Dans les années 80, le Brésil était décrit comme l'un des pays les plus durement frappés par le VIH/SIDA. Aujourd'hui, il est vanté comme un modèle pour les pays en développement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

L'intégration exige un système de soins de santé avancé dans l'ensemble du pays :

Le Brésil n'est pas l'un des pays les plus pauvres du monde; il possédait déjà une infrastructure d'hôpitaux, de cliniques et des services de santé publique, mais ce système n'avait pas le calibre de ceux des pays développés (Rosenberg, 2001). Il y avait des écarts considérables au niveau des services disponibles dans le pays et accessibles à différents segments de la population. Les efforts du Brésil pour lutter contre le VIH/SIDA ont, dans une large mesure, contribué à renforcer l'infrastructure de santé, ou le réseau des liens, servant à l'exécution du travail de prévention et de traitement dans la lutte contre le VIH/SIDA. On a eu recours aux services de plus de 600 ONG existants et organismes de soins au niveau communautaire pour rejoindre les pauvres dans tout le pays (Center for Disease Control, 2000). Le pays compte maintenant 133 centres de tests et de conseils. Le personnel des cliniques de santé a collaboré avec les ONG et d'autres organismes pour offrir la gamme complète des services requis. « C'est un programme bien organisé, bien conçu, qui donne de bons résultats parce que le gouvernement a réussi à y intégrer l'ensemble de la société, notamment les ONG » (Rosenberg, 2001).

Les questions posées étaient du genre : « Qui a actuellement les ressources et les compétences nécessaires pour offrir des traitements ou pour combler les besoins complémentaires des patients atteints du VIH/SIDA » ? En d'autres termes, on a tenté de repérer les ressources peu visibles et les liens informels existants au pays, mais qui ne ressortiraient pas d'un organigramme du ministère de la Santé. On cherchait ce qui pouvait exister en réalité plutôt qu'en théorie. On n'a pas écarté de la main le « système » en supposant qu'il était complexe et désordonné; plutôt, on l'a accepté et considéré comme un système en émergence dont la structure repose sur quelques grands principes.

La reformulation des questions au Brésil

Il y a des différences fondamentales entre un ensemble de questions hypothétiques où l'on suppose que le cas du Brésil constitue un problème compliqué et un autre qui suppose qu'il s'agit d'un problème complexe. Les deux types de questions sont fondés sur ensemble cohérent d'hypothèses au sujet de la réalité et du changement. Les problèmes compliqués ressemblent à des machines, tandis que les problèmes complexes s'apparentent davantage à la vie. Chaque ensemble d'hypothèses à la fois éclaire et déforme certains aspects de la réalité. La métaphore de la machine que l'on associe à un problème compliqué suppose que des gestionnaires externes – ou des mécaniciens – sont requis pour remettre en état le système ou ses composantes. La métaphore de la vie suppose que les solutions (et de nouveaux problèmes) peuvent surgir de l'intérieur. Le rôle externe devient plus facilitateur que mécanique.

Nous soutenons que les responsables des politiques de santé, les administrateurs et les citoyens au Canada ont trop souvent tenté de ramener les problèmes complexes liés à l'assurance-maladie à des problèmes compliqués. Ils ont ignoré de nombreuses caractéristiques complexes de ce régime. Les questions les plus évidentes que l'on pose dans le contexte canadien supposent généralement que les problèmes qui se rattachent à l'assurance-maladie sont compliqués. Le défi est double : articuler une approche aux questions complexes et résister à la tentation de réduire l'analyse en supposant qu'il s'agit d'un problème compliqué.

Comment les notions de complexité pourraient s'appliquer à la réforme des soins de santé au Canada

Dans les dernières parties de l'étude, nous nous inspirons des leçons tirées des cas de la France et du Brésil et d'autres exemples où l'examen a procédé d'une perspective de complexité, plutôt que d'une vision compliquée des soins de santé.

