

Y A-T-IL DES NORMES D'ALLOCATION DES EQUIPEMENTS COUTEUX EN MILIEU HOSPITALIER?

par Guy ROCHER*

Cet exposé est basé sur une recherche en cours dans les hôpitaux du Québec, qui a porté sur les règles créées pour régir l'acquisition et l'utilisation des équipements coûteux, à travers les mécanismes de la prise de décision. La notion de rationalisation s'est avérée centrale; c'est d'elle qu'émergent diverses règles. Trois types de règles, juridiques ou non juridiques, ont été identifiés: des règles constitutionnelles, procédurales et substantives. Une attention particulière a été portée aux principaux producteurs de ces normes, qui sont du même coup les producteurs et les porteurs de la culture gestionnaire dans les hôpitaux: les administrateurs, les ingénieurs biomédicaux. On analyse certaines fonctions manifestes et latentes des règles dans le fonctionnement de l'hôpital. En conclusion, on identifie certaines limites de la justice de procédure et ce qui distingue celle-ci de la justice distributive.

This paper is based on a research project which is now being pursued in the Quebec hospitals, the topic being the rules which are produced to rule the acquisition and use of costly equipment, through the decision-making process. The notion of rationalization has proved to be central, as one main source of rules. Three types of legal and/or non-legal rules have been identified: constitutional, procedural and substantive rules. A special attention has been brought to the main producers of norms, who happen to be the producers and bearers of the management culture in the hospitals: the administrators and the biomedical engineers. Some manifest and latent functions of the rules in the functioning of the hospitals have been especially analyzed. To conclude, some limitations to procedural justice are identified and the distinction between procedural justice and distributive justice is made explicit.

*. Professeur au Département de sociologie et au Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal.

SOMMAIRE

La rationalisation et ses règles	221
Les producteurs des règles	223
Les règles «spéciales»	224
Les fonctions des règles	225
L'assimilation de la culture gestionnaire	227
Justice de procédure et justice distributive	228

Depuis près de deux ans, je fréquente assidûment les hôpitaux du Québec. Pas comme médecin bien sûr, ce que je ne suis pas, ni comme patient, grâce à Dieu pas encore, mais comme chercheur. Je suis engagé depuis près de deux ans dans un projet de recherche avec une équipe interdisciplinaire¹. Projet de recherche qui nous a amenés à interviewer un grand nombre de médecins, administrateurs, ingénieurs, infirmiers et infirmières dans les hôpitaux du Québec. Ce projet porte sur l'analyse des normes qui régissent l'acquisition et l'utilisation des équipements coûteux dans les hôpitaux du Québec. Ce qui nous intéresse en particulier, c'est de cerner de quelle manière se prend la décision dans l'acquisition de ces équipements coûteux. Quelle est la source des décisions? Quelle en est la démarche? Et quels sont les moments chauds de la prise de décisions?

La rationalisation et ses règles

Ce qui nous frappe au départ, c'est qu'il y a une notion que l'on entend constamment dans toutes les entrevues que nous faisons. C'est la notion de rationalisation. Il n'y a à peu près pas d'interviewé qui n'a pas employé à plusieurs reprises les expressions «que l'on rationalise, il a fallu rationaliser, nous devons rationaliser».

Cette notion, elle est vraiment clé. Et elle est employée autant par ceux qui sont favorables à la rationalisation que par ceux qui ne le sont pas. Sous la notion de rationalisation, on met, d'après ce que nous pouvons voir, différentes choses. On y trouve d'abord l'idée qu'il y a une rareté de ressources par opposition à une infinité de besoins. Il y a ensuite la notion que les ressources seront dans l'avenir encore plus limitées et les besoins encore plus grands. Il y a également l'idée que depuis trente ans la médecine coûte de plus en plus cher, particulièrement à cause de l'équipement. Enfin, l'idée qu'à une certaine époque mythique, que l'on peut dater, il n'y avait pas de rationalisation. Dans la perspective de ceux qui nous en parlent, au-delà de dix ans, c'est à peu près la période de temps qui devient mythique, c'était le règne de l'arbitraire. Il y a dix ans, il n'y avait pas beaucoup de rationalisation, nous dit-on; il y a dix ans, il n'y avait pas de problème des ressources comme aujourd'hui; il y a dix ans, c'était «au plus fort la poche», comme on nous dit aussi dans certaines

