

3.3. Les soins d'aujourd'hui ne sont-ils que des systèmes organisés ?

Michèle St-Pierre

DANS **PRENDRE SOIN SAVOIRS, PRATIQUES, NOUVELLES PERSPECTIVES 2013**, PAGES 185 À 196
ÉDITIONS **HERMANN**

ISBN 9782705687120

DOI 10.3917/herm.chagn.2013.01.0185

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/prendre-soin--9782705687120-page-185?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Hermann.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les soins d'aujourd'hui ne sont-ils que des systèmes organisés ?

MICHÈLE ST-PIERRE

Graduellement, au fil des développements de la modernité, les soins se sont davantage centrés sur les activités organisées et institutionnalisées. La diffusion de l'activité rationnelle, scientifique et technocratique, l'importance accordée au travail et à l'organisation de la production, ainsi que la prolifération des règles de droit deviennent les bases sur lesquelles les soins s'établissent afin de répondre aux impératifs de l'intérêt général. Dans ce cadre, les soignants se professionnalisent. Les médecins organisent leurs activités cliniques autour des interventions diagnostiques et thérapeutiques grâce à l'acquisition d'une qualification qui leur confère une compétence propre reposant sur des bases scientifiques et qui est le fruit d'une formation et d'un apprentissage longs (Benveniste, 1987). Ils sont alors légitimés de prendre des décisions concernant la santé de leur clientèle et d'avoir une autorité certaine sur les ressources et l'organisation du système de soins (par exemple sur le plan de l'hospitalisation, de l'ordonnance médicamenteuse) (Freidson, 1984 ; De Souza, 2001). Les infirmières, pour leur part, combinent des activités de soins thérapeutiques à une relation d'aide aux malades. Elles cherchent à standardiser leurs connaissances afin de se garantir les leviers d'action nécessaires à l'exercice de leurs activités de soins au sein du système de santé (Petitat, 1989).

Par ailleurs, aujourd'hui certains avancent que cette organisation rationnelle des soins ne suffit plus, qu'elle conduit à une surmédicalisation, à une déshumanisation des soins, voire à une incapacité à guérir les gens de certaines maladies (Renaud, 1995). Qu'en est-il ? Peut-on avancer que les pratiques de soins des soignants se réduisent aux institutions qui les soutiennent ?

En fait, c'est à ces questions que s'adresse ce texte, et ce, afin de mieux situer les soins dans la dynamique collective et individuelle qui les alimente. À cette fin, nous verrons en première partie ce que couvre le concept de santé et comment les soins y sont associés. En deuxième partie, nous mettrons en perspective l'inévitable tension entre le double aspect des activités de soins : les soins de production de

masse et les soins individualisés. Enfin, est proposée en dernière partie, une approche apte à appréhender l'inévitable dynamique de coconstitution des soins.

La santé et les soins

La santé traite d'une variété de questions comme en témoignent les multiples origines du mot lui-même. Ce terme couvre aussi bien le fait de bien se porter (racines latines: *salvere*, *sanitas* et racine grecque: *hygiainô*) que celui de guérir (racine latine: *sanescere*), sauver (racine grecque: *sôzô*) ; il est aussi dérivé du mot valeur en tant qu'il représente un certain bien social à privilégier. Ce terme évoque alors, souvent indifféremment, un fonctionnement harmonieux du corps, de l'esprit, de l'affect et du jugement, une condition de vie sociale équilibrée, les obligations des gouvernements et le rôle des politiques publiques (D'Houtaud, 1999). Cette orientation multiforme donnée à la santé est confirmée aujourd'hui par la définition articulée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il est indiqué que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Ainsi, la santé place les composantes biologiques, psychologiques, culturelles et sociales sur le même pied. Le patrimoine génétique, l'estime de soi, la confiance, le stress, les croyances, les valeurs, le mode de vie, les environnements physique, économique et politique deviennent des « déterminants » (Evans, 1996) aptes à permettre d'aborder les vocations dédiées à la santé. Le bien-être, la capacité de bien fonctionner afin d'accomplir efficacement les rôles et les tâches sociales et l'adaptation de l'individu à son milieu environnant ressortent comme les principales missions attribuées à la santé (Pineault et Daveluy, 1995). Étant donné que les attributs individuels et les caractéristiques collectives de la santé sont plus ou moins différenciés, ces vocations posent les questions d'utilité sociale et d'utilité individuelle et par extension celles de bien commun et de bien personnel.