En partant de l'analyse du cas brésilien, nous démontrons comment une reformulation des questions posées par le système de soins de santé du Canada, en passant d'une vision compliquée à une vision complexe, modifie les solutions jugées viables. Nous montrons comment le fait de reformuler les questions peut déplacer le cadre d'intervention et faire ressortir certaines orientations claires, et même des plans d'action spécifiques pour les décideurs. Nous concluons l'étude sur une note optimiste en affirmant que les Canadiens ont la possibilité d'apporter des changements positifs à leur système de soins de santé.

Exemples de questions pour les Canadiens qui s'interrogent sur la réforme des soins de santé

De nombreuses questions soulevées actuellement au sujet du système de soins de santé du Canada partent de l'hypothèse qu'il s'agit d'un système compliqué, ce qui limite la portée des réponses possibles. Certaines des questions auxquelles vise à répondre la présente étude offrent de bons exemples de questions qui supposent que les problèmes actuels doivent être vus comme compliqués. Des questions telles que : « Est-il vrai que le succès de la réforme dépend des moyens mis en place pour la mener à terme ? » évoquent l'hypothèse qu'il y a un processus par lequel la réforme est « menée à terme » vers une conclusion définitive. C'est ce genre d'hypothèses que nous remettons en cause dans la présente étude. Ces questions supposent souvent que quelqu'un d'autre contrôle le système et peut être blâmé pour ses difficultés. Les premiers ministres et les ministres de la Santé des provinces affirment souvent qu'Ottawa doit porter le blâme parce qu'ils ont des ressources limitées. Les dirigeants d'hôpitaux blâment le gouvernement provincial parce qu'il ne leur donne pas de directives suffisamment précises. Les chercheurs blâment les responsables politiques qui trafiquent les solutions qu'ils proposent. La contrepartie du blâme est le contrôle. Si quelqu'un ou quelque chose doit être blâmé pour un échec, alors il est logique de penser qu'il peut aussi être responsable de la réussite. Cela s'inscrit clairement dans les hypothèses compliquées que nous avons notées précédemment. Un intervenant de l'extérieur est responsable des résultats. Des pistes de causalité claires peuvent être tracées. En définitive, quelqu'un est responsable de l'échec ou de la réussite du système. Autrement dit, « la responsabilité s'arrête ici ».

Lorsque des dirigeants ne semblent pas avoir de solutions à offrir, d'autres sources seront pointées du doigt pour expliquer les problèmes – encore une fois, cela se déroule souvent dans une perspective compliquée. Mettre l'accent sur les ressources financières est un jeu à somme nulle. Consacrer plus de ressources aux soins de santé signifie qu'il y en aura moins pour les autres services, comme le montre l'exemple de la fermeture des salles d'urgence. Le cercle vicieux se répète, alors que d'autres « éléments » du système sont perçus tout à tour comme problème et comme solution.

Tableau 13 Questions dans le contexte canadien	
Questions qui supposent un problème compliqué	Questions qui reconnaissent la complexité du problème
Quelles structures sont nécessaires pour assurer la durabilité du système de soins de santé ?	Comment mettre à profit les structures et les relations actuelles pour stabiliser et améliorer l'assurance-maladie ?
Pouvons-nous nous permettre d'offrir plus de soins et de traitements à une population vieillissante ?	Comment offrir des soins et des traitements donnant à tous le sentiment que le système sera accessible lorsque leur famille en aura besoin ?
À quoi devons-nous renoncer pour soutenir les techniques (ou les médicaments) de pointe les plus efficaces ?	Comment aider les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des services et à innover sur les plans de la technologie et des médicaments ?
Combien les Canadiens devraient-ils déboursier pour leurs soins de santé ?	Comment l'assurance-maladie peut-elle contribuer davantage à l'identité canadienne ?

Dans le tableau 13, nous avons énuméré certaines des questions qui reposent sur l'hypothèse que les problèmes qui se posent au Canada dans le domaine des soins de santé sont compliqués. En s'inspirant du cas du Brésil, nous pouvons reformuler ces questions en supposant qu'elles ont un caractère complexe.

Le premier ensemble de questions est lourd de contraintes – ressources limitées, absence de leadership, arbitrages, contrôle externe de l'avenir et droits individuels. Il s'en dégage un problème épineux, qui nécessitera des compromis, mais probablement sans réussir à satisfaire beaucoup de monde. Les questions complexes ont un ton plus optimiste parce qu'elles sont tournées vers les ressources existantes.