1. Cette équipe est composée des chercheurs suivants: Guy Bourgeault, Yves Brillon, Thérèse Leroux, Patrick Molinari, Guy Rocher. Pierrette Mulazzi en fait partie comme agent de recherche. Y participent également ou y ont participé, des étudiant(e)s de 2e et 3e cycle, en sociologie et en droit: Marie Bernard, Louise Bouchard, Geneviève Daudelin, Martine Isabelle Forest, Caroline Larue, Magali Lewis, Louis Machabée, Nicole Roy, Khatoune Temisjian.

entrevues. Depuis dix ans, nous sommes engagés dans la rationalisation.

Rationalisation veut dire aussi autre chose, car pour rationaliser il faut faire des règles, des normes. Le principe de la rationalisation, c'est précisément de s'appuyer sur une normativité, des critères, des standards, des normes, des règles. C'est vers ces règles précisément que nous sommes allés. Non pas exclusivement les règles juridiques, dont vient de nous parler Madame Lajoie, mais les règles qui se font au jour le jour dans un hôpital, qu'elles soient juridiques ou non. C'est un problème de distinguer ou de discriminer ce qui, dans les règles que nous analysons, est proprement juridique au sens strict du terme et ce qui est en dehors du champ juridique. Je n'aborderai pas ce problème aujourd'hui.

Il y a particulièrement trois types de règles que nous avons observées. Tout d'abord, des règles que l'on peut appeler constitutionnelles, c'est-à-dire ces règles qui ont comme objet, par exemple, la création d'un comité, tel le comité de l'équipement, et qui vont préciser le statut de ce comité dans l'hôpital. A qui répond le comité? Est-ce que c'est au D.G., au D.S.P., au conseil d'administration? Par quelle voie ses propositions, ses recommandations ou ses décisions sont-elles acheminées et vers qui? Est-il décisionnel ou consultatif? Et quelle est la composition de ce comité? Comment les membres en sont-ils nommés? Voilà ce que l'on peut appeler du droit constitutionnel. Généralement, semble-t-il, ces règles sont assez juridiques. Elles viennent du conseil d'administration qui, par son pouvoir délégué, va créer un organisme doté d'un caractère officiel juridique.

Deuxième type de règles, les règles procédurales qui disent, par exemple, comment est convoqué le comité en question. Qui le convoque? De quelle manière, est-ce verbalement, par écrit? Qui préside les séances? Qui tient un procès verbal? Comment se fait la délibération? Et comment se prend la décision, y a-t-il vote? En général, ces règles nous ont paru assez floues. Il ne nous semble pas y avoir de règles très précises. Il y a un côté assez informel dans ces règles de procédure.

Troisième type de règles, les règles substantives, celles qui nous disent, par exemple, comment doit-être présenté un bon dossier si l'on veut que la demande soit bien reçue et si elle a quelque chance aussi de passer. Par exemple, comment faire la preuve qu'un équipement est maintenant désuet? Ou comment montrer qu'un nouvel équipement ou une nouvelle génération d'équipement a été évaluée? Par qui?

Comment? Ou encore, faire la preuve que ça ne coûtera pas plus cher avec ce nouvel équipement, ou même que l'on va économiser en achetant tel nouvel équipement. Quel espace sera nécessaire, quel personnel pourra travailler avec cet équipement ou quel personnel sera nécessaire? C'est ce que nous appelons les règles substantives de la composition du dossier.

Si l'on revient à l'interrogation inscrite dans le titre de ma conférence: «Y a-t-il des normes d'allocation des équipements coûteux en milieu hospitalier?», la réponse est claire: Oui, il y a des normes. Elles sont là, nous les avons touchées. Elles sont parfois formelles, parfois floues, souvent informelles. Mais il semble que même si les normes ne sont pas formulées, elles sont dans l'esprit de ceux qui nous répondent.

Partant de cette constatation, la question que nous nous sommes posée est la suivante: qui fait ces règles? Car nous nous intéressons au droit dans sa perspective globale, notamment à la production du droit. Ici, il s'agit peut-être de droit et de non-droit à proprement parler. Peu importe. L'essentiel est de retracer qui fait les règles.

