

HEC MONTRÉAL

**Le système de santé québécois
et la division du travail professionnel
à travers la négociation de la Loi 90 :
positions et stratégies rhétoriques**

par

Benoit J. Gagné

**Sciences de la gestion
(Stratégie)**

*Mémoire dirigé par Ann Langley
et présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Janvier 2019

© Benoit Gagné, 2019

LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET LA DIVISION DU TRAVAIL PROFESSIONNEL
À TRAVERS LA NÉGOCIATION DE LA LOI 90 :
POSITIONS ET STRATÉGIES RHÉTORIQUES

Résumé

Le système de santé et ses enjeux d'organisation du travail et de relations de pouvoir entre professionnels sont présentés et expliqués. Ils le sont par un survol du contexte, de la négociation aboutissant à la Loi 90 et des notions essentielles à leur compréhension. Cette négociation explicite bien la division du travail professionnel et sa justification.

L'interprétation est guidée par le système des professions de Abbott, principalement complété par Bitektine et sa théorie de l'ordre social. Le consensus en faveur de la collaboration est contrasté avec la compétition qui y fait obstacle. Les stratégies rhétoriques y jouent un rôle essentiel. Elles contribuent à établir la légitimité des revendications. L'effet des rhétoriques est aussi expliqué en fonction de la juridiction revendiquée, de la position et des autres actions de l'acteur et des autres parties prenantes. Le pouvoir est compris comme incluant la légitimité cognitive, morale et pragmatique, la réputation et le statut. Les stratégies rhétoriques sont résumées en cinq types (normalisation, rationalisation, moralisation, approbation et narrativisation), suivant Vaara complété par Bitektine et Suchman.

L'autonomie des professions et la coordination collégiale des équipes interprofessionnelles sont favorisées par presque toutes les parties prenantes, et plus particulièrement les infirmières, mais les médecins maintiennent en majeure partie leur contrôle des juridictions. La plupart sont néanmoins partagées sous la gouverne d'ordonnances médicales et les barrières entre les professions sont amoindries.

Un lien entre stratégies rhétoriques, pouvoir et légitimité des positions est mis en évidence avec une hypothèse ayant des implications stratégiques.

Mots clés: système de santé, système des professions, négociation, collaboration, compétition, ordres professionnels, stratégies rhétoriques, légitimité, statut, Loi 90

QUEBEC'S HEALTH SYSTEM AND THE
DIVISION OF PROFESSIONAL LABOR
THROUGH BILL 90'S NEGOCIATION:
POSITIONS AND RHETORICAL STRATEGIES

Abstract

The health system and its issues of work organization and power relationships between professionals are presented and explained. This is done with an overview of the context, of the negotiation concluded by Bill 90 and of the notions deemed essential for comprehension. This negotiation explicated the division of professional labour and its justification

Our interpretation is guided by Abbott's System of Professions, mainly completed by Bitektine's theory of social order. Consensus in favor of collaboration contrasts with the competition hindering it. Rhetorical strategies played an essential role. They contributed at establishing claims' legitimacy. The effects of the rhetorics are also explained with regards to the claimed jurisdictions, to the position and to the other actions of the claimant profession and other stakeholders. Their power is taken as including cognitive, moral and pragmatic legitimacies, reputation and status. Rhetorical strategies are typified in five kinds (normalization, rationalization, moralization, authorization and narrativization), following Vaara completed with Bitektine and Suchman.

Autonomy of professions and collegial coordination of interprofessional teams were favored by almost every stakeholders, especially by nurses, yet physicians maintained the greater part of their control over jurisdictions. Most jurisdictions were nevertheless shared under the control of medical orders and barriers between professions were reduced.

A connection between rhetorical strategies, power, positions and legitimacy was outlined with an hypothesis having strategic implications.

Keywords: health system, system of professions, negotiation, collaboration, competition, professional corporations, rhetorical strategies, legitimacy, status, Bill 90

LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET LA DIVISION DU TRAVAIL PROFESSIONNEL
À TRAVERS LA NÉGOCIATION DE LA LOI 90 :
POSITIONS ET STRATÉGIES RHÉTORIQUES

Tables des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii-vi
Liste des tableaux et figures	vii
CHAPITRE 1: INTRODUCTION	1-5
CHAPITRE 2: CONTEXTE	6-39
2.1. Survol	6
2.2. Concepts essentiels.....	7
Division du travail, expertise et professionnalisme.....	7
Confiance à garantir pour le professionnel comme pour le profane.....	8
2.3. Organisation des professions au Québec.....	9
Antécédents du tournant des années 2000.....	9
Éléments du cadre professionnel.....	10
Titres, champs et activités des professionnels.....	11
2.4. Système de santé du Québec	13
Comparaison avec les systèmes américain et français	13
Professionnels au coeur du système de santé	15
Organisation administrative du système de santé.....	16
2.5. Collaboration et compétition interprofessionnelles dans le système de santé québécois....	19
Impératif de collaboration	19
Compétition faisant obstacle	20
Médecins et collaboration interprofessionnelle.....	21
Dynamique de collaboration et de compétition interprofessionnelles.....	21
2.6. Loi 90 et autres réformes.....	22
Révisions et lacunes constatées dans le système professionnel.....	22
Réformes des soins de santé précédant la démarche vers la Loi 90	23
Groupe Bernier : formation, démarche et rapport d'étape.....	24
Loi 90 & analyses existantes	28
Mise en oeuvre et manquements de la Loi 90	30
Révisions du système de santé suivant la Loi 90.....	32
Réponse aux analyses sur la Loi 90 et son contexte.....	34

CHAPITRE 3: CADRE D'ANALYSE	40-89
3.1. Survol	40
3.2. Professions et professionnalisme	44
Une définition formelle?	44
Deux ensembles de théories	44
Acquis quant aux professions et au professionnalisme	47
3.3. Collaboration.....	51
3.4. Compétition.....	52
Pouvoir, compétition et structure	52
Analyse de concurrence et perspective des ressources.....	54
3.5. Perspective systémique	55
3.6. Système des professions d'Abbott	56
Mise en contexte	56
Dynamique du contrôle des tâches.....	56
Interdépendance dans la définition des juridictions	58
Description des tâches professionnelles	59
Diagnostic, inférence et traitement.....	60
Connaissances académiques d'une profession	62
Revendications de juridiction.....	63
Ententes de juridictions	63
Pouvoir des professions.....	65
Structure d'une profession	66
Changements sociaux et professions.....	68
Changements culturels et professions	69
Rhétorique de légitimation	69
Facteurs de force du lien juridictionnel	70
3.7. Légitimation	71
Perspective institutionnelle	71
Parenthèse sur la théorie des grandeurs.....	72
Dimensions de la légitimité.....	73
Cognitive.....	73
Réputation et Statut	74
Légitimation individuelle et collective.....	75
Validité, Stabilité et Changement.....	76
Position des ordres professionnels	79
Stratégies de légitimation	80
3.8. Stratégies rhétoriques	82
Trois typologies institutionnalistes.....	82
Synthèse des typologies de Vaara, de Suchman et de Bitektine.....	85
Stratégies discursives suivant Vaara	86
Stratégies rhétoriques suivant Suddaby & Greenwood	86
Perspective d'Abbott sur les stratégies rhétoriques.....	87
Schèmes interprétatifs (<i>framing</i>)	88

CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE.....	90-97
4.1. Survol	90
4.2. Corpus	91
4.3. Observations sur la négociation	95
4.4. Description des ordres professionnels.....	96
4.5. Interprétation	97
CHAPITRE 5: LA NÉGOCIATION ET LES ORDRES PROFESSIONNELS	98-158
PROFESSIONS À L' AVANT-SCÈNE	99
5.1. Médecins 101	
Présentation de la profession.....	101
Dominance de la profession médicale.....	101
Stratégie et négociation aboutissant à la Loi 90	104
Réfutation d' autres parties prenantes	108
Réflexions complémentaires sur la place des médecins	108
5.2. Infirmières 111	
Présentation de la profession.....	111
Stratégie et négociation aboutissant à la Loi 90	113
Réflexions complémentaires sur la place des infirmières.....	121
AUTRES PROFESSIONS PLAIDANT PLUTÔT UN ACCROISSEMENT D' AUTONOMIE	122
5.3. Sages-Femmes.....	122
Présentation de la profession.....	122
Négociation aboutissant à la Loi 90	124
5.4. Pharmaciens	127
Présentation de la profession.....	127
Négociation aboutissant à la Loi 90	130
Réflexions complémentaires sur la place des pharmaciens	132
5.5. Orthophonistes et audiologistes	133
Présentation de la profession.....	133
Négociation aboutissant à la Loi 90	134
Réflexions complémentaires sur les orthophonistes et audiologistes	136
5.6. Diététistes 137	
Présentation de la profession.....	137
Négociation aboutissant à la Loi 90	137
Réflexions complémentaires sur la place des diététistes	140
5.7. Physiothérapeutes.....	141
Présentation de la profession.....	141
Négociation aboutissant à la Loi 90	141
Réflexions complémentaires sur la place des physiothérapeutes.....	144
5.8. Ergothérapeutes.....	145
Présentation de la profession.....	145
Négociation aboutissant à la Loi 90	145
Réflexions complémentaires sur la place des ergothérapeutes	148
5.9. Travailleurs sociaux	148
Présentation de la profession.....	148
Négociation aboutissant à la Loi 90	149
Réflexions complémentaires sur la place des travailleurs sociaux	150

AUTRES PROFESSIONS ACCEPTANT PLUTÔT LE LEADERSHIP DES MÉDECINS	151
5.10. Infirmières auxiliaires	151
Présentation de la profession.....	151
Négociation aboutissant à la Loi 90	152
Réflexions complémentaires sur la place des infirmières auxiliaires.....	153
5.11. Technologistes médicaux	153
Présentation de la profession.....	153
Négociation aboutissant à la Loi 90	154
Réflexions complémentaires sur les technologistes médicaux	155
5.12. Technologues en radiologie	155
Présentation de la profession.....	156
Négociation aboutissant à la Loi 90	156
5.13. Inhalothérapeutes	157
Présentation de la profession.....	157
Négociation aboutissant à la Loi 90	157
Réflexions complémentaires sur la place des inhalothérapeutes.....	158
CHAPITRE 6: DISCUSSION	159-180
6.1. Résumé des observations	159
6.2. Réflexions sur les observations	160
6.3. Sommaire et comparaisons des observations	161
6.4. Discussion sur les stratégies rhétoriques particulières	164
6.5. Réflexions sur le cadre théorique	167
6.6. Réflexion sur les implications stratégiques	170
6.7. Comment alors favoriser la collaboration?	176
6.8. Limites et approfondissements.....	178
CHAPITRE 7: CONCLUSION.....	181-187
7.1. Éléments théoriques	182
7.2. Observations et interprétations.....	184
7.3. Hypothèse et implications stratégiques	187
BIBLIOGRAPHIE	188-202

LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET LA DIVISION DU TRAVAIL PROFESSIONNEL
À TRAVERS LA NÉGOCIATION DE LA LOI 90 :
POSITIONS ET STRATÉGIES RHÉTORIQUES

Liste des tableaux et des figures

Tableau 2.1 :	Accroissement du système professionnel québécois.....	11
Schéma 3.1 :	Schéma illustrant l'articulation des dimensions d'analyse	43
Tableau 3.6 :	Ententes de juridictions.....	63
Tableau 3.7a :	Typologie des formes de légitimité.....	73
Schéma 3.7b :	Schéma du lien entre validité, institutions et jugement.....	77
Tableau 3.7c :	Tableau mettant en correspondance les institutions validatrices et les audiences de revendication.....	79
Tableau 3.8a :	Stratégies rhétoriques (synthèse des typologies de Vaara, de Suchman et de Bitektine)	85
Tableau 3.8b :	Stratégies discursives suivant Vaara	86
Tableau 3.8c :	Stratégies rhétoriques suivant Suddaby & Greenwood (2005).....	86
Tableau 3.8d :	Schémes interprétatifs comparés.....	89
Schéma 4.2 :	Principales étapes de l'élaboration de la Loi 90, ses parties prenantes et les sources d'information envisagées	91
Tableau 4.3 :	Stades de l'analyse de discours suivant Vaara	95
Tableau 4.5 :	Dimensions et états mis en relation.....	97
Tableau 6a :	Relation entre statut et revendication quant à la coordination des équipes interprofessionnelles.....	161
Tableau 6b :	Relation entre les principales stratégies rhétoriques, les revendications, leur succès et le statut des parties prenantes.....	162
Tableau 6c :	Hypothèse de relation entre type de stratégie rhétorique, statut et niveau de légitimité cognitive du statu quo	171
Tableau 6d :	Recommandations de stratégies rhétoriques en fonction du type de revendication et de légitimité cognitive du statu quo	175

Introduction

(chapitre 1)

Le milieu de la santé est en ébullition stratégique intense, continue et complexe. Il est constitué d'organisations à la fois collaboratrices et concurrentes. Le pouvoir y est diffus, partagé entre catégories occupationnelles aux responsabilités définies en grande partie de l'extérieur, notamment par la réglementation sur la santé et les rôles professionnels. Nous avons besoin d'une meilleure compréhension de ce secteur d'activité énorme, névralgique et soumis à de grandes pressions d'adaptation. Il faut penser et repenser sa gestion.

La collaboration entre professions y est un enjeu saillant. Sans contredit, la complexification des soins et la transition démographique rendent nécessaire d'y améliorer le partage des tâches et des responsabilités (Orchard 2005, p. 1). Néanmoins, les réformes visant cette amélioration sont rarement mises en oeuvre avec succès, possiblement en raison de la force et de la pluralité des influences : « S'il est difficile de réaliser un changement, c'est en partie en raison du fait qu'entreprendre des réformes [...] doit être négocié en tenant compte [des] structures organisationnelles et de [la] répartition du pouvoir » (Langley & Denis 2008, p. 23-24). En effet, malgré l'emphase mise sur la collaboration, l'organisation des soins se joue de manière compétitive, souvent à travers des conflits de juridiction (Tolbert 1990, p. 411-412). Dans le système de santé québécois, cette compétition interprofessionnelle est régulièrement constatée et déplorée pour ses effets négatifs (ex. : Bussièrès & Marando 2011).

La Loi 90 a été adoptée en conséquence d'une volonté politique de promouvoir la collaboration interprofessionnelle (Bégin 2002, 12 juin). L'Office des professions affirmait en 1997 l'importance de réorganiser le système professionnel de façon à le déréglementer, à le décloisonner et à l'assouplir (Office 1997). Le ministre de la Justice allait dans le même sens en 1999 avec un plan d'action visant deux objectifs : assouplir et alléger le cadre réglementaire et ouvrir les milieux professionnels à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité (Goupil 1999). Un comité d'experts est mis en place sous la direction du Dr. Roch Bernier. Il doit couvrir tous les aspects du système de santé : système public et privé, de même que santé physique et mentale. Un rapport d'étape portant sur le système public de santé physique est livré en 2001 (Bernier 2001). Il sert de base au projet de loi 90, déposé, puis débattu, amendé et adopté en 2002 (Bergman 2002). Cette loi modifie le Code des professions (Québec 2002) et plusieurs législations associées. Elle le fait de manière à mieux définir non seulement le domaine des professions impliquées, mais aussi à préciser le travail spécifiquement professionnel et sa répartition entre professions. Plus spécifiquement, cette loi vise un meilleur partage des décisions avec

les intervenants autres que médecins, notamment les infirmières. Les débats qui ont mené à la Loi 90 datent de plus de quinze ans, mais ils sont en continuité avec des argumentations présentes au Québec et ailleurs depuis au moins les années soixante et jusqu'à aujourd'hui. D'ailleurs, la Loi 90 était encore récemment présentée comme centrale pour l'organisation du système de santé (Champagne 2014).