La santé est-elle un bien commun ou un bien personnel? En fait, les économistes eux-mêmes ne réussissent pas à trancher la question. Pour eux, la santé ne rencontre ni les conditions associées à un bien public, ni celles d'un bien privé. La santé est publique en ce qu'elle serait universellement accessible et disponible pour tous et, de ce fait, prise en charge par la collectivité pour assurer son bon fonctionnement, elle est aussi privée, car elle relèverait des choix individuels quant à l'intégrité de la personne en ce qui a trait au respect des valeurs, de la sécurité et des libertés singulières (Lambert, 2000).

Cette ambiguïté entre les aspects public et privé de la santé a eu et a encore aujourd'hui une incidence certaine sur l'articulation des activités de soins au sein du système de santé. Celles-ci semblent se situer, d'une part, au niveau des pratiques et des comportements déployés pour un individu (ou un groupe d'individus) en tant que membre d'un ensemble souffrant d'une affection – un patient ou une popula-

tion – et d'autre part, au niveau des pratiques et des comportements adaptés à l'individu dans sa spécificité personnelle – la personne malade.

La double nature des soins : entre le patient et la personne

Devoir traiter un patient ou une population a fortement incité les soignants à se doter de tâches précises, à élaborer et à adhérer à des structures d'organisation des soins et à permettre une séparation fonctionnelle de leurs interventions (Saillant, 1999) ; c'est là la première nature des soins. La volonté était d'abord de contribuer à enrayer la prolifération des affections, ainsi que la propagation des grandes épidémies de maladies infectieuses.

L'expertise en tant que valeur sociale s'est développée de telle façon que les connaissances se sont standardisées et spécialisées de manière à fractionner les soins en diverses activités reliées à des tâches professionnelles particulières. Une division du travail s'effectue alors entre différents corps professionnels dont les omnipraticiens, les médecins spécialistes et les infirmières. Si la médecine pouvait, dans les sociétés traditionnelles, être définie comme un service lié à l'observation et au traitement des malades, elle devient, dans les sociétés modernes, davantage centrée sur des interventions diagnostiques et thérapeutiques autour d'une activité clinique organisée (Freidson, 1984, Collège des médecins du Québec, 1998). Les infirmières, pour leur part, adoptent des tâches officielles d'assistance, de surveillance clinique, de gestionnaires du service hospitalier et de suivi thérapeutique. Dans ce contexte, les professionnels axent leurs interventions de soins sur la tâche qui leur est attribuée et sur les compétences requises pour les réaliser. L'efficacité du travail, l'égalité des services rendus et la qualité des soins sont les principaux leitmotivs des soignants (Séigny *et al*, 2005 ; Leseman, 2002). La division du travail de soins concourt en même temps à accentuer la défense des champs d'action de chacun face à sa relation privilégiée avec le patient et le contrôle de l'activité pratiquée (Lamothe, 1996).

Parallèlement, les soins sont conditionnés par les structures qui les soutiennent. Globalement, dans les pays industrialisés, un système officiel de santé se construit autour de l'hôpital et des services connexes. Puis, de nouveaux organigrammes, par niveau de responsabilités – soins primaires, secondaires et tertiaires – se développent pour garantir un partage des activités et l'articulation de la complémentarité des attributions (Marier, 1980), et ce, en vue d'assurer une coordination d'ensemble (White, 1992). En fait, il s'agit de rationaliser le système de soins afin de garantir l'efficacité de la prise en charge (Bergeron, 1990). Cette complexification de l'organisation des soins est accompagnée de l'adoption de codes de pratique structurés de la part des soignants, de façon à marquer l'exclusivité des actes cliniques de chacun.

Ces structures contribuent aussi à redéfinir les soins au regard des différents mandats à assumer afin d'en assurer un fonctionnement harmonieux. Pour ce faire,

tout un arsenal législatif est venu asseoir et légitimer les modes d'attribution des soins selon des lieux de pratique précis (établissements publics, cabinets privés, centres d'hébergement), des services particuliers à rendre (prévention, surveillance, réadaptation, éducation, traitement), des programmes et des clientèles à desservir (soins à domicile, santé mentale, enfance et jeunesse). Cette séparation fonctionnelle s'inscrit dans une rationalité qui privilégie « un modèle médico-technique centré sur l'utilisation (des soins) » (Evans, 1984).