Les producteurs des règles

Il nous a semblé qu'il y avait certains producteurs de règles bien précis dans le milieu hospitalier. Il y en a deux en particulier, deux nouvelles professions dans le milieu hospitalier, qui sont particulièrement productrices de règles. La première, c'est celle des administrateurs, plus précisément les administrateurs patentés, c'est-à-dire ceux qui ont été formés à l'université en administration de la santé, dans une école d'administration, à l'École des HEC, et qui, par un parcours quelconque, sont devenus administrateurs dans un milieu hospitalier.

L'administrateur appartient à cette nouvelle profession qui a déplacé les religieuses d'autrefois. Pour la plupart, ces administrateurs ne sont pas des médecins, ce sont des professionnels de l'administration. Comme professionnels de l'administration, ils sont particulièrement doués pour travailler avec des règles. Ils possèdent l'expertise, ils ont le «know how» des règles, ils savent comment «normer» l'organisation d'une entreprise, quelle qu'elle soit. Celle-ci peut être une université ou toute autre entreprise de production et de services, aussi bien qu'un hôpital. Où qu'il soit, le bon administrateur, c'est celui qui sait produire les bonnes règles et les bien utiliser dans la gestion des ressources matérielles et humaines de son entreprise.

Et la deuxième profession productrice de règles, c'est celle des ingénieurs biomédicaux. Cette nouvelle profession est composée de physiciens ou d'ingénieurs, qui se sont spécialisés dans la connaissance de l'équipement médical et qui sont devenus des experts de la question. De plus en plus, ces nouveaux professionnels se répandent dans les hôpitaux. Certains hôpitaux ont été plus accueillants que d'autres. Là où ils sont installés, les ingénieurs biomédicaux et ceux qui font partie du service du génie biomédical sont des producteurs de règles. Et cela tout simplement parce que leur spécialité, c'est précisément la connaissance des bons standards de l'équipement. Ils savent où est le bon équipement; ils savent quel équipement est meilleur que l'autre. Ils sont en contact avec les producteurs. Ils sont même invités à faire des séjours chez eux pour comprendre la nouvelle génération d'équipements. Ils viennent bien souvent remplacer le médecin qui autrefois recevait les vendeurs. Maintenant, et le vendeur et le médecin ont un grand concurrent, c'est cet ingénieur qui connaît l'équipement parfois bien mieux que le vendeur, et souvent bien mieux que le médecin.

Dans les hôpitaux, nous observons que c'est ce service de génie biomédical qui fait surtout les règles substantives dont je parlais tout à l'heure. C'est l'ingénieur qui va dire au médecin comment il faut préparer un bon dossier, quelles règles il faut suivre, quels standards il faut invoquer pour mettre les chances de son côté. L'ingénieur est aussi très près des administrateurs. Dans beaucoup d'hôpitaux, nous avons observé une grande complicité entre l'ingénieur et l'administrateur. L'ingénieur sera le conseiller constant de l'administration, il aura une ligne directe de communication avec le D.G. Celui-ci comptera beaucoup sur l'ingénieur pour clarifier des choses, d'autant plus que ce département de génie a fait réaliser d'importantes économies à l'hôpital car l'hôpital maintenant ne contracte plus l'entretien de ces équipements à l'extérieur. C'est ce département qui fait tout le travail d'entretien et de réparation de l'équipement.

Les règles «spéciales»

Il y a trois règles sur lesquelles je voudrais maintenant revenir. Elles sont très importantes, mais elles sont beaucoup plus cachées, comme règles, que les précédentes. Ce sont trois règles de procédure, mais qui ne font pas partie des règles habituelles de procédure dont on nous parle, bien qu'elles soient d'une grande puissance. Ce sont des règles que j'appelle «spéciales» de procédure. La première, c'est la règle de la participation, qui veut que, quand on doit acheter un nouvel équipement, ou même régulièrement ou chaque année, tous les médecins dans chaque département soient appelés à faire état des

besoins de leurs disciplines, de leurs spécialités, à établir les priorités du département. Une fois que les médecins se sont entendus entre eux, leurs demandes vont monter à une rencontre des chefs de département, puis aux réunions du comité d'équipement, etc... On a ainsi fait participer tout le monde. Le grand principe derrière ça, vous le connaissez, c'est la démocratie dans l'hôpital. Plus la participation est étendue, plus la décision, dit-on, aura été prise d'une manière démocratique. Et ainsi, on sera arrivé à une décision supposément acceptable pour tous.

