

Le pouvoir, les incitations, la confiance

Pourquoi les politiques de santé sont-elles si difficiles à mettre en œuvre ? Quel doit être le rôle du pouvoir politique ? Comment obtenir l'adhésion des acteurs aux propositions de réforme ?

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 69.

Pierre-Gerlier Forest
Ph. D., expert scientifique en chef,
titulaire invité de la chaire G. D. W.
Cameron, Santé Canada

Le rapport Lalonde de 1974 était porteur d'une nouvelle perspective, fondée sur une vision globale de la santé humaine connue sous le nom d'approche des « déterminants » : un idéal où l'intégration des pratiques, la continuité des soins et l'étendue des services offerts permettaient de venir à bout des inégalités de santé [45]. La mise en œuvre de cet idéal a été tentée un peu partout, grâce au double relais de la charte d'Ottawa et des prises de positions des organisations internationales, notamment l'OMS. Trente ans plus tard, le bilan est partagé, sans être négatif. Aucun pays ne peut prétendre que son système de santé réalise les objectifs du rapport Lalonde. Mais on s'en approche bien, ici ou là, grâce à un long processus d'ajustement et surtout, d'apprentissage.

L'influence des politiques

Le rapport Lalonde reconnaissait l'influence primordiale des politiques publiques sur la santé d'une population. Cela semble si évident aujourd'hui qu'on mesure mal le caractère novateur de cette idée. La découverte était pourtant remarquable : de l'affirmation que la santé ne se limitait pas aux soins médicaux découlait que la politique de santé ne s'arrêterait pas non plus à l'organisation des soins et des services, fussent-ils orientés vers la prévention. Il fallait désormais passer au crible chaque intervention gouvernementale, de la politique fiscale à la politique agricole, pour en soupeser les effets sur la santé. Il fallait surtout inventer des instruments qui permettent d'agir efficacement sur les déterminants, dans le but de réduire les inégalités à la source.

Or, pendant longtemps, on a cru qu'il

existait un lien univoque et simple entre un déterminant et un instrument de politique. Pour changer les habitudes de vie, par exemple, on suggérait l'usage massif et systématique de la « persuasion », ce qui nous a valu nombre de campagnes d'information et de promotion. On ne voyait pas d'autre cible, pour la recherche, que le substrat biologique des états de santé, créant du même souffle un déficit important dans nos connaissances sur les organisations et les systèmes chargés de prendre en charge les avancées scientifiques et techniques. Les réformes des services de santé furent imposées à des professionnels et à des usagers que nul ne prenait le soin de former ou d'informer, sous le prétexte qu'on savait ce qu'il fallait faire et qu'il suffisait donc d'agir pour réussir. On usa peu des lois et de la réglementation, se bornant à intervenir quand menaçait un risque évident et attesté.

En réalité, la pratique était plus complexe que ne le prévoyait une théorie encore un peu fruste. Certains instruments avaient des effets multiples, permettant de cibler non pas un, mais plusieurs déterminants du même souffle. Le recours généralisé à la régionalisation de l'action sanitaire et sociale est indissociable de cette découverte, qui fait maintenant comparer la régionalisation à un « couteau suisse » de la politique de santé. On réalisa aussi que la maîtrise des interactions entre différents instruments n'allait pas de soi et ne se limitait jamais à une simple addition — dans quelques cas limites, comme on l'a vu à des moments de l'histoire de la lutte antitabagique, l'effet combiné de deux instruments pouvait s'annuler et même, chez certains groupes, produire des résultats contraires aux attentes. On réalisa

enfin que le choix et l'usage des instruments de politique ne pouvaient pas être abandonnés à la bonne volonté des acteurs de santé publique, mais exigeaient des mécanismes de gouvernance appropriés, faisant une large place à l'expression du leadership politique, y compris dans l'appréciation des risques.

Une fois encore, on peut voir cette idée comme une évidence, mais il y a trente ans, le point de vue dominant tenait la politique pour un obstacle au bon progrès de la santé publique. Chaque initiative avortée, chaque échec, chaque réforme ratée étaient mis au compte d'une « intervention politique », réputée avoir troublé la bonne marche d'un projet guidé par la meilleure expertise. Dans un monde où l'on rêvait de changement « planifié » et de consensus « large », la politique était spontanément associée au désordre et aux divisions sociales, quand ce n'était pas tout simplement à une sorte de vaste conspiration des ignorants contre la raison. Or dans bien des cas, il en fut tout autrement : seul le pouvoir politique était à même de briser les barrières professionnelles, de déborder les habitudes bureaucratiques, de viser au cœur de puissants groupes d'intérêt. Même le public avait besoin parfois d'être bousculé ou d'être placé devant des choix difficiles, qu'il aurait spontanément évités [24].

Bien faire et comment ?

Un détour par la théorie des organisations peut nous donner des moyens de tirer profit de l'expérience acquise [3]. La conscience des dimensions politiques de l'action sanitaire devrait ainsi se traduire par une approche plus directe des phénomènes de pouvoir. Il importe aussi de rechercher les incitatifs qui pousseront les acteurs à accompagner le changement plutôt qu'à s'y opposer. On s'intéressera enfin à la question de la confiance, sans laquelle l'action collective est vouée à l'impasse. Car il ne suffit pas d'appeler au leadership des élites politiques ; il faut aussi qu'elles soient écoutées et suivies...