L'élaboration de la Loi 90 ouvre une fenêtre sur le travail professionnel et sa répartition, mais aussi sur les différences entre parties prenantes dans ce qu'elles souhaitent et les arguments qu'elles mobilisent. En effet, son processus a amené les ordres professionnels, l'Office, les parlementaires et d'autres parties prenantes à expliciter et à justifier ce qu'ils préconisent comme répartition du travail. Ils l'ont fait dans une série de plaidoyers bien documentés et relativement accessibles. Leurs échanges illustrent exceptionnellement bien la tension entre l'impératif de collaboration, qu'ils reconnaissent tous, et la compétition pour le contrôle des activités professionnelles. Par ailleurs, ce processus a été relativement exhaustif et clos, puis analysé sous plusieurs angles depuis l'adoption de la loi. Le matériel qu'il a produit est donc excellent pour approfondir une compréhension des dynamiques de compétition et de collaboration interprofessionnelles du système de santé québécois.

Nombre d'autres événements ont aussi documenté ces enjeux de collaboration et de compétition pour les juridictions. Par exemple, ils auraient pu être examinés en s'intéressant aux travaux de commission antérieures. Ils sont exposés notamment dans les travaux ayant abouti au rapport Castonguay-Nepveu (Castonguay 1967), fondement du système professionnel autant que du système de santé québécois. Ils sont aussi au cœur du rapport Rochon, recommandant de revoir les champs et la délégation pour aider la collaboration (Rochon 1988). Pendant l'élaboration de la Loi 90, d'autres travaux étaient menés en parallèle. Ils ont influencé le processus et peuvent être suivis par son entremise, mais ils auraient pu être examinés directement pour informer sur les mêmes thèmes. Ils incluent les travaux de l'Office sur les actes réservés (Office 1996), le rapport Clair, qui rend compte d'une consultation publique sur les enjeux du système et propose des avenues de solution (Clair 2000), et le rapport Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow 2002). Par la suite, d'autres études ont été produites et auraient pu être étudiées. Par exemple, le rapport Trudeau (Trudeau 2009) et les débats aboutissant à la Loi 21, lesquels concluent le processus du groupe Bernier en couvrant les professions exerçant hors du secteur privé et/ou dans le domaine de la santé mentale (Québec 2009). L'élaboration de la Loi 20, centrée sur les relations entre patients et médecins (Québec 2014), serait aussi un objet intéressant d'étude. D'autres sont toujours en cours, comme par exemple des travaux à l'Office des professions pour une réforme en

profondeur du Code des professions (Champagne 2014). Le processus d'élaboration de la Loi 90 est toutefois celui qui est apparu comme le plus pertinent, facilement utilisable et propice à fournir une interprétation riche.

En plus de présenter le système de santé et l'organisation professionnelle du Québec en soulignant les dynamiques de sa division du travail professionnel, ce mémoire utilise les plaidoyers livrés par les ordres professionnels durant l'élaboration de la Loi 90 pour appuyer une réflexion sur la compétition interprofessionnelle pour le contrôle des activités réservées aux professions. Plus spécifiquement, il présente les ententes de juridiction antérieures, celles qui étaient revendiquées et celles qui ont été formellement accordées par la Loi 90. Il explique cette transformation par les processus rhétoriques mobilisés pour la justifier, par les rapports de pouvoir et par la dynamique interprofessionnelle. Il présente une analyse de l'argumentation soutenue auprès du groupe Bernier en vue d'influencer la refonte des champs professionnels et des activités réservées par la Loi 90. Son matériau principal est le compte-rendu détaillé de la négociation qui constitue la majeure partie du rapport d'étape du groupe Bernier (Bernier 2001). Ce choix a été fait pour modérer l'ampleur de l'analyse et faciliter les références aux textes. Sa fidélité a pu être validée par la consultation directe d'une partie des mémoires déposés par les ordres professionnels. Tous les débats parlementaires à son sujet ont été scrutés pour saisir sa réception et les remises en question éventuelles. La logique de cette validation est que l'opposition parlementaire relayerait les objections faites au rapport. Or, il apparaît que le rapport Bernier ait été accepté de manière très consensuelle. Ceci offre une autre validation qu'il reflète bien les arguments qui lui ont été présentés. Par ailleurs, la littérature révèle des dynamiques semblables ailleurs au Canada et dans le monde. Ce matériau paraît donc pertinent aussi pour approfondir une compréhension générale des enjeux de mise en oeuvre d'un changement stratégique dans un milieu aux jeux de pouvoir complexes, de même que de la division du travail et de la dynamique de collaboration et de compétition interprofessionnelles de systèmes de santé comparables.

La démarche implique un examen comparatif des plaidoyers présentés au groupe Bernier par treize ordres professionnels liés au système public de santé physique. L'analyse aboutit à une description et à une explication des écarts entre les arguments exposés. Les observations sont comparées avec des observations similaires faites sur la rhétorique de professionnels de la santé ontariens (Bucher 2016). Comme il sera discuté, la similarité de ces observations indépendantes offre une validation des interprétations. L'explication porte sur les différences de résultats en fonction des types de revendications, de stratégies rhétoriques et de positions des parties

prenantes. Elle s'appuie sur les explications fournies par le rapport Bernier et sur un modèle théorique : le système des professions de Abbott (1988), déjà ancien mais toujours courant d'après ses citations (ISI2018) et insurpassé à nos yeux pour expliquer la négociation interprofessionnelle des juridictions. Plusieurs théories plus centrales en sciences de la gestion sont utilisées en complément pour bien ancrer le cadre d'analyse dans le domaine.

Le système de santé, l'organisation professionnelle, leurs dynamiques de collaboration et de compétition et les concepts essentiels qui y sont liés sont exposés au deuxième chapitre. Le cadre d'analyse est présenté au troisième chapitre. Il montre l'imbrication de la collaboration et de la compétition avec la nature systémique du travail professionnel et l'importance des processus de légitimation et des stratégies rhétoriques. Le quatrième chapitre décrit la démarche empirique mobilisant le cadre d'analyse. Il explique le choix et la constitution du corpus, puis la logique de présentation de la négociation et des positions des parties prenantes avant de présenter la démarche d'analyse elle-même avec les dimensions mises en relation. Le cinquième chapitre détaille la négociation et les positions des treize ordres professionnels en les catégorisant en fonction de leurs plaidoyers. Il offre une interprétation de la négociation à la lumière des modèles d'Abbott (1988) et de Bitektine (2015). Le sixième chapitre présente l'interprétation en fonction du cadre d'analyse. Il résume les observations, puis expose des relations observées entre les positions des parties prenantes, les revendications, leurs résultats et les stratégies rhétoriques mobilisées. Une réflexion est ensuite présentée sur le cadre théorique, puis sur les implications stratégiques des interprétations. Le chapitre termine en discutant de moyens de favoriser la collaboration, puis de limites et de pistes d'approfondissement du mémoire. Le septième chapitre conclut en résumant les points essentiels du mémoire.

Un éclairage nouveau est apporté sur le processus de négociation interprofessionnel ayant abouti au projet de Loi 90, même si ce processus a déjà été couvert par quelques publications académiques (ex. : Trudeau 2006 et Hudon 2009). En effet, ces publications ne présentent pas d'analyse de discours comme celle que rapporte ce mémoire. Par ailleurs, l'approche systémique basée sur la compétition pour les juridictions que propose Abbott, quoiqu'ayant eu un fort impact en sociologie du travail, restait jusqu'à récemment inconnue de bien des chercheurs en gestion (Bureau & Suquet 2009, p. 467). Croiser ce modèle avec des lectures plus courantes peut alimenter la pensée sur l'interprétation qu'offrent les théories courantes en gestion concernant ce type d'élaboration stratégique et d'organisation, en particulier quant à la mise en oeuvre de changements stratégiques dans des organisations complexes.