La deuxième règle spéciale de procédure, c'est la règle du consensus. Non seulement doit-il y avoir participation, mais consensus le plus possible. Par exemple, des D.G. vont nous dire: «Moi, vous savez, je dis aux médecins: entendez-vous entre vous, vous savez ce que vous voulez, vous connaissez vos besoins. Si vous vous êtes entendus entre vous, je m'engage à porter vos demandes directement au conseil d'administration sans les modifier». C'est une règle importante que le D.G. impose ainsi, parce que c'est une règle d'efficacité; elle est définie explicitement comme telle par le D.G.

La troisième règle spéciale de procédure, c'est la règle que l'on peut appeler «chacun son tour». C'est la règle qui veut que cette année, dans la négociation, on accepte que ce soit votre tour, puis l'année prochaine vous accepterez que ce sera notre tour. La règle du chacun son tour établit ce que des médecins ont appelé la «paix médicale» dans l'hôpital. En d'autres termes, même si un équipement est bien plus désuet qu'un autre, il importe, pour assurer la paix entre médecins, entre départements, que l'on respecte la règle du chacun son tour. Et cette règle-là, nous avons pu voir qu'elle est très puissante dans les délibérations et dans le fonctionnement des demandes.

Les fonctions des règles

L'ensemble des règles, y compris évidemment ces trois règles spéciales, ont d'importantes fonctions dans l'organisation et la marche de l'hôpital et en particulier en ce qui concerne l'acquisition des équipements.

Elles ont ce que les sociologues appellent des fonctions manifestes et des fonctions latentes. Les fonctions manifestes sont assez évidentes. Ce sont des fonctions visibles, aisément identifiables. Je dirais qu'il y a deux fonctions manifestes importantes. Premièrement, c'est à travers ces règles que se fait la gestion d'une économie de la rareté dans un hôpital. Deuxièmement, c'est grâce à ces règles que règne un certain ordre dans le fonctionnement des demandes

et dans la gestion de l'hôpital. C'est grâce à ces règles qu'il y a, si vous voulez, absence d'arbitraire, absence d'injustice grave. C'est grâce à ces règles qu'on échappe aux péchés mortels d'une mauvaise administration, tels que le népotisme ou le favoritisme évident, dont on dit qu'ils existaient il y a dix ans et plus.

Mais les fonctions latentes nous paraissent plus importantes. Les fonctions latentes, ce sont des fonctions que l'on voit moins, qui sont moins visibles. Il y en a trois que je voudrais indiquer. La première, c'est ce que j'appellerais la fonction d'acculturation. J'emploie ici un terme qui vient des anthropologues, qui ont étudié des sociétés dont les membres ont été mis à un moment donné en contact avec une nouvelle culture, une nouvelle société, d'autres règles et qui ont progressivement intériorisé ces règles, les ont assimilées, pour une partie en tout cas. Ces observations ont été surtout faites dans les sociétés soumises à la colonisation. Les indigènes, les autochtones de ces pays s'acculturent à la nouvelle culture du colonisateur. Eh bien, dans l'hôpital il se produit, grâce aux règles que j'ai décrites, un phénomène d'acculturation des médecins, disons plus largement du personnel médical: acculturation à la gestion, à la culture gestionnaire. Les médecins sont un peu comme les indigènes de l'hôpital, si j'ose dire; ils y sont depuis longtemps, tandis que les administrateurs y sont arrivés un peu comme des colonisateurs de l'hôpital, ils y sont arrivés avec leur droit à eux, comme les colons britanniques ou portugais ou français sont arrivés avec leur droit. Et progressivement, ils ont imposé leurs règles, comme les colons britanniques, portugais, français ont imposé leurs règles. Les gestionnaires, les administrateurs et maintenant les ingénieurs biomédicaux acculturent ainsi les médecins, les infirmières à la culture gestionnaire de l'hôpital, c'est-à-dire à ces ensembles de règles qu'il faut respecter. Même si on a fait le serment d'Hippocrate, il faut accepter, par exemple, que la règle «chacun son tour» est efficace et on la respecte, bien qu'il semble qu'elle aille peut-être parfois à l'encontre du serment d'Hippocrate.