Globalement, les soins semblent s'associer à une culture matérielle de production de masse qui est structurée et organisée, afin de s'adresser à des ensembles vus sous l'œil du patient, de la population ou de la communauté.

Toutefois, cette vision est incomplète pour le soignant qui travaille au quotidien. Pour lui, les soins s'alimentent aussi du rapport social dans lequel ils prennent effet. Ce rapport s'ancre dans la rencontre avec la personne malade qui permet d'activer la relation d'aide, l'acte de soigner. Peu importe que les soins s'adressent à un individu ou à un groupe, ils mettent constamment en présence deux ou plusieurs personnes qui ont à interagir, étant donné que le malade n'est pas un réceptacle vide, mais plutôt un sujet apte à décider pour lui-même. Au-delà des techniques, des structures et des fonctions, les soins se bâtissent alors autour des communications, des considérations de l'état du corps et de l'esprit de l'autre, des motivations à donner et à recevoir, du temps à consacrer à la relation et du sens partagé (Saillant, 1999). Ces composantes sont des incontournables pour que les soins prennent toute leur ampleur de telle manière que l'action de soigner s'accomplisse.

Aujourd'hui, c'est dans les grands objectifs phares des systèmes de soins, eu égard à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des soins reçus par la personne, que l'on peut distinguer cette seconde nature des soins, moins visible que la première, mais tout aussi présente. Les soins à donner, et par conséquent les activités des soignants, sont dépendants des contextes individuels dans lesquels ils s'actualisent. En font foi, par exemple, les rôles attribués aux médecins et aux infirmières dans les Groupes de médecine familiale (GMF) québécois qui sont d'« avoir une compréhension globale des problèmes de santé d'une personne » (MSSS, 2009). Pour ce faire, en plus des mesures thérapeutiques, les soins donnés incluent le dépistage des problèmes vécus par la personne, les conseils personnalisés à donner, l'éducation à fournir selon le cas et l'évaluation de la capacité du malade (et de sa famille) à se prendre en charge.

Le double aspect public et privé de la santé conduit donc à devoir considérer à la fois les soins de production de masse et les soins donnés à l'individu dans sa singularité. L'efficacité et l'efficience des interventions dépendraient alors autant de la structuration adéquate des ressources, des solidarités collectives, des compétences organisées et fonctionnelles, que du respect de la vie privée et de la liberté de choix des personnes.

La tension entre soins de production de masse et soins à la personne

Historiquement, l'offre de soins a oscillé entre des comportements de charité à caractère individuel, d'assistance publique, d'accompagnement personnel et de contrat social, créant un mouvement de va-et-vient entre soins de production de masse et soins à la personne. Ce mouvement qui place les deux facettes du soin face-à-face vient d'une tension qui ne peut être résolue, étant donné la double nature qui y est inhérente. Les interventions objectivées aux fins d'utilité sociale viennent se confronter aux soins singuliers, fondés sur des décisions colorées de choix individuels et des valeurs personnalisées, répondant à des impératifs d'utilité individuelle.

Dans la situation sociale actuelle, la tension entre soins de production de masse et soins à la personne ressurgit avec autant d'acuité qu'elle est alimentée par des facteurs économiques, politiques, organisationnels et professionnels.

Au Québec, comme ailleurs dans les pays industrialisés, la situation économique des systèmes de soins est l'objet de préoccupations depuis déjà plusieurs années (Arweiler et Contandriopoulos, 2007). Les dépenses de soins croissent plus rapidement que les revenus, ce qui pose, de plus en plus, la question des capacités collectives de prise en charge massive des soins (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Les discussions portent maintenant sur les sources de financement et sur la prestation des soins. Deux visions s'affrontent : la publique et la privée. Les tenants de la vision publique avancent qu'il faut miser sur une amélioration de l'appropriation collective du financement des soins et du paiement des professionnels afin de permettre de continuer à favoriser une satisfaction plus large des individus, une protection des patients et une meilleure redistribution des soins. Pour ce faire, ils proposent diverses avenues, dont une révision de la gamme des services couverts et une priorité à accorder aux soins de base, dits de première ligne (Clavet et autres, 2003). Ceux qui privilégient la vision privée notent que les personnes revendiquent de plus en plus un meilleur recours, un choix en harmonie avec leurs attentes, un accès plus rapide aux soins et une meilleure qualité. Les solutions avancées se logent alors au chapitre de l'ouverture aux mécanismes de marché, qui pourrait offrir aux individus davantage de pouvoir dans leur relation de soins (Clavet *et al.*, 2003). Ces positions semblent difficilement conciliables, malgré les efforts de part et d'autre pour mixer les approches par l'expérimentation de diverses formes de partenariat et d'ententes, telles les infirmières du public qui travaillent au sein des cliniques médicales privées, étant donné que les objectifs des *dispensateurs* publics et privés apparaissent souvent incompatibles (Bélangier, 2003).