En bref, ce mémoire trace un portrait du système public de santé physique du Québec, de même que de son organisation professionnelle sous l'angle de la répartition des juridictions. Plus spécifiquement, il présente les revendications juridictionnelles pendant la négociation aboutissant à la Loi 90 et propose une explication du type de stratégie rhétorique associé aux diverses revendications et positions des parties prenantes. Son analyse soutient une hypothèse de relation avec quelques implications stratégiques. Elle pourrait aussi contribuer à une réflexion plus générale sur l'usage des stratégies rhétoriques pour la stabilisation ou le changement institutionnels, de même que sur la collaboration et la compétition lorsque le pouvoir est diffus entre une pluralité de parties prenantes, plus spécifiquement sur leur négociation de la division du travail, des responsabilités et du pouvoir. La démarche semble donc avoir une pertinence académique qui en rehausse la pertinence sociale.

Contribuer à la compréhension des points de vue et des stratégies discursives des professions de la santé est son ambition, idéalement de manière à anticiper des points de divergences et, surtout, des terrains d'entente propices à aider une meilleure division du travail professionnel.

Contexte

(chapitre 2)

Survol

« L'invention de la solution n'est souvent pas compliquée. Ce qui l'est plus, c'est de convaincre les intéressés » [de souscrire au changement nécessaire] (Dutrisac 2015, p. 35-36).

Que montre la rhétorique des ordres professionnels durant l'élaboration de la Loi 90? Plus précisément, quels types d'arguments ont été livrés pour influencer le changement prescrit dans la division du travail professionnel? Quels effets ont-ils eu? Comment expliquer les différences d'effets? Que révèlent-ils de la dynamique de collaboration et de compétition ayant cours entre les professions? Le modèle du système des professions développé par Abbott explique-t-il bien les observations? Ce questionnement est au centre du présent mémoire.

Pour que les concepts et le contexte soient mieux compris, plusieurs choses sont à définir et à exposer. Les concepts généraux sont présentés dans la suite de ce chapitre, de même que les circonstances et les textes ayant été publiés sur le processus à examiner. L'angle d'analyse sera présenté au chapitre suivant.

Quand il est question de la division du travail, de quoi parle-t-on? Qu'en est-il du travail spécifique aux professions? Comment est organisé le système professionnel québécois? Qu'est-ce qu'un ordre professionnel? Comment ces choses sont-elles liées aux enjeux de collaboration et de compétition? Comment les plaidoyers et autres actions discursives interviennent-ils? La première section de ce chapitre en présente les concepts de manière générale et la section suivante le fait dans le contexte du système professionnel québécois.

Qu'est-ce que la Loi 90? Dans quoi s'inscrit-elle? Que vise-t-elle? Comment son élaboration se déroule-t-elle et qu'en est-il advenu? La troisième section présente des réponses à ces questions.

La réflexion présentée par ce mémoire est-elle originale? Qu'en a-t-il déjà été dit dans la littérature académique? Comment la négociation de la division du travail professionnel dans le système de santé québécois est-elle couverte par les littératures professionnelles et gouvernementales? La quatrième section de ce chapitre expose les résultats d'une revue de littérature et une interprétation conséquente de la démarche de ce mémoire.

Concepts essentiels

Division du travail, expertise et professionnalisme

« Les plus grandes améliorations dans la puissance productive du travail, et la plus grande partie de l'habileté, de l'adresse, de l'intelligence avec laquelle il est dirigé ou appliqué, sont dues, à ce qu'il semble, à la division du travail » (Adam Smith 1776, p. 7)

Certaines problématiques sont du domaine de tous : chacun se sent habilité à les évaluer, à leur décider des solutions et à effectuer le travail impliqué. Certaines sont traitées par des spécialistes dans une division du travail même si elles pourraient en principe être effectuées par quiconque. D'autres problématiques demandent plutôt des connaissances et des compétences spécialisées que seuls possèdent des experts.

Il s'agit d'une division du travail, c'est-à-dire d'une répartition des activités entre entités spécialisées et complémentaires. Cette spécialisation est jugée aliénante, mais la complémentarité qu'elle permet et demande est vue comme un facteur de solidarité que Durkheim qualifie d'organique : chacun est indispensable comme les organes le sont à un être vivant. Il l'oppose à la solidarité mécanique entre entités semblables (Durkheim 1893, ch. I-III). Les individus d'une même occupation sont habituellement en solidarité mécanique entre eux. Ils sont en solidarité organique avec leurs clients, fournisseurs et autres collaborateurs.

Revenons aux experts. Ils sont ceux à qui on attribue la maîtrise de savoirs distinctifs et socialement importants. Ils tirent un pouvoir de cette maîtrise qu'on leur attribue à tort ou à raison (Samson 2003, p.9).

Ce pouvoir de l'expertise est d'autant plus important lorsqu'elle est liée à des activités dont l'exercice est invasif ou comporte un sérieux risque de préjudice matériel, physique ou psychologique (Office 1996, p.15). Les professionnels sont des experts à qui l'on attribue la maîtrise nécessaire pour exercer de telles activités invasives ou préjudiciables.

Le consensus général est qu'une profession est un groupe occupationnel qui se distingue par une capacité spéciale habituellement fondée sur une formation poussée et sur l'exercice du jugement. La revendication d'exclusivité quant à certaines activités basées sur des arguments abstraits y est aussi associée (Tolbert 1990, p. 411).

Profanes, spécialistes, experts et professionnels sont toujours définis par rapport à une activité, ou à un domaine spécifique. Les professionnels le sont relativement à certaines activités. Les experts et les professionnels restent des profanes hors de leur domaine.

Confiance à garantir pour le professionnel comme pour le profane

« Trust is a belief [...] that things will "work out" [...]. The role of trust is central to all social transactions [...] where there is ignorance or uncertainty about actions and outcomes. Despite its pervasiveness, it is most often taken for granted as [...] a sort of ever-ready lubricant that permits voluntary participation in production and exchange » (Aldrich & Fiol 1994, p. 650).

Faire confiance aux professionnels et autres experts est un enjeu, car ils ont par définition des savoirs que les autres ne partagent pas. Les profanes ayant besoin de faire appel à ces experts peuvent donc difficilement juger de leur fiabilité.

Dans la fiabilité d'un expert, son intégrité est non moins importante que ses capacités, son utilisation de méthodes éprouvées et son bon jugement. L'intégrité d'un expert, en plus d'inclure son éthique et son comportement, est établie par sa capacité à remporter la confiance du destinataire de ses services. Pour la pratique professionnelle, cette confiance est « le point de départ et le but ultime » (Sparer 2011, p. 3)

La confiance reçue est nécessaire pour l'expert. En effet, sa pratique dépend essentiellement que ses clients se reposent sur sa compétence, son jugement et sa bonne foi.

Garantir la compétence et l'intégrité des experts a aussi une importance pour les profanes. Cette garantie permet d'avoir confiance en certains individus ayant une expertise propre à répondre à leurs besoins. Il s'agit de trouver un expert approprié et d'éviter les charlatans. Il est aussi pertinent d'assurer des recours et un soutien en cas d'erreur. Ces éléments permettent d'établir un lien de confiance favorable à une relation fructueuse avec l'expert. Toute collaboration dépend d'ailleurs beaucoup de la possibilité de se fier aux collaborateurs. Sans moyen efficace de juger de la fiabilité des experts, la collaboration est compromise (Aldrich & Fiol 1994). L'insécurité qui en résulte complique les relations avec eux, de même que l'accès aux compétences nécessaires pour identifier, évaluer et répondre aux problématiques associées. Les coûts d'un manque de confiance envers les professionnels et les autres experts sont non seulement économiques, mais aussi sociaux, voire politiques puisque « la communauté professionnelle représente une concentration unique des compétences » (Dutrisac 2015, p. 26). D'un système faisant prévaloir la compétence et l'intégrité, on peut même anticiper des effets positifs au-delà de l'accès à l'expertise et de la protection des clients et des patients. Il inspirera des attentes de comportement qui deviendront des évidences incontournables pour l'éthique publique et l'intégrité de tous les intervenants sociaux, économiques et même politiques (Sparer 2011, p. 20-21). Toute société a donc avantage à se doter de moyens de garantir la fiabilité des experts requis pour ses problématiques.