La deuxième fonction latente consiste à faire accepter la gestion de l'économie de rareté, en faisant accepter la rareté comme une dure réalité. Je veux dire par là que la rareté des ressources est généralement présentée comme un fait, une réalité incontournable. On omet de dire que la rareté est un concept relatif et construit: ainsi, quand des hommes politiques affirment qu'«il n'y a pas d'argent», il faut comprendre qu'ils se refusent à aller en chercher davantage par des taxes, des impôts, des emprunts. Car c'est bien important pour une administration de faire accepter la rareté comme une rareté réelle, qu'elle soit réelle ou non, peu importe. Et même de créer une certaine satisfaction de ce que l'on a obtenu malgré la rareté!

Et troisième fonction latente qui est liée à la deuxième que je viens d'évoquer, c'est le sentiment que, lorsque les règles sont connues, lorsqu'elles sont suivies, lorsqu'elles sont transparentes, la justice règne. Au bout du compte, on a atteint une certaine justice. C'est la justice que l'on peut appeler de procédure, c'est-à-dire la justice qui consiste à dire que, lorsque les règles sont bien connues et qu'elles sont bien appliquées, ce qui en sort au bout du compte, c'est le «Due process of law» qui l'a voulu et le «Due process of law» a comme fonction de produire la justice.

L'assimilation de la culture gestionnaire

Tous les médecins, toutes les infirmières ne subissent pas l'acculturation au même degré. Il y en a, comme dans toute société colonisée, qui sont plus colonisés et d'autres moins. Il y en a qui résistent à la colonisation et d'autres qui intègrent ou qui assimilent la culture du colonisateur. Dans les hôpitaux, nous avons pu constater qu'il y a une polarité de médecins. Il y a des médecins qui ont bien intégré, bien assimilé la culture gestionnaire et ils sont devenus les porte-paroles d'une bonne gestion. Généralement, ce sont des médecins qui appartiennent à la catégorie de ceux que nous appelons les gros consommateurs d'équipements. Il se trouve comme par hasard que ce sont eux qui font le plus de demandes et qui ont évidemment le plus à recevoir. C'est, par exemple, le représentant de la radiologie ou de la chirurgie cardiaque dans certains hôpitaux ou de quelques autres chirurgies importantes. Eux, ils ont appris à bien présenter des dossiers, parce que ce qu'ils ont à demander est gros, c'est de l'ordre de 300 000 dollars, 500 000 dollars, et ça revient souvent. Ils ont développé une expertise dans la présentation des demandes. Ils ont aussi plus facilement accès à la procédure, ils la comprennent mieux, si bien qu'un bon directeur de département de radiologie doit être bien intégré à la structure gestionnaire; sans cela, il ne réussira pas très bien, son département va péricliter. Par ailleurs, il y a ceux qui sont peu acculturés, ce sont généralement des médecins qui sont loin de l'équipement, par exemple en médecine communautaire, médecine familiale, en psychiatrie. Ceux-là n'ont pas voix au chapitre, souvent ils ne sont même pas représentés au comité de l'équipement. Si bien que leur pauvre petite demande de 2 000 dollars ou de 5 000 dollars a si peu d'importance qu'elle passe pratiquement inaperçue; les gros achats ont occupé toute l'attention et vidé la caisse. Il n'est donc pas étonnant que des médecins qui sont de petits consommateurs d'équipements coûteux soient plus critiques que les autres. Ce sont eux, par exemple, qui vont critiquer ce qu'ils ont appelé la technicisation de la médecine moderne. Ou qui vont s'inquiéter de la formation des jeunes médecins,

trop formés aux techniques et à l'équipement et plus assez aux diagnostics que le médecin peut faire sans tous ces équipements. Ce sont eux aussi qui vont être les plus critiques des administrateurs, qui vont dire de ceux-ci qu'ils ne connaissent rien de la médecine, que la bureaucratie s'est installée dans l'hôpital et ressemble à la bureaucratie du gouvernement. Ce n'est généralement pas le cardiologue, ni le radiologue qui va nous tenir ce discours, c'est le psychiatre ou le médecin de médecine communautaire. Si bien que lorsque nous entrons dans un nouvel hôpital, il nous apparaît d'abord comme une unité, un système. Mais bientôt nous nous rendons compte qu'un hôpital, c'est une famille, c'est-à-dire un milieu conflictuel. Comme toute bonne famille, l'hôpital connaît des conflits: conflits entre administrateurs et certaines catégories de médecins, conflits entre certains médecins et d'autres groupes de médecins, conflits entre les médecins et les infirmières qui sont souvent très critiques de la pratique médicale qu'elles voient.

