

Recherches sociographiques



Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l'équipe multidisciplinaire de santé

Michel Brunet

Volume 19, Number 2, 1978

Professions

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055791ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055791ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Brunet, M. (1978). Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l'équipe multidisciplinaire de santé. *Recherches sociographiques*, 19(2), 261–269. <https://doi.org/10.7202/055791ar>

Article abstract

Partant de l'hypothèse de travail que la notion de médecine globale avait été mise en œuvre dans les C.L.S.C. par l'organisation multidisciplinaire de la pratique professionnelle, l'auteur a tenté d'évaluer comment ce mode de fonctionnement affectait l'accessibilité et la continuité des soins. Des trois modèles d'interdisciplinarité que sa recherche a permis d'explicitier, deux seulement ont pu être observés. Il s'agit en fait de deux modes d'adaptation du modèle professionnel classique, fondé sur l'autonomie du praticien. Il semble également que le modèle n'ait pas d'effet sur l'accessibilité et la continuité des soins.

LE PROFESSIONNALISME, OBSTACLE AU CHANGEMENT SOCIAL UN CAS TYPE: L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE DE SANTÉ

Partant de l'hypothèse de travail que la notion de médecine globale avait été mise en œuvre dans les C.I.s.c. par l'organisation multidisciplinaire de la pratique professionnelle, l'auteur a tenté d'évaluer comment ce mode de fonctionnement affectait l'accessibilité et la continuité des soins. Des trois modèles d'interdisciplinarité que sa recherche a permis d'explicitier, deux seulement ont pu être observés. Il s'agit en fait de deux modes d'adaptation du modèle professionnel classique, fondé sur l'autonomie du praticien. Il semble également que le modèle n'ait pas d'effet sur l'accessibilité et la continuité des soins.

Le concept de médecine globale, qui implique des soins personnels, complets, continus et caractérisés par un souci d'accorder autant d'intérêt au malade qu'à la maladie dont il souffre, s'est propagé dans certains pays industrialisés au moment où la spécialisation de plus en plus poussée de la pratique médicale conduisait à un morcellement toujours plus prononcé des soins et services. Pour pallier ce morcellement dont les inconvénients sont reconnus — absence de continuité des services, soins impersonnels et incomplets, etc. — et pour favoriser l'exercice d'une médecine globale, de nombreux experts ont proposé la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires.

Plusieurs expériences en ce sens ont été tentées au plan des soins généraux de santé, tant en Europe¹ qu'aux États-Unis avec les « Neighborhood Health Centers ». Au Canada, le comité Hastings² a récemment proposé cette

1. Voir: *Interaction of social welfare and health personel in the delivery of services: implications for training, Eurosocal Reports*, 4 (numéro spécial), 1975.

2. *Le Centre de soins communautaires au Canada. Rapport de l'étude sur les Centres de soins communautaires*, (Rapport HASTINGS), Santé et bien-être social, Canada, 1972.

politique tandis qu'au Québec, le Rapport de la Commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission CASTONGUAY-NEPVEU)³ l'a préconisée pour les centres locaux de services communautaires (C.I.S.C.).

C'est cette expérience québécoise d'équipes multidisciplinaires que nous avons étudiée dans une recherche⁴ et dont nous voulons livrer les principaux résultats dans cette note.

La notion d'équipe multidisciplinaire implique l'organisation et la coordination de divers professionnels selon la complémentarité de leurs fonctions respectives, en vue de répondre d'une façon intégrée aux besoins de la population. Dans une perspective de médecine communautaire associant bien-être et santé — c'est le cas au Québec —, l'équipe médico-sociale est proposée comme élément organisationnel fondamental pour l'application réussie du concept de médecine globale.

D'aucuns considèrent l'équipe multidisciplinaire comme une panacée et lui prêtent toutes les vertus. Certains contestent vigoureusement la généralisation de ce mode d'organisation qu'ils considèrent inefficace et utopique. Qu'en est-il exactement? Quel peut être l'apport ou la « valeur ajoutée » d'une équipe multidisciplinaire dans la solution des problèmes de santé d'une population? Voilà une question qui mérite une analyse approfondie.