Organisation des professions au Québec

Antécédents du tournant des années 2000

Les professionnels ont toujours joué un rôle crucial au Québec. Déjà aux temps de la Nouvelle-France, des notaires, médecins et chirurgiens sont reconnus. Les arpenteurs, avocats, pharmaciens et accoucheurs reçoivent à leur tour un encadrement sous le régime britannique (CIQ 2014). Ensemble, les professions constituent aujourd'hui le deuxième secteur économique, après l'industrie (Dutrisac 2015, p. 7). On compte 250 000 professionnels en 2002 et 385 000 en 2016 (Office 2016). Les professionnels se regroupent en corporations au milieu du XIXe siècle pour garantir leur réputation contre les imposteurs et les gens mal formés. Avec les années 1960-70, de nouveaux secteurs d'activités apparaissent. De nombreux groupements demandent leur constitution en corporations professionnelles (CIQ 2014) : « tout le monde aspirait au statut de corporation, car cela conférait un statut social important ». Il y avait cependant une absence de réflexion juridique sur les professions (Lévesque 2004) et le public était sceptique à l'égard du système et de sa capacité à le protéger (Office 1999, p. 17).

En 1970, la Commission Castonguay-Nepveu constate le manque d'adaptation du corporatisme professionnel. Elle souligne que la notion de « profession libérale », au sens d'occupation intellectuelle exercée de façon indépendante et sans contrôle extérieur, ne s'applique nullement aux professions les plus récentes et de moins en moins aux plus anciennes. En outre, la commission critique l'incohérence des lois, des institutions et des processus. Cette commission est le point tournant de la pratique professionnelle au Québec (CIQ 2014). Elle remet en cause l'organisation des professions et mène à la création du régime universel d'assurance maladie et du Code des professions » (Lévesque 2004).

Le changement amené par le *Code des professions* est majeur : il est « l'une des réformes les plus importantes de l'histoire du Québec », dit René Dussault, juge ayant conseillé la Commission Castonguay-Nepveu. En effet, le Code crée l'obligation pour chaque professionnel d'assurer la protection du public. Auparavant, « il n'y avait aucun critère pour déterminer qui pouvait se regrouper en corporation professionnelle, et la protection de leurs membres était plus importante que la protection du public. [...] Il était plus que temps d'arrêter d'opérer sous les impulsions de la politique et des groupes de pression », expliquait Claude Castonguay (Lévesque 2004), le « père » du système des professions et du système de santé québécois. La rivalité était forte entre professions, en particulier au niveau de la délimitation, de la rigidité et du chevauchement des champs d'exercice (Office 1999, p. 17).

Éléments du cadre professionnel

Le *Code des professions* forme le noyau de règles et d'institutions qui visent à garantir la fiabilité des professionnels. Cette loi-cadre met en place 38 ordres professionnels soumis à des principes communs d'organisation et réserve l'exclusivité de certains titres et activités à haut risque de préjudice « à des personnes dont la compétence est vérifiée par l'ordre » (Dutrisac 2015, p. 7). Les ordres sont joints au Conseil interprofessionnel du Québec et chapeautés par l'Office des professions du Québec. Il en résulte « une structure [...] décentralisée et légère » (Sparer 2016). Des représentants de nombreux pays viennent voir ce « modèle québécois » (Sparer 2011, p. 5).

Les ordres professionnels sont l'élément de base du système : « Pour chaque profession où il est nécessaire de protéger le public, la loi crée un ordre [...] composé de l'ensemble des membres de la profession » (Sparer 2011, p. 6). L'encadrement est très décentralisé : « Les ordres sont autonomes, autogérés, autoréglementés, autofinancés et autodisciplinés » (Dutrisac 2015, p. 7). Chaque ordre est dirigé par des professionnels élus par leurs pairs : c'est l'autogestion. Il règlemente lui-même la profession : c'est l'autoréglementation. Plusieurs règlements obligatoires sont aussi prévus par la loi. Les ordres sont tenus de surveiller leurs membres par des inspections, des enquêtes et de la discipline : c'est l'autodiscipline. La cotisation des membres doit couvrir l'ensemble des dépenses : c'est l'autofinancement. L'ordre doit aussi garantir l'indemnisation des dommages dont le professionnel serait responsable (Sparer 2011, p. 6). Le système est peu coûteux : en 2011, il demandait 715 \$ par professionnel, soit 30\$ par Québécois (Sparer 2011, p. 8). Chaque ordre est responsable de l'admission de ses membres, de leur formation continue et de garantir leur intégrité en enquêtant et en sanctionnant les dérogations à ses règles déontologiques (Dutrisac 2015, p. 7).

Le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) regroupe les présidents des ordres et agit comme leur voix collective, favorise les échanges et sert de référence pour les futurs professionnels et le public (CIQ 2015).

L'Office des professions du Québec (Office) est un organisme gouvernemental, mais indépendant, pour « éloigner les ingérences politiques », explique Castonguay (Lévesque 2004). Il n'a aucun pouvoir sur des dossiers particuliers, mais informe le public sur ses droits et exerce des fonctions règlementaires et une surveillance au niveau des ordres (Office 2015). Dans des cas extrêmes, l'Office peut faire enquête sur un ordre, voire le faire placer sous administration (Dutrisac 2015, p. 12). De manière générale, « l'Office veille à [...] "l'entretien du système" [...] par l'anticipation des besoins sociaux; [...] l'évaluation [...] de l'action des ordres [...]; et [...]

l'adaptation [...] des mécanismes [...] » (Dutrisac 2015, p. 29). L'Office doit aussi outiller le gouvernement en vue de favoriser l'amélioration continue notamment au niveau des exigences de formation. Il a aussi pour mandat de développer la confiance du public et des institutions envers le système professionnel (Office 2015)¹.

Le système des professions québécois est mis en place en 1973-1974 et s'accroît par la suite. Encore aujourd'hui, des associations, comme celles des ostéopathes et des ambulanciers, militent activement pour y entrer en tant que professions.

Accroissement du système professionnel québécois (Tableau 2.1)

Année	Ordres*	Professions
1900	9	9
1972	29	29
1974	38	38
2002	45	50
2016	46	54

*) « Corporation » est le terme qui désigne un regroupement de professionnels reconnus avant 1973

Une profession peut être reconnue et réglementée si elle implique cinq critères : connaissances distinctes requises pour exercer ses activités spécifiquement professionnelles; autonomie dans l'exercice de ces activités; préjudice grave pouvant en résulter; rapports personnels; et renseignement confidentiels échangés avec le client (Office 1996, p.10).

Titres, champs et activités des professionnels

« La population a besoin de compétence et d'intégrité, mais aussi d'avoir à son service des professionnels qui peuvent, savent et veulent travailler ensemble, chacun dans la plénitude de son champ de compétence et en harmonie avec celui des autres. Encore faut-il que ces champs soient convenablement décrits et qu'ils soient le juste reflet de la réalité contemporaine » (Bégin 2002, 24 mai).

Un titre est réservé pour chacune des professions réglementées. Cette exclusivité permet de savoir que le porteur du titre est membre d'un organisme qui garantit sa compétence et qui règlemente et contrôle son comportement (Sparer 2011, p.7).