Dans la dernière partie de l'étude, nous présentons des réponses possibles aux quatre questions complexes énoncées ci-dessus.

Comment mettre à profit les structures et les relations actuelles pour stabiliser et améliorer l'assurance-maladie ?

À première vue, il semble que la France et le Brésil aient adopté des approches radicalement différentes. La France a apporté des changements progressifs dans le cadre de la « maternelle », tandis que le Brésil a procédé à des changements en profondeur. Traditionnellement, on considère que l'incrémentalisme est une approche évolutive plutôt que révolutionnaire (Lindblom, 1968). Cependant, à la lumière des enseignements issus des systèmes complexes et adaptatifs, dont les réactions sont non linéaires, de nouvelles conceptions du changement sont apparues. L'ajout d'éléments modestes ou incrémentaux à un système peut produire des effets spectaculaires ou révolutionnaires (Zohar et Morgan, 1995; Morgan, 1998). Un changement révolutionnaire peut survenir dans un contexte évolutif.

Les exemples du Brésil et de la France montrent qu'il est important de ne pas perturber les ressources existantes. Un contexte de stabilité peut permettre d'orienter les ressources actuelles vers un changement utile. Parce que de nombreux éléments du système de soins de santé sont en interaction, les interventions compliquées, à grande échelle, peuvent déstabiliser l'ensemble du système et produire des résultats chaotiques. Au Canada, le système de soins de santé n'a cessé de subir des changements structurels et économiques au cours des dix dernières années. Au bout du compte, tous les intervenants sont insatisfaits *et* les coûts sont moins bien contrôlés. Les réformes compliquées n'ont pas donné de bons résultats et nous serions prêts à affirmer qu'elles ont déstabilisé le système. Elles ont affaibli les rapports existants, et les Canadiens – tant les prestataires que les bénéficiaires des soins de santé – sont de moins en moins convaincus que les principes ou les valeurs de la *Loi canadienne sur la santé* seront respectés.

Par conséquent, nous sommes incités à conclure que la première chose à faire serait de procéder à des interventions relativement modestes pour stabiliser le système et rétablir un certain degré de confiance à son endroit. Dans le contexte actuel, il serait sage d'appliquer uniquement les changements structurels qui peuvent stabiliser le système et améliorer les relations. Le système englobe un grand nombre de liens sur le plan des soins de santé qui, dans une large mesure, fonctionnent efficacement. Ces liens pourraient être renforcés et développés. D'autres relations ont été perturbées par les changements à grande échelle et on doit leur accorder suffisamment de temps et d'attention pour qu'elles s'adaptent si nous voulons créer et stabiliser de nouvelles façons de faire les choses. Nous centrerons notre attention sur quelques exemples d'interventions pouvant être envisagés. Tous renferment des éléments de contrôle des coûts *et* de stabilisation du système.

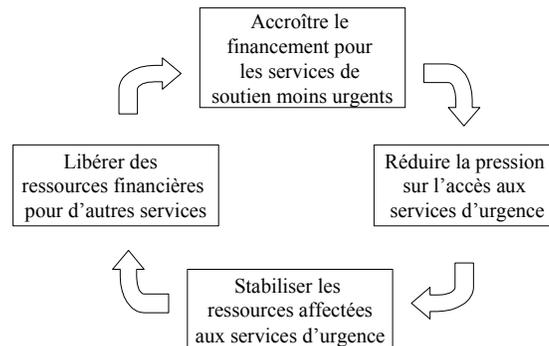
- Repérer les relations informelles au niveau local qui fonctionnent déjà au sein du système.
- Identifier les fournisseurs et les utilisateurs locaux du système qui peuvent déterminer ce qui fait fonctionner ce dernier.
- Légitimer ce qui donne de bons résultats en témoignant de la reconnaissance et en offrant un soutien à ceux qui assurent le bon fonctionnement du système.
- Ne pas changer les structures pour éviter de perturber ces rapports.
- Accroître la sécurité d'emploi des infirmières – elles doivent avoir confiance qu'elles ne seront pas les premières à subir les mesures de réduction des coûts qui seront envisagés.
- Assurer la sécurité du revenu aux médecins – ils doivent avoir confiance que s'ils parviennent à faire des économies, cela ne menacera pas leur gagne-pain.
- Ne pas accroître le fardeau des soins assumés par les patients et leur famille, mais collaborer avec les systèmes actuels de prestation de soins afin d'améliorer les soins auto-administrés au lieu de susciter un sentiment d'abandon.