La recherche

Nos ambitions étaient cependant plus modestes et nous ne prétendions pas dans cette recherche traiter de l'équipe multidisciplinaire d'une manière exhaustive. Nous visions essentiellement à étudier le fonctionnement de quelques équipes, de manière à identifier les conditions permettant la réalisation de deux des objectifs visés par la réforme Castonguay, l'accessibilité des services et la continuité des soins. Grâce à une observation intensive et continue de quelques équipes multidisciplinaires au moyen d'une grille d'observation, grâce à un questionnaire auprès des usagers des services offerts par ces équipes et grâce enfin à des informations puisées dans les dossiers médico-sociaux, nous cherchions à atteindre les objectifs suivants :

- obtenir une connaissance empirique des diverses possibilités d'interaction entre les professionnels, membres de l'équipe multidisciplinaire ;
- élaborer des modèles analytiques des modes de fonctionnement des équipes ;

3. Commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être, *Rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, 1967-1970.

4. Cette recherche s'intitule : « L'équipe multidisciplinaire, face aux objectifs d'accessibilité et de continuité des soins et services, dans le domaine de la santé et du bien-être ». Elle a été dirigée conjointement par Alain Vinet et Michel Brunet et financée par le Programme national de recherche et de développement à la Santé nationale (Ottawa).

- établir une corrélation entre les interactions observées dans chaque équipe et les résultats obtenus en termes d'accessibilité et de continuité des services.

Quatre équipes multidisciplinaires furent ainsi observées pendant trois ans, à raison de deux jours par semaine pendant les deux premières années et d'une journée pendant la dernière. Toutes les séances des conseils d'administration des centres furent également observées par un autre observateur. Un rapport écrit a été fait pour chaque journée d'observation. Tous ces rapports ont fait l'objet d'une codification et d'une interprétation par l'observateur lui-même et par un lecteur indépendant. Le questionnaire à la population a été administré à quatre reprises, à intervalles d'environ six mois, afin de mesurer les éventuelles différences selon l'évolution des équipes et des services offerts. L'analyse d'un échantillon de dossiers médico-sociaux fut répétée à deux reprises, dans le même but.

Les équipes et leur contexte

L'observation de la vie quotidienne des équipes multidisciplinaires nous a fait plonger dans une dynamique d'interactions bien locales. Chacune des équipes nous semblait très dépendante d'un processus d'implantation dominé par des éléments fort variés. À certains endroits, par exemple, l'implantation du C.I.s.c. était dirigée par une élite locale qui ne faisait que reprendre un vieux dossier visant à créer un hôpital. Ailleurs, la scène était dominée par des animateurs communautaires et par une certaine participation de la population dans des comités de citoyens. Une des équipes observées, rattachée directement à un centre hospitalier, était née de la transformation de la clinique externe générale de cet hôpital. Partout, bref, nous observions la présence de divers groupes d'intérêt autour du dossier.

Dans ce contexte, la création des centres et l'implantation des équipes ont suscité des conflits, voire des luttes de pouvoir entre ces groupes d'intérêt. Ces luttes ont porté sur une gamme de sujets : site géographique, composition des conseils d'administration provisoires, engagement de directeurs généraux, priorités dans l'engagement des professionnels de l'équipe, orientations fondamentales des centres, etc. La plupart du temps, ces luttes se sont polarisées autour de groupes qui devenaient des symboles, les médecins symbolisant le pouvoir et une orientation clinique individuelle, les animateurs communautaires symbolisant la participation de la population et une orientation communautaire.

Avec cette couleur bien locale du processus d'implantation des centres et des équipes, nous aurions pu nous attendre à découvrir des modèles d'organisation multidisciplinaire très différents selon les équipes. Tel ne fut pas le cas. Nous avons observé que, partout, certaines caractéristiques communes se sont imposées comme déterminantes dans le choix final du modèle de collaboration multidisciplinaire. Nous en soulignons les trois principales.

a) D'abord l'absence ou l'inefficacité de la participation de la population. Dans les quatre centres observés, la population reste en marge des grandes questions, même quand elle est présente par des comités de citoyens. Deux centres avaient exclu cette participation au départ, un par principe, l'autre en pratique. Un troisième centre a organisé lui-même ses propres comités de citoyens pour favoriser la participation populaire ; mais leur action s'est limitée à collaborer à l'organisation matérielle de la pratique des professionnels. Ces comités ont été davantage des agents des professionnels auprès de la population que des canaux de participation efficace de la population à la vie du C.I.s.c. Enfin, dans le quatrième centre, les comités de citoyens ont plus ou moins boycotté le centre pour des raisons qui nous sont apparues d'ordre idéologique, ce qui a contribué à éloigner le centre de la population. Même aux divers conseils d'administration, les représentants des usagers sont restés partout des témoins silencieux des décisions prises par les autres membres. La participation de la population n'a été qu'un vœu pieux dans les quatre centres.

b) La deuxième caractéristique commune qui s'impose comme déterminante dans le modèle multidisciplinaire est le pouvoir laissé aux membres de l'équipe dans le choix des services offerts et même des programmes à privilégier en priorité. Dans tous les centres, les professionnels de l'équipe ont eu le dernier mot dans l'organisation des services.