Un champ descriptif est aussi associé. Celui-ci ne confère pas d'exclusivité d'exercice, mais il informe le public quant au domaine d'exercice d'un professionnel. Cette description sert de critère pour la surveillance d'une profession (Office 1996, p. 10). Dans les années 2000, la description des professions est uniformisée. Chacune est dotée d'un champ descriptif qui contient « la désignation de la discipline professionnelle; les principales activités de la profession; la finalité de la profession » (Bernier 2001, p. 5-6).

¹ Les présidents de l'Office ont été René Dussault (1973-77), André Desgagné (1977-87), Thomas J. Mulcair (1987-93), Robert Diamant (1993-98), Jean-K. Samson (1998-2005), Gaétan Lemoyne (2005-7) et Jean-Paul Dutrisac (2007-) (Office 1999 et 2015)

L'objet de l'exclusivité est modifié par la Loi 90 : « La réserve ne porte plus sur des champs d'exercice, mais sur des activités [...]. Plus englobante que la notion d'acte, celle d'activité évite l'énumération d'une multitude de gestes et fait davantage référence à un ensemble d'opérations ou d'interventions » (Bernier 2001, p. 3-7).

Des activités sont réservées à certaines professions : elles ne peuvent être exercées que par leurs membres. Pour qu'une activité soit ainsi réservée, elle doit pouvoir être incluse dans le champ descriptif de la profession et faire partie de la pratique courante, sauf lorsqu'il s'agit d'une activité auparavant réservée à une autre profession. Sa description doit être précise, mais sans l'être au point où tout changement de méthode nécessiterait une redéfinition. La description doit aussi être claire et intelligible pour le public (Office 1996, p. 14-15).

Réserver une activité équivaut à accorder un monopole; il faut en démontrer la nécessité : l'activité doit requérir des connaissances, compétences et habiletés spécifiques et comporter un risque sérieux de préjudice matériel, physique ou psychologique. Dans le processus du tournant des années 2000, quelques autres éléments sont pris en compte : la réglementation professionnelle ailleurs qu'au Québec; la réglementation autre que professionnelle qui encadrerait déjà l'activité; le nombre de non-professionnels dont l'exclusion bouleverserait l'organisation du travail ou engendrerait une rareté, une pénurie ou une excessive augmentation des coûts (Office 1996, p. 15-16).

Une activité peut être « réservée en exclusivité » à une seule profession lorsque seuls ses membres ont les qualifications requises. Lorsque les membres de plusieurs professions possèdent ces qualifications, l'activité devient « réservée en partage » (Office 1996, p. 16-17). Une activité peut aussi être « réservée en autorisation » à une profession. Ses membres ne peuvent alors accomplir l'activité que dans certaines conditions, le plus souvent avec l'autorisation d'un membre d'une autre profession, parfois sous sa supervision. Cette limitation de l'autonomie d'un professionnel pourtant jugé assez compétent pour accomplir l'activité est justifiée par l'incapacité qu'il aurait à assumer adéquatement toutes ses conséquences. Des non-professionnels comme les aidants naturels, les parents ou le personnel des milieux substitués, peuvent aussi être autorisés à accomplir certaines activités réservées en autorisation (Office 1996, p. 17-18).

Le groupe Bernier recommande que les activités réservées concernent (1) le diagnostic des maladies; (2) l'évaluation de la condition des personnes par des professionnels qui interviennent sans diagnostic préalable; (3) la détermination, la prescription et la réalisation d'interventions diagnostiques; (4) la détermination, la prescription et la réalisation

d'interventions thérapeutiques; (5) la surveillance clinique (i.e. « observer directement, au chevet du malade et avec une attention soutenue, les manifestations de la maladie de manière à effectuer ou à demander l'intervention adéquate ») de la condition ou de l'état des personnes malades; (6) la prescription, la préparation, la vente, la remise et l'administration de médicaments et de substances ainsi que la surveillance de leurs effets; (7) la prescription et l'ajustement d'appareils. Une attention particulière est accordée à l'évaluation des personnes vulnérables, notamment des mineurs dont la sécurité ou le développement pourraient être compromis. La prescription des examens est réservée aux médecins et sages-femmes « pour éviter de multiplier indûment les tests diagnostiques », mais l'accès aux résultats est souhaité pour tous les professionnels (Bernier 2001, p. 3-7). On peut noter la distinction entre « diagnostic » et « évaluation » est remarquable, le premier terme étant réservé aux médecins. Cette distinction sera débattue durant le processus d'élaboration de la Loi 90.

Le cadre du système professionnel a structuré les plaidoyers qui ont aboutis à la Loi 90. À travers les arguments déployés, il apparaît que les ordres professionnels ne connaissent pas ou n'adhèrent pas à l'ensemble de ces règles en début de processus, mais qu'un consensus se développe et qu'elles sont fixées durant l'élaboration de la loi.

Systeme de santé du Québec

Les caractéristiques du système de santé québécois ont un grand impact sur l'organisation du système et sur ses enjeux de division du travail. Elles sont comparées aux modèles américains et français avant d'être décrites plus en détail.

Comparaison avec les systèmes américain et français

Les systèmes de santé anglo-saxons et européens continentaux constituent deux types d'organisation professionnelle qui aident à comprendre celui du Québec, lequel emprunte aux deux types. Pour les illustrer, la médecine américaine et la médecine française sont présentées en s'appuyant sur la description qu'en fait Abbott (1988) dans la plupart des sections de son ouvrage. La médecine québécoise est alors située entre ces pôles, puis actualisée avec une présentation de son état actuel.

La médecine américaine, comme beaucoup de professions d'Amérique du Nord, connaît deux vagues de professionnalisation. La première a lieu avant la Révolution américaine, avec quelques associations médicales, écoles et exclusivités. Dans la première moitié du XIXe siècle, la démocratisation jacksonnienne réduit ces exclusivités et ouvre la porte à la

compétition. D'autres types de guérisseurs, comme les homéopathes aux traitements moins dangereux, deviennent des adversaires des médecins. Sur la base de la légitimité scientifique, de la sécurité du public, les deux groupes se combattent. Les médecins se démarquent davantage dans le diagnostic, l'étiologie et la pathologie que dans le traitement des malades jusqu'aux avancées apportées vers la fin du XIXe siècle par la médecine scientifique européenne. Ils adoptent la prudence des homéopathes face aux traitements héroïques pouvant compromettre la vie des patients et s'unissent à eux contre les ostéopathes, puis les chiropraticiens. La profession s'organise autour d'une association nationale puissante et le développement de l'hôpital général. La médecine américaine est rétive à l'intervention de l'État, mais profite immensément des régimes d'assurance publics comme privés, lesquels garantissent ses revenus et sa dominance. Elle atteint au milieu du XXe siècle un niveau de prééminence sociale et de pouvoir enviés par les autres professions. Son empire organisationnel inclut une variété de groupes professionnels subordonnés (Abbott 1988, p. 20-23).

Plusieurs frontières doivent être défendues pour assurer le contrôle absolu des maux corporels. La plus importante est la frontière floue entre maladies physiques et mentales. Vers 1920, neurologues et psychiatres se sont distingués des médecins en général. Les premiers s'occupent des maladies mentales traitables à l'hôpital et les seconds gardent la frontière des maladies mentales floues. La psychiatrie se définit aussi contre le clergé et les juristes notamment pour le contrôle de la délinquance, de l'alcoolisme, de la dissidence industrielle et des difficultés conjugales. Elle domine intellectuellement, sauf dans le domaine légal, mais son nombre reste trop faible pour assumer plus qu'une supervision des juridictions capturées. Elle demeure incontestée jusqu'à ce que la demande de psychothérapie des années 1970 amène l'entrée des psychothérapeutes et travailleurs sociaux (Abbott 1988, p. 20-23).