- Ne pas réduire le soutien accordé aux organismes du secteur de la santé et aux autres professionnels concernés.

Comment offrir des soins et des traitements donnant à tous le sentiment que le système sera accessible lorsque leur famille en aura besoin ?

De nombreuses questions liées à l'accès rejoignent aussi plusieurs des conséquences des changements récents. Un paradoxe des solutions compliquées est que les services rationalisés réduisent les points d'accès au système. Cela rend souvent l'accès plus difficile en congestionnant certaines parties du système déjà aux prises avec un fardeau excessif – un résultat imprévu et coûteux d'un processus de planification rationnel compliqué. Le processus compliqué sous-évalue le contexte culturel du domaine de la santé en tant que phénomène local. Accroître les points d'accès est moins coûteux que de les concentrer dans les salles d'urgence. Les services de conseils et les services de soutien social offrent un accès plus complet et moins coûteux que les salles d'urgence. C'est là une leçon que nous commençons à apprendre. Les services de conseils infirmiers par téléphone contribuent déjà à modifier le profil de la clientèle qui se présente à l'urgence (Lattimer et coll., 2000). Des services de conseils semblables pourraient aider à transformer le cercle vicieux décrit précédemment en un cercle plus vertueux.

Cercle vertueux des salles d'urgence



Voici certains exemples d'interventions relativement peu coûteuses :

- Prévoir des points d'accès multiples, par exemple des services de télé-santé et de télé-counselling – paradoxalement, ils permettent une prestation centralisée des soins, mais dans un contexte fortement localisé pour les citoyens.

- Augmenter les points d'information du système, par exemple un service d'information sur la disponibilité des lits au niveau local, provincial et national.
- Rendre plus transparents et plus sécuritaires les délais d'attente, par exemple une horloge pour les cas non urgents à l'urgence, des services d'information centralisés sur les délais d'attente pour diverses procédures fournissant des renseignements sur les marges de sécurité relatives aux délais d'attente.
- Multiplier les services moins urgents dans les salles d'urgence, par exemple les services de soutien direct pour les personnes âgées chétives qui peuvent avoir besoin d'aide pendant qu'elles attendent.
- Accroître le soutien accordé aux prestataires de soins, par exemple les proches des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Accroître le soutien accordé aux personnes qui se soignent elles-mêmes, par exemple dans le cadre des programmes anti-tabagisme, en complément des messages publicitaires.

Comment aider les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la qualité des services et à innover sur les plans de la technologie et des médicaments ?

Les organismes du domaine de la santé sont presque toujours disposés à assimiler et à appliquer des techniques et des connaissances nouvelles. La plupart ont une longue tradition d'assimilation des innovations et des améliorations thérapeutiques. Une bonne partie de l'apprentissage est habituellement complexe et non linéaire. Les efforts visant à élaborer des solutions compliquées en matière d'apprentissage ont le plus souvent négligé les aspects plus complexes de l'apprentissage et des soins de santé, en tentant de réduire la formation complexe dans ce domaine en composantes compliquées mais plus faciles à gérer. Souvent, un choix est fait entre l'adoption d'innovations visant à améliorer les soins et les mesures de contrôle des coûts. Il est clair que les solutions aux problèmes qui se posent au Canada doivent faire intervenir les deux. Nous soumettons que certaines interventions peuvent commencer à solutionner le problème, mais qu'il serait utile de poursuivre les efforts en vue de résoudre le casse-tête.