De la même façon, les tentatives de régulation et d'arbitrage des soins participent à la tension entre soins de production de masse et soins à la personne. Que ce soit, par exemple, les politiques ayant trait au choix du panier de soins assurés collectivement ou celles relatives aux mesures d'évaluation de la performance des soins, des questions surgissent. Ainsi, bien que pour plusieurs pays les soins soient

aujourd'hui dits universels, il reste que le panier collectif de soins est encore sujet à l'arbitrage. À cet égard, les notions de pertinence et d'efficacité des soins sont préconisées. Doit-on prendre en charge les soins individuels reliés à la fertilité ou à la stérilisation ou partager collectivement les risques encourus par des personnes qui mettent leur vie en danger? C'est le genre de sujets qu'abordent certains experts politiques qui plaident en faveur d'une limitation des soins de masse attribués en fonction d'une logique de solidarité collective (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). L'idée de soins comme utilité personnelle refait surface et pose des dilemmes éthiques importants aux décideurs politiques. En termes de planification de soins, les résultats de santé obligent également à rechercher des mesures d'évaluation de la performance plus adaptées aux conditions collectives et individuelles des soins afin de fournir un meilleur support à l'élaboration des politiques. Malgré l'amélioration globale de l'état de santé des populations dans les pays industrialisés, il reste que cela ne semble pas vrai au plan individuel. Plusieurs écarts entre les individus sont observés et dépendent entre autres des habitudes de vie des personnes, de leur sentiment de contrôler leur vie, du sens qu'ils donnent aux situations et de la capacité qu'ils ont de tisser des liens avec les autres (Paquet et Tellier, 2003).

Sur le plan organisationnel, les objectifs poursuivis par les nombreuses réformes des soins indiquent clairement que les visées de masse côtoient les visées plus individuelles. Au delà des mesures économiques et financières, ce sont l'amélioration de la coordination des services, ainsi qu'une meilleure garantie des soins de haute qualité, de façon à satisfaire les utilisateurs de soins, qui retiennent particulièrement l'attention (Pomey et Dubois, 2007). La coordination passe souvent par la décentralisation des responsabilités de soins et par l'intégration des activités. Il s'agit en même temps d'augmenter les capacités de mieux répondre aux besoins des patients et des usagers, de permettre davantage de flexibilité organisationnelle, d'orienter les soins vers les personnes et de rapprocher les professionnels entre eux et avec les patients. En misant de plus en plus sur les réseaux de soins, l'accent est porté sur une concertation qui ne peut éviter la prise en compte des différentes logiques de soins. Quant à l'assurance d'une plus grande qualité de soins, elle repose sur l'imputabilité des soignants à l'égard de leurs prestations de soins et sur la capacité de se doter de systèmes d'information performants. D'une part, l'instauration des programmes de qualité incitent les soignants à se conformer aux normes de pratiques reconnues socialement pour offrir des soins de masse adéquats et, à la fois, à répondre aux exigences de chacune des personnes malades afin d'éviter les plaintes, dans la mesure du possible. S'il y a un effort d'uniformisation des processus de soins, il y a un effort parallèle d'adaptation des soins aux besoins et aux impératifs des individus. D'autre part, la mise en place des systèmes d'information se situe au cœur de la problématique de soins en confrontant directement intérêt collectif et intérêt individuel (Brodin, 1999). Les objectifs d'optimisation collective de la

gestion des données et des informations cliniques sont jumelés à ceux du respect de la confidentialité et du respect des personnes.