Ce contrôle n'exclut pas qu'à certains moments les comités de citoyens aient exigé des choses ou que les conseils d'administration se soient prononcés sur certaines priorités. Les demandes des comités de citoyens se sont cependant limitées généralement à des services décentralisés et disponibles vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine. Quant aux conseils d'administration, la plupart du temps ils n'ont fait qu'entériner des propositions faites par les professionnels de l'équipe.

Si un tel pouvoir a été laissé aux professionnels c'est que, dans l'ensemble du processus d'implantation des centres, les promoteurs des projets ont fonctionné d'une manière qui pourrait être schématisée ainsi :

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|
| 1. Idée d'un
C.I.s.c. | 2. Recrutement d'une
équipe multidis-
ciplinaire | 3. Choix des
services à
offrir |
|--------------------------|--|--------------------------------------|

Ils sont passés de l'idée de C.I.s.c. à celle de recrutement d'une équipe multidisciplinaire sans préciser les critères de composition et d'orientation de cette équipe, laissant ensuite aux professionnels engagés le soin de décider des orientations et des choix de services à offrir. Ils ont fonctionné comme s'il suffisait d'engager divers professionnels pour qu'ils fonctionnent automatiquement en équipe multidisciplinaire.

Un des conseils d'administration, il est vrai, a pris soin de préciser les priorités et les orientations à privilégier avant de recruter. Ce recrutement s'est fait en fonction de ces orientations. Le schéma est devenu le suivant :

1. Idée de C.I.s.c.	2. Orientations et priorités	3. Recrutement d'une équipe multidisciplinaire	4. Programme et services à offrir
------------------------	---------------------------------	--	---

Mais cette démarche des orientations et priorités s'est limitée à l'énoncé de principes généraux. Les professionnels de cette équipe ont quand même eu à établir les programmes et les services à offrir.

Bref, que l'équipe ait été recrutée en fonction d'orientations définies ou non, les professionnels ont partout exercé un contrôle sur l'organisation et les activités de l'équipe.

c) Ce contrôle, les professionnels l'ont exercé en fonction de critères personnels ou dans une dynamique de luttes interprofessionnelles, mais non en fonction de critères relatifs à des programmes de santé ou à des besoins spécifiques de la population. C'est là une troisième caractéristique commune à toutes les équipes. Même si le processus de prise de décision s'est présenté différemment selon les équipes, les habitudes de pratique professionnelle ont prévalu partout. Les professionnels n'ont pas décidé des services à offrir selon des priorités ou des programmes, mais selon ce que chacun avait l'habitude de faire comme activité: le médecin rencontre les malades, le travailleur social a ses propres cas, l'organisateur communautaire anime ses groupes, etc. Dans le processus de prise de décision au sein de l'équipe multidisciplinaire, le poids des habitudes professionnelles et le soin à préserver l'autonomie de chacun des groupes l'emportent sur tout autre critère.

Les modèles d'équipe

Récupérée et contrôlée en définitive par les professionnels, la dynamique de la collaboration multidisciplinaire s'est structurée autour de l'idée d'autonomie des groupes professionnels les uns par rapport aux autres. C'est là un sujet qui a été chaudement discuté dans trois équipes sur quatre; il a créé de multiples conflits et a amené des démissions. La quatrième équipe a su éviter les affrontements, mais l'autonomie des groupes professionnels n'en a pas moins été inscrite dans les faits après négociation.

Du discours et du comportement des membres des équipes se dégagent des façons de voir et de fonctionner en équipe multidisciplinaire qui pourraient se regrouper sous trois modèles: la subordination, le parallélisme disciplinaire et la collaboration globale. Ajoutons que ces modèles ne sont pas des mesures d'attitude des coéquipiers. Nous ne nous sommes pas attardés à préciser un modèle pour chaque individu. Nous avons conclu qu'une équipe fonctionnait selon un modèle ou un autre selon que l'ensemble des indicateurs montraient une priorité accordée à certaines caractéristiques plutôt qu'à d'autres. Ces indicateurs concernaient les mécanismes de prise de décision, les mécanismes de supervision, les mécanismes de communication interne, les structures d'autorité et les modalités de division du travail.