En France, les professions se développent au sein de la fonction publique, à l'ombre de l'État. Une compétition interprofessionnelle s'y déroule, de même qu'une évolution indépendante des professions, mais l'une et l'autre sont déterminés par la recherche d'un statut au sein de l'État. Le caractère absolu, centralisé et rationalisé du gouvernement français le mène à organiser les occupations avant comme après la Révolution française. L'État, plutôt que le public ou le milieu de travail, est l'audience principale des revendications de juridiction. Il intervient aussi dans l'organisation professionnelle et la discipline, dans les prix et dans les modalités des services. Il tend à bureaucratiser la pratique professionnelle. Il crée aussi des agences gouvernementales, lesquelles sont souvent cooptées par les professions. Les élus jouent un rôle moins importants que les ministères. Les juridictions sont plus changeantes, car elles peuvent être modifiées par décret. En conséquence, la structure de toutes les

professions se ressemblent. En parallèle, des proto-professions tendent à être ignorées et ce qui n'est pas reconnu par l'État semble sans importance. Le développement professionnel signifie le développement de juridictions réglementées. Malgré tout, avant la réglementation et dans les réalités informelles, le développement professionnel se poursuit discrètement. Il est canalisé et influencé par les structures étatiques, mais certains développements se font de manière indépendante. Ce modèle est typique des systèmes professionnels d'Europe continentale (Abbott 1988, p. 26-28, 163-164).

Au Québec, le développement des professions montre des ressemblances à la fois avec les modèles français et américain. Sous le Régime français, la métropole oriente les professions jusqu'à la conquête britannique et au-delà, puisque la loi en vigueur pour les affaires civiles reste le Code civil français. La mainmise de l'Église catholique maintient aussi la société sous l'influence d'une structure centralisatrice. L'influence britannique et surtout américaine se fait néanmoins sentir et les médecins et autres professionnels exercent de façon libérale, hors du contrôle direct de l'Église. Le pouvoir religieux contrôle cependant ce qui tient lieu de services sociaux, de même que les hôpitaux. Ce n'est que dans la deuxième moitié du XXe siècle que l'Église en cède le contrôle au gouvernement provincial du Québec.

Professionnels au coeur du système de santé

Les services de santé sont fortement appuyés sur la dynamique professionnelle encadrée par le Code des professions. D'une part, le système des professions du Québec a été élaboré en même temps que son régime public de soins de santé. (Sparer 2011, p. 9). Ceci est d'autant plus important que la santé est un secteur où œuvrent près de la moitié des professions réglementées au Québec (28 sur 54), davantage si on inclut la santé mentale et les relations humaines (35 sur 54), sans compter que la plupart des autres professions sont aussi impliquées au moins en partie dans ce large secteur. En effet, la santé représente 12% du PIB québécois en 2012 (8% pour le secteur public) (ICIS 2014, B.1.3 à B.3.3). Le système sociosanitaire public est aussi le plus gros employeur du Québec : « Il recrutait en 1999 près de 7% de l'ensemble de la population active » (Dussault 2003) dont environ 40% de professionnels (MSSS 2011). L'organisation des professions est donc au coeur de celle du système de santé.

Le régime public de soins de santé physique inclut directement 11 professions pendant l'élaboration de la Loi 90. Ce sont les professions qui font partie des équipes de soins du réseau hospitalier et qui sont financées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), soit directement (médecins), soit à travers le financement des établissements. La Loi 90 porte sur ces professions : médecins; infirmières; infirmières auxiliaires; pharmaciens;

inhalothérapeutes; technologues en radiologie; technologes médicaux; ergothérapeutes; orthophonistes/audiologistes; physiothérapeutes; et diététistes. La démarche du groupe Bernier aboutissant à la Loi 90 porte aussi sur les sages-femmes et les travailleurs sociaux, mais ces deux professions n'ont pas été incluses dans le projet de loi (Québec 2002).

Hormis les médecins, principalement payés à l'acte, les professionnels du réseau public sont des salariés. Pour ces professionnels, l'encadrement est double : non seulement ils sont régis, à titre d'employés, par les institutions dans lesquelles ils travaillent, mais ils sont également soumis au contrôle de leur ordre professionnel (Sparer 2011, p. 9). La plupart s'autorèglementent au sein des cadres fournis (Marchildon 2013).

Les médecins conservent une grande autonomie que les gouvernements tentent en vain de baliser : « Le pacte fondamental entre l'État et les médecins, qui consiste à leur laisser une autonomie importante malgré un financement [...] public [...] continue de marquer fortement la capacité des gouvernements [...] à transformer leur système de santé [...] » (Tuohy 1992, p. 143). En effet, « la profession médicale tient [...] une place à part dans le processus de régulation, de sorte que les responsables du système [...] les consultent avant toute décision importante [...] » (Renaud 1997). Ils occupent aussi une place centrale dans la coordination des activités. Leur statut particulier apparaît bien dans l'analyse des plaidoyers.

Organisation administrative du système de santé

Une gouvernance à quatre paliers caractérise le réseau de la santé et des services sociaux. Elle a été modifiée en 2003, 2006 [et 2015], mais elle conserve largement la structure initiée en 1971 et ajustée par la Loi canadienne sur la santé de 1984 (ENAP 2012, p. 2).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) constitue le palier central. Son mandat est d'allouer les ressources budgétaires et d'évaluer les autres instances en vue de répondre aux besoins sociosanitaires de la population (ENAP 2012, p. 2)². Le ministre peut initier des actions justifiées par la santé de la population depuis un décret promulgué en 2001. Ce décret amène l'exigence que toutes les propositions législatives et réglementaires soient soumis à une évaluation d'impact sur la santé (Marchildon 2013).

² *Pendant le processus aboutissant à la Loi 90, puis à sa mise en vigueur et à son application, le MSSS est sous l'autorité successive de ministres du Parti Libéral du Québec (PLQ) et du Parti Québécois (PQ) : Marc-Yvan Côté (PLQ, 1989-1994), Lucienne Robillard (PLQ, 1994), Jean Rochon (PQ, 1994-1998), Pauline Marois (PQ, 1998-2001), Rémy Trudel (PQ, 2001-2002), François Legault (PQ, 2002-2003), Philippe Couillard (PLQ, 2003-2008), Yves Bolduc (PLQ, 2008-2012), Réjean Hébert (PQ, 2012-2014) et Gaétan Barrette (PLQ, 2014-2018). Deux ministres de la Justice sont également impliqués et cités dans ce mémoire: Linda Goupil (PQ, 1998-2001) et Paul Bégin (PQ, 1994-1997 et 2001). (Québec 2018).*

Le palier fédéral exerce une influence malgré que la santé soit de juridiction provinciale. En effet, un financement conditionnel lui permet de participer à l'orientation des réseaux provinciaux. La moitié du financement est ainsi liée à un accès universel et gratuit et à d'autres conditions comme la gestion publique par un « payeur unique » à but non-lucratif rendant compte au gouvernement provincial et la gratuité de tous les services hospitaliers ou fournis par un médecin qui sont nécessaires à la santé, à la prévention des maladies ou servant au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidité (Madore 2005, p. 1, 6-9). Le gouvernement fédéral a également un pouvoir résiduel sur les domaines qui n'étaient pas identifiés par la constitution canadienne au moment de sa signature (en 1867). C'est le cas de l'homologation des médicaments et produits médicaux (Turgeon 2011, p. 60).

Un palier régional organise territorialement les services de 18 régions sociosanitaires (RSS). Après 1992, les Régies régionales succèdent aux Conseils régionaux. La décentralisation s'amplifie après 2003 avec une restructuration en 15 agences (ARSSS), un conseil régional, un centre régional et une régie régionale. Les agences assument la planification régionale, la gestion des ressources et les services régionaux de santé publique. Elle restent une instance du MSSS, qui en nomme tous les administrateurs. (ENAP 2012, p. 2-3; Turgeon 2011, p. 62). Ce palier est aboli et ses fonctions sont répartis entre le MSSS et le palier local par la Loi 10 de 2015.