Toutes ces influences économiques, politiques et organisationnelles sur les soins et sur la tension qui y est inhérente, ne manquent pas de se répercuter sur les facteurs professionnels. Parce que les valeurs sociales fondées sur la rationalité des interventions collectives sont maintenant pondérées par les valeurs axées sur l'individu capable de mieux prendre en main sa santé et de ce fait, de mieux exprimer ses attentes et ses aspirations, les diverses pressions sur les professionnels s'accroissent. Il leur est demandé d'être innovants dans leurs pratiques afin de mieux travailler ensemble pour améliorer la performance du système (d'Amour *et al*, 2007) et, en même temps, de se rapprocher des personnes par l'offre de soins de proximité (Lévesque et autres, 2007), par l'écoute et une approche liée à la personne dans sa globalité (d'Houtaud, 1999). Les nouvelles modalités de partenariat, de coordination, de soins primaires, d'intervention centrée sur la personne dénotent d'une double volonté d'offrir des services professionnels en réponse aux besoins à la fois de chaque personne et des patients dans leur ensemble. Les professionnels sont alors invités à acquérir autant des expertises à partir des connaissances statistiques et sociologiques, que des capacités d'accompagnement, de suivi sur une base individuelle selon la personne traitée. Dans ce cadre, les questions du respect de l'éthique professionnelle et personnelle sont de plus en plus sensibles.

En somme, force est de constater que les tendances sociales actuelles orientent de plus en plus les soignants vers un prendre soin qui exige d'eux une prise en compte de la nature duale du soin.

Vers un équilibre dynamique des soins

Si les soins présentent par définition une double nature, celle-ci ressort aujourd'hui avec autant d'acuité que les fondements sociaux se transforment. Les valeurs de rationalité, de neutralité, de justice et d'expertise scientifique qui ont favorisé le développement des pratiques de masse tout au long du ^{xx}e siècle se pondèrent. Comme l'exprime si bien d'Houtaud (1999), « au lieu d'un conformisme social monolithique, on fait de plus en plus appel à l'adhésion libre et motivée, qui s'appuie sur les convictions personnelles et nuancées de chacun » (p. 108). Ces nouvelles pressions environnementales obligent alors à resituer le prendre soin, non pas en privilégiant l'approche individuelle au profit de l'approche de masse, mais en cherchant un juste équilibre entre les deux. En effet, un appel est lancé pour « gérer la singularité à grande échelle », comme le dit Minvielle (dans Grémy, 1997), de manière à pouvoir soigner les masses de façon personnalisée.

L'équilibre de plus en plus recherché entre soins de production de masse ou objectivés et soins personnalisés correspond aux préoccupations relatives aux approches qui cherchent à resituer l'action dans son contexte structurel et rela-

tionnel et à faire état de la dynamique sous-jacente (Giddens, 1984 ; St-Pierre et Sévigny, 2009 ; St-Pierre et autres, 2009 ; Turgeon et autres, 2006, St-Pierre et autres, 2006). Il s'agit alors de déplacer l'accent mis sur la stabilité que fournissent les structures et les cadres d'action comme déterminant de l'action des individus, étant donné que cela ne suffit pas à expliquer l'ensemble du phénomène de soins. Dans cet esprit, il importe davantage de saisir comment, dans leur quotidien, les soignants et les soignés sont à la fois contraints et habilités par les systèmes organisés et comment, ils arrivent à interagir entre eux en faisant valoir leurs capacités d'échange et de communication dans la prise en charge.

À partir de là, l'accent est porté sur les pratiques plutôt que sur les expertises, les modes d'organisation ou les fonctions. Ces pratiques sont les activités, les conduites répétées et reproduites, dans l'espace et le temps, afin de faire face aux situations. Elles procèdent d'une logique construite des éléments normatifs légitimés par les acteurs, des codes de signification qu'ils retiennent et du contrôle ou de la maîtrise qu'ils ont des aspects matériels et des autres aspects selon la situation dans laquelle les acteurs sont engagés. Autrement dit, c'est la mobilisation des règles et des ressources accessibles aux acteurs qui fait foi du prendre soin. Plus concrètement, les acteurs fondent leurs interventions de soins sur les tâches, les fonctions cliniques, les approches, les connaissances qu'ils comprennent et qu'ils maîtrisent, et également, sur les savoir-faire, les savoir-être, et les savoir communiquer qu'ils ont acquis.

Parce que les pratiques sont contextualisées, c'est-à-dire qu'elles concernent une question à traiter à un moment donné dans un espace particulier, c'est leur aspect dynamique qu'il est intéressant à mettre au jour. Cet aspect relève du mouvement qui tend à la fois vers l'intégration et la différenciation (Lawrence et Lorsch, 1973). C'est là que se fait valoir la double nature des soins qui incite à la fois à se rapprocher des soins objectivés, rationnels et institutionnels pour garantir son action et à vouloir adapter son intervention pour faire face à une situation unique et personnalisée.