Le *modèle de subordination* désigne la relation qui existe entre un professionnel et ses compagnons de travail lorsque le professionnel les considère

comme des assistants à son service. Dans un tel cas, il est le seul à prendre les décisions concernant le client ou la population impliquée dans l'activité professionnelle. S'il a confiance en ses assistants, c'est qu'il les sait capables d'une certaine expertise ; mais le professionnel demeure seul à décider de son action, des interventions dont le client a besoin et de l'organisation générale de son travail.

Le *modèle de parallélisme disciplinaire* a beaucoup en commun avec le modèle de subordination principalement en ce qui regarde la recherche de l'autonomie professionnelle. Les professionnels qui prônent ce modèle considèrent eux aussi qu'ils sont capables, seuls, de décider de ce qui convient à leur client. Ainsi un médecin décide lui-même, et seul, quand son client a besoin d'une référence à un psychologue ou à un travailleur social. Et, réciproquement, le travailleur social décide, seul, si le client manifeste des symptômes qui nécessitent l'intervention d'un médecin, etc. Autrement dit, chacun a sa clientèle et réfère à un « confrère » selon qu'il le croit nécessaire.

Là où le modèle de parallélisme disciplinaire se distingue de la subordination, c'est que chaque professionnel considère l'autre comme un « confrère », c'est-à-dire aussi professionnel que lui-même et donc aussi autonome face à une éventuelle clientèle. Les disciplines professionnelles ne sont plus placées en subordination les unes par rapport aux autres, mais en parallèle, c'est-à-dire chacune ayant atteint un degré d'expertise qui justifie son autonomie.

Le *modèle de collaboration globale* implique, du moins à son degré le plus poussé, que chaque professionnel ou chaque groupe reconnaisse que, seul, il ne peut pas donner entière satisfaction au client, que celui-ci soit un individu, un groupe ou une population dans son ensemble. Il faut l'intervention conjointe de plusieurs disciplines pour une action efficace et complète. À la limite, un tel modèle implique que l'action globale de tous offre une meilleure garantie de succès et de qualité que l'action parallèle de chacun. Une telle vision amène les membres de l'équipe à planifier, déterminer les priorités, programmer et décider des interventions communes, sans nier évidemment la part d'expertise que chacun apporte.

Fait important à noter, ce dernier modèle de collaboration globale n'a été observé que dans une seule équipe et uniquement durant les phases de planification et de programmation du développement du centre. C'est la seule équipe d'ailleurs qui a essayé de planifier ses activités. Mais dès que les professionnels de cette équipe ont commencé à donner des services à la population, ils ont fonctionné selon le modèle du parallélisme disciplinaire. Nous n'avons pu que constater l'échec de la mise en pratique de ce modèle de collaboration globale, pourtant souvent proposé par des membres de plusieurs équipes.

Dans leurs activités professionnelles, les quatre équipes observées n'ont donc fonctionné que selon deux modèles, la subordination et le parallélisme disciplinaire. Deux équipes ont fonctionné selon le modèle de subordination : ce sont celles qui ont été regroupées autour d'un groupe de médecins déjà en

place et ayant déjà leur clientèle personnelle. Pour eux, l'équipe multidisciplinaire permettait l'apport d'assistants et de techniciens pour une pratique médicale plus complète. Dans ces deux équipes, certains professionnels ont voulu résister à ce modèle et affirmer leur autonomie. Ils ont à peu près tous démissionné au cours de nos années d'observation.

Les deux autres équipes ont privilégié le modèle du parallélisme disciplinaire. Ce sont des équipes nouvelles, ayant recruté généralement des professionnels jeunes, « venus tenter l'expérience des C.I.s.c. », comme le disait l'un d'eux. Après trois ans, l'essentiel de leur pratique professionnelle se fait en parallèle avec la pratique des coéquipiers. Chacun est fondamentalement autonome dans cette activité professionnelle ; c'est le C.I.s.c. qui est multidisciplinaire dans ses services offerts à la population.

L'accessibilité et la continuité

Confrontés à l'évidence, par notre observation, que les modèles de subordination et de parallélisme disciplinaire se présentaient comme le résultat d'une lutte pour l'autonomie professionnelle plutôt que comme des solutions expérimentées aux fins d'une meilleure accessibilité des services ou d'une plus grande continuité des soins, nous avons néanmoins appliqué nos instruments de mesure concernant ces objectifs. En effet, bien que ces modèles de fonctionnement en équipe multidisciplinaire n'aient pas été conçus dans le but d'atteindre de tels objectifs, leurs effets respectifs sur ces variables pouvaient s'avérer très différents.

Nous avons opérationnalisé le concept d'accessibilité par un ensemble d'indicateurs regroupés sous trois dimensions :

- la disponibilité : les services sont-ils effectivement disponibles ?
- l'information : la population connaît-elle ces services ?
- l'accueil et la relation au client : le client est-il satisfait de l'accueil qui lui est réservé ?