À l'inverse du point de vue traditionnel, hostile à la politique, l'approche nouvelle encourage donc l'expression du pouvoir à tous les niveaux du système de santé. La dévolution des responsabilités vers de nouveaux centres d'autorité est d'ailleurs une tendance universelle — les régions, par exemple, mais cela va jusqu'aux unités de soins dans les organisations de santé. Cette dévolution amène pourtant son lot de paradoxes et de complications [25]. Ainsi l'expérience a montré qu'une décentralisation réussie requiert un pouvoir central fort, capable de briser les résistances et de contrer

les forces centralisatrices : on n'accorde pas la dévolution des pouvoirs, on l'impose, dans le pays et dans l'hôpital ! Quant au changement lui-même, il est vrai qu'il se produit volontiers dans des structures plus petites et dont l'environnement limité est plus facile à maîtriser, mais en revanche, il se diffuse alors moins aisément et s'expose donc à être éphémère.

Considérons aussi la question des incitatifs. Longtemps on a cru que les acteurs obéissaient à des motivations assez simples, parmi lesquelles figuraient au premier chef les questions d'argent. Mais les patients, les professionnels de la santé ou même les administrateurs ne sont pas des êtres moins complexes que les lecteurs de cette publication. Ils répondent donc à un large spectre d'incitations, parmi lesquelles les considérations économiques cèdent le pas à d'autres préoccupations : la générosité, la solidarité, la curiosité, l'inquiétude face à l'avenir, la quête de résultats tangibles, le sentiment qu'un comportement donné devrait être sanctionné. Dans cette optique, inventer des façons de faire moins simplistes et moins brutales pourrait bien faire toute la différence dans les efforts de mobilisation entrepris par les pouvoirs publics.

Une fois réformées les structures et définis les nouveaux incitatifs, un problème pourrait continuer à paralyser les efforts de transformation du système de santé. Tant de promesses d'amélioration ont été trahies dans le passé qu'il ne faut pas en vouloir aux professionnels ou à la population de ne pas s'enthousiasmer pour le dernier virage à la mode. De plus, dans le public, la méfiance est nourrie par ce qu'il faut bien appeler de l'incompétence ou de la négligence. Partout où l'évaluation a été possible elle a révélé des écarts dans la qualité des soins et la sécurité des patients, et ce, indépendamment des ressources matérielles ou humaines disponibles. On peut aussi mentionner l'hostilité à peine voilée que manifestent certains ordres professionnels à l'égard de tous ceux qui se mêlent de leur demander des comptes ; dans une culture politique qui se passionne pour la transparence et l'ouverture, c'est pourtant une mauvaise façon de se faire des amis ou des alliés.

La confiance peut revenir. Elle suppose des engagements crédibles et des services dont la qualité clinique est attestée par des moyens modernes, mis en œuvre à grande échelle — des comparaisons systématiques, des analyses scientifiques, des audits sans complaisance. Elle demande l'adhésion des responsables politiques et administratifs à ce qu'on appelle une éthique de réciprocité, dans laquelle les comportements

attendus des patients ont une contrepartie exacte en matière d'information et d'imputabilité. Certains éthiciens, notamment dans le monde anglo-saxon, n'hésitent pas à parler ici d'une éthique de « canot de sauvetage », pour marquer l'obligation faite à tous de se soumettre aux mêmes règles et de partager ensemble les conséquences de toute décision.

La confiance peut revenir. Mais elle repose en dernière instance sur le consentement actif de la population. Il s'agit de l'accord qui vient en réponse à l'engagement des gouvernements de changer les politiques, les responsables administratifs et les façons de gouverner, si telle est la conséquence de la participation publique. Par une sorte de vice de fonctionnement dans nos démocraties, nos dirigeants cèdent plus volontiers aux sautes d'humeur de l'opinion publique qu'aux demandes sagement pesées issues des consultations. Des centaines d'expériences ont montré de manière probante qu'il est possible de fonctionner d'une autre manière et qu'un consensus profond et durable peut en résulter.

Un dernier mot

Dans le contexte qui vient d'être évoqué, de nouvelles sortes de ressources politiques et sociales deviennent importantes pour assurer la participation de tous à l'avenir de nos sociétés. Une redistribution de l'autorité et une inscription claire du principe de solidarité dans nos institutions devraient assurer la pérennité d'une certaine forme d'équité. Le fonctionnement démocratique est pour sa part plus menacé, car la méfiance et l'insécurité (réelle ou perçue) n'encouragent pas la participation. Le caractère central des programmes et des systèmes de santé dans le contrat social, qui définit nos sociétés libérales, nous crée l'obligation de mettre tout en œuvre pour utiliser les leviers disponibles pour briser la méfiance et pour rassurer les citoyens sur leur avenir.

Réciproquement, il est utile de rappeler aux dirigeants politiques et aux responsables économiques que l'autorité qu'ils exercent n'est rien si le tissu social se défait et si les conflits entre groupes d'âge, entre groupes sociaux ou entre groupes ethniques en viennent à mettre en cause le fonctionnement des institutions. La santé en ses multiples aspects joue ici à son tour le rôle d'un déterminant. C'est d'ailleurs ce qu'avait pressenti Marc Lalonde dans le rapport qui porte désormais son nom : « *La santé est l'assise du progrès social. Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement partie de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé.* » 🌿