Ainsi, ce mouvement oblige à s'attacher à ce qui caractérise, ce qui définit les soins pour les acteurs, dans un contexte donné et sur cette base à se demander quels sont les objectifs qu'ils se fixent pour intervenir à l'intérieur des contraintes structurelles, fonctionnelles et individuelles auxquelles ils sont soumis. Puis, ce sont les moyens concrets susceptibles d'être adoptés qui permettent de reconnaître l'ampleur des soins dans toutes leurs dimensions. L'adéquation ou l'inadéquation des soins se mesure alors en fonction de la réponse à la situation posée.

C'est à partir de la mise en évidence de ces équilibres qu'il devient possible de relever les conditions d'amélioration des soins.

Une étude relative à la continuité de soins illustre comment cette perspective peut permettre de saisir toute la dynamique sous-jacente (St-Pierre et Sévigny, 2009). Voulant mettre au jour ce qui présume des problèmes de continuité des soins

dans le cas des malades atteints de cancer, l'étude a permis de saisir les situations les plus problématiques (liaison entre séquence de soins, coordination, prise de décision clinique), de situer les contraintes organisationnelles (manque de ressources, coût, confusion des rôles et responsabilités), relationnelles et informationnelles (opposition des logiques de soins, difficulté de communication, transfert inadéquat des informations). En bout de piste, ce sont les moyens pris par les soignants et les soignés pour faire face aux situations et à leurs contraintes qui renseignent sur la gestion de l'équilibre entre soins objectivés et soins personnalisés : que ce soit par la prise en charge de certaines démarches officielles de soins, le recours à des ressources non institutionnelles plus adaptées aux soins voulus ou l'exercice de certaines pressions personnelles sur le système de soins.

Conclusion

Si parler des soins aujourd'hui semble se résumer aux institutions qui les soutiennent, il n'en est rien. On constate plutôt que les soins sont à la fois donnés à des patients, à des usagers ou à des groupes, afin de permettre d'avoir une incidence sur la santé des collectivités dans leur ensemble et en même temps, accordés aux personnes qui constituent ces collectivités, lesquelles ont des besoins subjectifs et des caractéristiques singulières. Parce que la société ou la collectivité ne se limite pas à la somme de ses parties individuelles, ni que les personnes ne représentent l'ensemble, une inévitable tension dans les soins se révèle. Devant cette situation, les soignants n'ont d'autres choix que de maintenir un équilibre toujours précaire entre une production de soins objectivée et une production personnalisée.

Cela s'avère d'autant pertinent que de plus en plus les pressions de l'environnement social conduisent les institutions organisationnelles et professionnelles davantage vers un engagement à l'amélioration de leurs performances administratives et cliniques collectives – évaluation coûts/bénéfices, résultats probants, meilleures pratiques –, que vers l'adoption d'une perspective élargie centrée sur la personne dans sa globalité (D'Amour, 2007).

À l'ère des transformations des systèmes de soins, sous-tendus par des changements démographiques et économiques importants, les dilemmes et les tensions resurgissent. Plutôt que de se contenter de mettre en évidence des forces qui paraissent contradictoires ou de confondre les soins au patient et ceux à la personne, la voie est alors tracée vers une prise en considération de la dualité des soins dans toute sa complexité dynamique.

Médiagraphie

Arweiler, D. et Contandriopoulos, A. P. (2007). « Le financement du système de santé québécois : dynamique et enjeux ». Dans Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. et Bordeleau, L.