Il pourrait être aussi utile d'accentuer les lignes de démarcation que des les atténuer en vue de réduire la rivalité destructive entre professions. Les efforts de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) en vue d'accroître la recherche sur les soins infirmiers est un bon exemple à cet égard. Tous les groupes de professionnels et de para-professionnels qui participent à la prestation des soins de santé auront une liberté (et une responsabilité) accrue pour faire ce qu'ils savent le mieux faire pour les patients : les médecins en faisant le diagnostic et en traitant la maladie, les infirmières en dispensant des soins physiques et un soutien aux patients malades, et ainsi de suite. Cela susciterait de nombreuses innovations de portée modeste.

Le paradoxe des soins de santé est que, même si l'acquisition des connaissances a beaucoup profité de la division du travail, l'intégration des soins exige des compétences supplémentaires et des attributs de maillage (Glouberman et Mintzberg, 2001).

- Reconnaître et renforcer les motivations altruistes de la plupart des prestataires.
- Respecter les perspectives professionnelles différentes et complémentaires en matière de soins.
- Rétribuer le savoir différencié qui émerge de diverses professions.
- Ne pas perturber la division du travail inhérente à l'acquisition des connaissances.
- Accroître la reconnaissance interdisciplinaire de la valeur des résultats.
- Limiter le financement destiné à la recherche par discipline afin de stabiliser les coûts.

Comment l'assurance-maladie peut-elle contribuer davantage à l'identité canadienne ?

Nous avons été enfermés dans une vision étroite au moment de définir les enjeux actuels et d'y réagir, comme s'ils étaient simplement compliqués. En réussissant à trouver des réponses à des questions plus complexes, nous amorcerons le processus de revitalisation du système de soins de santé au Canada. Cela aidera à atténuer de nombreuses tensions actuellement présentes dans ce système. Les efforts visant à répondre aux trois questions que nous avons posées pourraient améliorer la prestation des soins de santé en stabilisant le système, en reconnaissant la nature du savoir relatif aux soins de santé et en créant des possibilités d'amélioration des services dans un contexte de contrôle des coûts. Bien entendu, ce ne sont pas les seules questions qui se posent et nous ne sommes pas en mesure d'offrir toutes les réponses. Mais cette nouvelle perspective pourrait nous aider à reformuler les questions et fournir certains indices sur la nature des réponses requises.

Il existe au moins autant d'expertise et d'ingéniosité au Canada pour formuler des questions complexes et y répondre qu'au Brésil et en France. Nous sommes confiants que les Canadiens peuvent relever le défi de la mobilisation et de l'utilisation des ressources dont ils disposent actuellement en vue de revitaliser un système de soins de santé véritablement universel au Canada. En répondant à des questions aussi complexes, les Canadiens auront plus confiance que les soins de santé seront disponibles lorsqu'ils en auront besoin, et il pourra en ressortir une nouvelle prise de conscience des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les questions qui se poseront dans ce contexte lieront étroitement la viabilité économique aux valeurs de générosité sociale, d'éthique et de sécurité qui ont été au cœur de l'identité canadienne.

Nous devons être ouverts à une remise en question des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, mais en faisant preuve d'une compréhension plus profonde de la complexité de la santé et des soins de santé. Le fait que ces principes n'aient pas été respectés ne veut pas forcément dire qu'ils sont mauvais. Plutôt, nous devons rechercher ce qu'il y a de plus précieux dans le système de soins de santé au Canada, et déterminer quels sont les valeurs et les principes fondamentaux qui en sont le reflet. Nous faisons valoir que certains de nos systèmes qui fonctionnent le mieux intègrent la plupart de ces principes.

Un système réformé contribuera à la santé en renforçant l'universalité des soins offerts, un élément de plus en plus reconnu comme un déterminant clé de la santé. Il permettra aussi d'offrir de meilleurs soins parce que les rapports entre les prestataires de soins seront améliorés et que leur travail se déroulera dans un cadre moins fragmenté. Les efforts visant à contenir les coûts engendreront un cercle vertueux qui se propagera à l'ensemble du système, plutôt qu'un cercle vicieux de blâme réciproque entre les divers secteurs fragmentés.