Au total, les règles ont donc d'importantes fonctions. Non seulement régissent-elles l'établissement, mais elles régissent la culture de l'établissement, l'esprit de l'établissement. Elles sont le fondement d'une certaine mentalité. Par ailleurs, les règles contribuent à discriminer aussi dans l'établissement entre ceux qui sont intégrés à une culture gestionnaire et ceux qui restent en marge de cette culture gestionnaire. Elles servent aussi à minimiser et à résoudre les conflits.

Justice de procédure et justice distributive

Un dernier mot pour conclure. La justice de procédure que j'ai invoquée tout à l'heure doit évidemment être considérée comme un acquis important. Elle correspond dans un hôpital à ce que l'on appelle pour la société globale un état de droit. C'est cette justice de procédure qui assure qu'il y a en effet de bonnes règles, qu'elles sont bien suivies et qu'on peut les modifier s'il arrive qu'elles créent des énormités ou des aberrations. Mais ce qu'il faut par ailleurs bien souligner, c'est que la justice de procédure n'aboutit pas nécessairement à des décisions justes. Derrière cette justice de procédure se profilent des injustices, parce qu'elle comporte des irrationalités ou des non-rationalités. J'en indique trois. Premièrement, j'ai dit tout à l'heure que les gros consommateurs d'équipements sont beaucoup plus maîtres de l'expertise nécessaire en matière de procédure que les petits consommateurs. Ce qu'il faut toujours voir dans une procédure, c'est que les parties ne sont pas égales. Il y a des rapports de force, dans un hôpital comme ailleurs, qui font qu'il y a des médecins, des départements qui ont plus de poids que d'autres, qui ont plus accès aux règles que d'autres, aux connaissances nécessaires dans la procédure

que d'autres. L'inégalité des rapports de pouvoir est évidemment de nature à engendrer des injustices, même au terme d'une bonne procédure. Deuxième facteur de non-rationalité, le fait que parfois le prestige de l'hôpital compte aussi dans la prise de décision, de même que la concurrence entre hôpitaux. Il y a des régions que je ne nommerai pas où il y a trois ou quatre hôpitaux et il règne une certaine complémentarité mais aussi une concurrence très vive entre ces hôpitaux. Concurrence, par exemple, pour attirer les jeunes spécialistes qu'il faut absolument avoir, parce que c'est vital pour les hôpitaux de région de recruter des spécialistes, surtout quand on sait qu'ils n'y restent pas longtemps. Et alors, la concurrence entre les hôpitaux vient très souvent interférer dans les règles de procédure, dans la justice de procédure et créer ainsi des déséquilibres dans les décisions. Troisième facteur qui peut fausser la rationalité, il arrive que les jeux politiques, les hommes politiques ont quelque influence. Quand un député est en même temps un ministre, ça aide beaucoup; si sa femme est en même temps infirmière, médecin ou administrateur dans l'hôpital, c'est quelque chose que l'on peut utiliser avec succès. S'il y a de la parenté dans l'hôpital qui est près du pouvoir politique, ça aide aussi. C'est normal, mais ça ne fait pas partie de la même rationalité que la rationalité de la justice de procédure.

Ces dernières considérations m'amènent à conclure qu'il y a finalement une distinction importante qu'il faudrait faire, nous semble-t-il, entre l'acquis de la justice de procédure et la justice distributive. Celle-ci relève d'un autre esprit, elle est une autre forme de justice. La justice distributive veut donner à chacun selon ses besoins et selon son aptitude à utiliser ce qu'on va lui donner. Ainsi définie, la justice distributive ne se réalise pas nécessairement dans la justice de procédure; une autre réflexion s'impose pour passer de la justice de procédure à la justice distributive. Et comme nous ouvrons la porte de la philosophie, je m'arrête là, parce le sociologue ne doit quand même pas se mettre à philosopher devant un auditoire comme le vôtre!