- (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 79-97). Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Bélanger, G. (2003). « Le financement : celui qui paie a bien droit de choisir ». Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec* (p. 413-434). Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- Benveniste, G. (1987). *Professionalizing the organization. Reducing bureaucracy to enhance effectiveness*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Bergeron, P. (1990). « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu ». *Recherches sociographiques*, 31(3), p. 359-380.
- Brodin, M. (1999). « De l'éthique individuelle à l'éthique collective, avec quelques rendez-vous de l'histoire de la santé publique. Quelles pratiques ? Quels enjeux ? ». Dans B. Dodet, C. Perrotin et L. Valette (dir.), *Santé publique et éthique universelle ou comment concilier les tensions entre le bien de la personne et le bien commun ?* (p. 29-34). Paris, Elsevier.
- Clavet, M., Côté, R. et Duperré, T. (2003). « L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé ». Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec* (p. 375-411). Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- Collège des médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Évolution des rôles professionnels du médecin des années 2000*. [En ligne] [<http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/livresnouveauxdefisfr98.pdf>].
- D'Amour, D., Tremblay, D. et Bernier, L. (2007). « Les pratiques professionnelles de réseaux : l'intégration au-delà des structures ». Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 273- 287). Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- De Souza, L. E. P. F. (2001). « L'autonomie des médecins : comment la définir et mesurer ses effets sur le fonctionnement des systèmes de soins ». *Ruptures*, 7(2), p. 99-118.
- D'Houtaud, A. (1999). *La santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique*. Paris, Masson.
- Evans, R.G. (1984). *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworths.
- Evans, R.G. et autres (1996). (dir.), *Être ou ne pas être en bonne santé*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris, Payot.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley, University of California Press.
- Grémy, F. (1997). « Filières et réseaux, vers l'organisation et la coordination du système de soins ». *Gestions hospitalières*, juin-juillet, p. 433-438.
- Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008). *En avoir pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Lambert, D.-C. (2000). *Les systèmes de santé*. Paris, Seuil.
- Lamothe, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés* (Thèse de doctorat inédite). Université McGill, Montréal.

- Lawrence, P.R. et Lorsch, J.W. (1973). *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris, Les Éditions d'organisation, Les classiques.
- Leseman, F. (2002). « Le bénévolat : de la production « domestique » de services à la production de « citoyenneté » ». *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), p. 25-41.
- Lévesque, J.-F., Roberge, D. et Pineault, R. (2007). « La première ligne de soins ; un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? » Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 63-78). Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Marier, R. (1980). « Les progrès de la décentralisation ». *Administration hospitalière et sociale*, janvier-février, p. 339-357.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). Sondage auprès des infirmières de Groupes de médecine de famille du Québec 2007-2008. Québec, Direction de l'évaluation et Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), (1946). Préambule à la Constitution tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Paquet, G. et Tellier, B. (2003). « Les facteurs sociaux de la santé ». Dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G., *Le système de santé au Québec* (p. 65-89). Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Petit, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession*. Montréal, Les Éditions du Boréal.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Ottawa, Éditions Nouvelles.
- Pomey, M.-P. et Dubois, C.-A. (2007). « L'analyse comparative de systèmes de santé : réformes et enjeux ». Dans M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation* (p. 133-156). Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Renaud, M. (1995). « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique » ». Dans P. Keating et O. Keel (dir.), *Santé et société au Québec XIX^e-XX^e siècle* (p. 189-218). Montréal, Les Éditions du Boréal.
- Saillant, F. (1999). « Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins ». *Recherches qualitatives*, 20, p. 125-158.
- Séigny, A., Dumont, S. et Cohen, R. (2005), *Volunteer Practices in Palliative Care: A Canadian Multi-site Study. Communication, Une vue panoramique de la recherche sur le cancer: Conférence nationale pour les stagiaires*, Institut national du cancer du Canada, Mont-Tremblant, Québec, 11 mai.
- St-Pierre, M., Reinharz, D. et Gauthier, J.-B. (2006). « Organizing the public health-clinical interface: Theoretical bases », *Medicine, Health and Philosophy*, 9(1), p. 97-106.
- St-Pierre, M. et Séigny, A. (2009). « Influence individuelle et collective sur la continuité des soins ». *Revue santé publique*, 21(3), p. 241-251.

- St-Pierre, M., Sévigny, A., Gauthier, J.-B., Tourigny, A. et Dallaire, C. (2009). « Une nouvelle approche pour la gestion de l'intégration dans le système de santé : le cas des bénévoles et des professionnels ». *Management et Avenir*, 26, p. 177-189.
- Turgeon, J., Dumont, S., St-Pierre, M., Sévigny, A. et Vézina, L. (2006) « La continuité des soins oncologiques au Québec : au-delà des symptômes ». *Le médecin de famille canadien – Canadian Family Physicians*, 52, p. 1572-1573.
- White, D. (1992). « La santé et les services sociaux : réforme et remises en question ». Dans G. Daigle et G. Rocher, *Le Québec en jeu : comprendre les grands défis* (p. 225-248). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.