Bibliographie

- American Medical Association. « Brazil May Defy the United States and Make More AIDS Drugs », *Journal of the American Medical Association*, HIV/AIDS Resource Center, Reuters Health Information, 2001. Disponible sur le site www.ama-assn.org/special/hiv/newsline/reuters/02068951.html.
- Arthur, W. Brian. « Increasing Returns and the Two Worlds of Business », *Harvard Business Review*, juillet-août 1996, p. 100-109.
- Axelrod, Robert et Michael D. Cohen. *Harnessing Complexity: Organizational Implications of a Scientific Frontier*, New York, The Free Press, 1999.
- Banque mondiale. *Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*, Oxford University Press, 1997. Sommaire disponible sur le site www.worldbank.org/aids-econ/confront.html.
- Barret, Peter (Dr). *Message du président – Cérémonie inaugurale*. Texte présenté à l'assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne, à Saskatoon, le 16 août 2000.
- Begun, J. W. « Chaos and Complexity: Frontiers of Organizational Science », *Journal of Management Inquiry*, vol. 3, n° 4 (1994), p. 329-335.
- Begun, J. W., B. J. Zimmerman et K. J. Dooley. « Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems », paru dans *Advances in Health Care Organization Theory*, publié sous la direction de S. M. Mick et M. Wytenbach, San Francisco, Jossey-Bass, 2002, sous presse.
- Berger, Earl. *The Berger Population Health Monitor*, Toronto, 2001.
- _____. *The Berger Population Health Monitor*, Toronto, 2000.
- _____. *The Berger Population Health Report*, Toronto, 1999.
- Center for Disease Control. *Center for Disease Control Daily News*, 22 septembre 2000. Disponible sur le site www.ama-assn.org/special/hiv/newsline/cdd/091800g3.htm.
- Cohen, Jack et Ian Stewart. *The Collapse of Chaos: Discovering Simplicity in a Complex World*, New York, Viking, 1994.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Conférence des ministres/sous-ministres de la Santé, 2000.
- Coveney, Peter et Roger Highfield. *Frontiers of Complexity: The Search for Order in a Chaotic World*, Londres, Faber and Faber, 1995.
- CRSS. « GTA/905 Health Services Restructuring Report, Appendix I », Toronto, Commission sur la restructuration des services de santé, 1997.
- Darlington, Shasta. « Brazil Becomes Model in AIDS Fight », 7 novembre 2000. Disponible sur le site www.aegis.org/news/re/2000/re001107.html.

- Decter, Michael. « Smug No More ». Document présenté au King's Fund International Seminar, Banff, Alberta, 1994.
- De Greene, Kenyon B., éd. *A Systems-based Approach to Policymaking*, Boston, Dordrecht, Londres, Kluwer Academic Publishers, 1993.
- Downie, Andrew. « Brazil: Showing Others the Way », *San Francisco Chronicle*, 25 mars 2001. Disponible sur le site www.aegis.org/news/sc/2001/sc010310.html.
- Evans, Robert. « Keynote Address ». Document présenté à la 7^e Conférence annuelle de l'Institut d'études canadiennes de McGill consacrée aux diagnostics et aux solutions, Montréal, 2002.
- Glouberman, Sholom. « Towards a New Perspective on Health Policy », Étude des RCRPP n° H|03, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2001.
- _____. « A Dynamic Concept of Health », paru dans *Towards a New Concept of Health: Three Discussion Papers*, publié sous la direction de Sholom Glouberman, Document de recherche n° H|03, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2000a.
- _____. « Why Emergency Rooms Are Overloaded », *Health and Everything*, 2000b. Disponible sur le site www.healthandeverything.org.
- Glouberman, Sholom et Henry Mintzberg. « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation », *Health Care Management Review*, vol. 26, n° 1 (2001), p. 56-69.
- Goodwin, Brian. *How the Leopard Changed Its Spots: The Evolution of Complexity*, New York, Touchstone, 1994.
- Gouvernement de la Nouvelle-Zélande. « Growing an Innovative New Zealand Forward », Auckland, 2002.
- Holland, John H. *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*, Reading (Mass.), Helix Books, 1995.
- Kauffman, S. *At Home in the Universe: The Search for Laws of Self-organization and Complexity*, New York, Oxford University Press, 1995.
- Kellert, Stephen H. *In the Wake of Chaos*, Chicago, University of Chicago Press, 1993.
- Kelly, Kevin. *Out of Control: The Rise of Neo-biological Civilization*, Reading (Mass.), Addison-Wesley, 1994.
- Lattimer, Val et coll. « Cost Analysis of Nurse Telephone Consultation in Out-of-Hours Primary Care: Evidence from a Randomised Control Trial », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 7241 (2000), p. 1053-1057.
- Lehman, Stan. « Brazil AIDS Official Urges Education », 1999. Disponible sur le site www.aegis.org/news/ap/1999/ap990609.html: Associated Press.