Sur l'ensemble des indicateurs, les équipes sont relativement semblables. Les indicateurs concernant l'information nous donnent pourtant des différences significatives : les populations de deux centres sont plus informées que celles des deux autres. Mais ce sont deux centres qui ont des modèles différents de fonctionnement en équipe multidisciplinaire. La différence n'est donc pas due au modèle d'équipe choisi, mais plutôt au fait qu'il s'agit des deux centres ruraux. Dans un milieu rural moins bien pourvu de services de santé, l'implantation d'un C.I.s.c. et d'une équipe de professionnels est susceptible d'être mieux connue de la population que dans un milieu urbain.

Le concept de continuité, pour sa part, comporte deux dimensions principales : le recueil, la conservation et la communication de l'information concernant un client, et la coordination des interventions sur ce client. Nous avons voulu mesurer si la différence dans les modèles d'organisation d'équipe avait une influence relative sur la continuité des soins donnés à un client

lorsqu'il est référé entre professionnels. Avec ce que nous savons maintenant des modèles adoptés par les équipes, il devient évident que notre instrument d'analyse des dossiers s'est avéré trop raffiné en regard de la réalité. Les références interprofessionnelles furent trop rares pour nous permettre des mesures quantitatives significatives. De plus, ces rares références sont survenues entre membres d'une même profession, d'un médecin à un autre médecin par exemple. Le seul élément que nous ayons pu mesurer est la continuité des services donnés par chaque professionnel auprès de ses propres clients: elle est également bonne dans les quatre équipes.

Bien que très éloignés de nos attentes originelles, ces résultats prennent une importance particulière en regard de nos données d'observation. Ils confirment l'absence de relation entre les modèles d'équipe multidisciplinaire que nous avons observés et les variables accessibilité et continuité des services. Ainsi peut-on affirmer que les modèles de subordination et de parallélisme disciplinaire, s'ils constituent deux aboutissements distincts d'une lutte déjà ancienne pour l'autonomie professionnelle, paraissent indifférenciés quant à leurs effets sur les objectifs majeurs de la réforme des services de santé et des services sociaux. Ce sont malheureusement les seuls modèles qu'il nous fut donné d'observer.

*
* *

Il nous apparaît clairement, au terme de cette recherche empirique, que le phénomène central qui nous permet d'expliquer nos observations est celui de la récupération par les membres de l'équipe multidisciplinaire de la problématique initiale de la réforme, pour la traduire en termes de contrôle et d'autonomie professionnelle.

L'expérience des équipes multidisciplinaires dans les services de santé de première ligne est née d'une volonté de réforme dont l'axe principal devait être la mise en application du concept de médecine globale. Il s'agissait de réaliser une approche nouvelle dans laquelle toutes les dimensions de la maladie et de la santé sont perçues et traitées non plus comme des phénomènes isolés, mais comme étant étroitement reliées les unes aux autres. Le malade vit dans un milieu et sa santé ne dépend pas uniquement des soins reçus à l'occasion d'un épisode de maladie. L'approche de médecine globale suppose que toute intervention sache intégrer les multiples interactions du client avec son milieu. L'équipe multidisciplinaire devait permettre cette intégration.

Or, les professionnels de l'équipe, après avoir obtenu le contrôle des mécanismes de décision, se sont organisés selon deux modèles dont la caractéristique commune est de se structurer autour de l'idée d'autonomie dans un champ d'activité. Les modèles de subordination et de parallélisme disciplinaire ne sont, en définitive, que l'adaptation de la dynamique du professionnalisme à la situation nouvelle de l'équipe multidisciplinaire.

Les professionnels des équipes ont réussi, par divers mécanismes, à obtenir le contrôle des institutions nouvelles qu'étaient les C.I.S.C. et à le conser-

ver: contrôle du savoir par lequel ils ont influencé la définition des besoins auprès des populations, contrôle des réponses aux besoins par un monopole sur les activités, contrôle des institutions par divers mécanismes allant du *lobbying* informel aux pressions de groupe.

L'enracinement des mentalités professionnelles n'a permis la réalisation que de deux modèles d'équipe multidisciplinaire, axés tous deux sur une valeur conservatrice: ces modèles n'ont fait qu'adapter le modèle déjà prévalent. En ce sens, le professionnalisme apparaît comme un obstacle à l'implantation souhaitée d'un modèle social nouveau pour le système de santé.

Michel BRUNET

*Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval.*