- Lindblom, Charles E. *The Policy-making Process*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1968.
- Lorenz, Edward. *The Essence of Chaos*, Seattle (WA), University of Washington Press, 1993.
- McDaniel, Jr., R. R. « Strategic Leadership: A View from Quantum and Chaos Theories », *Health Care Management Review*, vol. 22, n° 1 (1997), p. 21-37.
- Mintzberg, Henry. « The Fall and Rise of Strategic Planning », *Harvard Business Review*, janvier-février 1994, p. 107-114.
- Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand et Joseph Lampel. *Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*, New York, Free Press, 1998.
- Morgan, Gareth. « New Directions in Management: The Art of Using Small Changes for Large Effects », *Journal of Innovative Management*, vol. 4, n° 1, 1998.
- OCDE. *Statistiques de l'OCDE sur la santé* [Internet]. Organisation de coopération et de développement économiques, 1998, 2002. Disponible sur le site <http://www.oecd.org/oecd/pages/home/displaygeneral/0,3380,EN-statistics-194-5-no-no-no-194,FF.html>.
- OMS. *Archives* [Internet], 2002. Disponible sur le site <http://www.who.int/whr/2001/archives/>.
- . *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
- ONUSIDA/OMS. *Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, Mise à jour révisée*, 2000.
- Pettigrew, Andrew, Lorna McKee et Ewan Ferlie. « Understanding Change in the NHS », *Public Administration*, vol. 66 (1988), p. 297-317.
- Priesmeyer, H. R. et L. F. Sharp. « Phase Plane Analysis: Applying Chaos Theory in Health Care », *Quality Management in Health Care*, vol. 4, n° 1 (1995), p. 62-70.
- Prigogine, Ilya. *Order out of Chaos: Man's New Dialogue with Nature*, Boulder (CO), New Science Library, 1984.
- Robson, William. « Will the Boomers Bust the Health Budget? A C. D. Howe Institute Report ». Document présenté à la Rencontre annuelle de l'Institut canadien des actuaires, Toronto, 18 juin 2001.
- Rock, Allan. « Notes d'allocation pour la 131^e Assemblée annuelle de l'AMC ». Texte présenté à la 131^e Assemblée annuelle de l'AMC, Whitehorse, T.N.-O., 7 septembre 1998.
- Rosenberg, Tina. « Look at Brazil », *New York Times Magazine*, 28 janvier 2001, p. 26-54. Disponible sur le site www.accessmed-msg.org/msf.accessmed/accessmed2.nsf/iwpList4.
- Stacey, Ralph. *Managing the Unknowable*, San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
- Taylor, M. G. *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1978.

- Walbran, Shannon. « The Dance Against AIDS in Brazil », 1998. Disponible sur le site www.changemakers.net/journal/98november/walbran.cfm: Changemakers.net Journal.
- Waldrop, M. Mitchell. *Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos*, New York, Simon and Schuster, 1992.
- Wheatley, Margaret J. *Leadership and the New Science: Learning About Organization from an Orderly Universe*, San Francisco, Berrett-Koehler, 1992.
- Zimmerman, B. « Complexity Science: A Route Through Hard Times and Uncertainty », *Health Forum Journal*, mars-avril 1999, p. 42-46.
- Zimmerman, B., C. Lindberg et P. Plsek. *Edgework: Insights from Complexity Science or Health Care Leaders*, Irving (TX), VHA Inc., 1998.
- Zohar, A. et G. Morgan. « Achieving Quantum Change Incrementally: Schulich School of Business Working Paper », Toronto, Université York, 1995.