Le palier local est constitué par les établissements offrant des services directs à la population. Leur nombre se réduit des deux tiers entre 1990 et 2009 du fait de fusions et de changements de vocation d'établissements³ (ENAP 2012, p. 7). Leur mission est généralement élargie par leur regroupement. La plupart sont publics (66% en 2011), dont 98 instances locales ou CSSS⁴, chacune chargée d'un réseau local de services (RLS). 84 autres étaient des CHSLD privés (ENAP 2012, p. 3-4; Turgeon 2011, p. 64). S'y ajoutent des ressources complémentaires privées, intermédiaires ou communautaires, ainsi que des entreprises d'économie sociale⁵ (ENAP 2012, p. 5-6). La Loi 10 de 2015 centralise grandement ce système.

Des corridors de services font aussi partie de la structuration du système de santé. Ils sous-tendent la distinction faite entre les services de 1^{ère} et 2^e lignes, gérés au niveau des établissements locaux et des services plus spécialisés qui sont offerts en centres régionaux.

³ En 2011, on comptait 283 sites de services répartis en 1721 lieux physiques (ENAP 2012, p.7)

⁴ Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont nés en 2003 de la fusion d'un centre hospitalier, d'un CLSC et d'un CHSLD. Chacun est responsable d'un réseau local de services (RLS), dont le territoire correspond en milieu non-urbain à celui d'une MRC (Turgeon 2011, p. 62)

⁵ Ces ressources complémentaires incluent, en 2011, 1934 cliniques d'omnipraticiens, dont 223 GMF; 1734 pharmacies communautaires; 2225 ressources intermédiaires, dont des appartements supervisés; 7447 ressources familiales; 2164 résidences privées pour gens âgés; 3605 organismes communautaires; et 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique (ENAP 2012, p. 5-6).

Leur objectif est de permettre aux centres locaux de donner accès à ces services plus facilement que ce que permettrait le magasinage direct de médecins (Levine 2007, p. 46-47). Il n'y a pas de ticket modérateur. Comme dans plusieurs autres systèmes nationaux, ce sont les files d'attente qui limitent l'accès (Turgeon 2011, p. 59-60).

Des organisations non-gouvernementales (ONG) nombreuses influencent aussi les programmes et politiques⁶. Parmi les plus importantes, il faut compter Accreditation Canada, qui certifie les hôpitaux, les établissements de santé et les RRS; les organisations de fournisseurs de soins de santé, en particulier les organisations de médecins et, plus récemment, les organisations d'infirmières; les groupes de la société civile qui mobilisent du soutien et du financement pour des causes; et finalement les associations qui représentent des intérêts à buts lucratifs associés aux soins de santé, incluant plusieurs organisations liées à l'industrie pharmaceutique ou aux assurances (Marchildon 2013).

Des poursuites privées devant les tribunaux sanctionnent les mauvaises pratiques des établissements de santé et des médecins. Leur effet sur la qualité des soins fait l'objet de débats considérables. En maintenant la responsabilité légale des médecins, les incitatifs créés par le système de dommage privé pourraient entraver les réformes, spécialement celles des équipes multidisciplinaires (Marchildon 2013).

Le système de santé est donc de façon évidente une organisation où le pouvoir est diffus. Il est grandement partagé entre une pluralité de parties prenantes régies par des normes explicites ou tacites formant un réseau politique très complexe. La négociation des juridictions professionnelles s'inscrit dans ce cadre.

⁶ Ces ONG incluent des associations de services de santé, des organisations professionnelles, des agences régulatrices, des associations de protection, des syndicats, des associations d'industrie, des associations liées à des maladies et des associations de patients.

Collaboration et compétition interprofessionnelles dans le système de santé québécois

Impératif de collaboration

« La collaboration interprofessionnelle est une réalité imparfaite au sein du système de santé [...] et un facteur clé pour l'amélioration des soins » (Hudon 2009)

Des professions par dizaines participent au système de santé québécois. Chacune a des tâches exclusives ou partagées avec d'autres professions. Toutes contribuent directement ou indirectement aux soins offerts. On comprend que leur coordination soit un enjeu.

La répartition du travail comme sa réalisation seraient améliorées par une meilleure collaboration interprofessionnelle. En effet, « les professionnels [...] sont appelés, plus que jamais, à assurer des soins à des clientèles particulièrement vulnérables, notamment en raison du vieillissement [...], mais aussi de la transformation de [...] structures sociales traditionnelles [...]. De nombreuses compétences professionnelles sont souvent requises [...] et leur mise en oeuvre [...] dépasse la simple juxtaposition des interventions multidisciplinaires » (Bégin 2001, p. 3-4). Selon la majeure partie des commentateurs, la complexification des soins et la transition démographique rendent nécessaires un nouvel assemblage de responsabilités, et celui-ci doit impliquer non plus une prise de décision par un seul type de professionnels, les médecins, ni une pratique multidisciplinaire de professionnels exerçant en parallèle, mais une pratique véritablement interdisciplinaire de professionnels collaborant dans un partenariat efficace et impliquant le patient (Orchard 2005, p. 1).

Pour l'usager, la collaboration favorise que tous partagent la même compréhension des buts de l'intervention, permettant un suivi plus facile, une meilleure coordination des ressources et des interventions plus cohérentes. Pour les professionnels, « comment ne pas voir que l'habitude de travailler ensemble, de partager l'information et de mener des actions convergentes au bénéfice du patient mènera à une amélioration générale des services professionnels ? » (Bégin 2001, p. 5-6).

La collaboration interprofessionnelle est également centrale dans les justifications des professions impliquées dans la démarche aboutissant à la Loi 90.

Améliorer la collaboration interprofessionnelle est un enjeu saillant, avec des pointes d'actions symboliques de la part de groupes professionnels, de groupes sociaux et de politiciens. Le nombre de parties prenantes et la complexité du contexte rendent difficiles de suivre cette préoccupation en utilisant une analyse de cycle de vie (ex. Mahon 1992). Elle est régulièrement amplifiée par des événements qui stimulent l'insatisfaction. Son importance est

soulignée tant en politique que dans la fonction publique, au sein des ordres professionnels et chez les autres parties prenantes. Ce thème est répandu dans la recherche sur l'organisation des soins. Une abondante littérature prescriptive la valorise. Le Code des professions avait même l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle parmi ses principaux objectifs. Durant l'élaboration de la Loi 90, entre 1997 et 2002, l'enjeu est marginal dans les médias généraux, mais bien présent dans les publications professionnelles, gouvernementales et académiques. Depuis au moins un demi-siècle, la collaboration persiste à être identifiée comme l'un des facteurs centraux à améliorer.

Le constat général est néanmoins que cette collaboration peine à se faire et il n'y a pas consensus sur la manière de réaliser cette collaboration.

Compétition faisant obstacle

« Bien que les soins interprofessionnels soient devenus un objectif pour les gouvernements, les organisations de soins et les groupes de fournisseurs de services, il reste plusieurs barrières à leur mise en oeuvre » (Marchildon 2013)

Plusieurs obstacles à la collaboration existent au niveau de la réglementation sur la santé et les rôles professionnels, des conventions collectives, des normes et autres arrangements institutionnels, de même qu'au niveau des jeux de pouvoir.

« [...] Dans le secteur des soins de santé au Canada [...]. S'il est difficile de réaliser un changement, c'est en partie en raison du fait qu'entreprendre des réformes [...] doit être négocié en tenant compte de structures organisationnelles et de répartition de pouvoir [...] » (Langley & Denis 2008, p. 23-24).

La concurrence est particulièrement en cause. En effet, des intérêts et perspectives sont en divergence. Les groupes occupationnels et surtout professionnels négocient leurs juridictions de manière à gagner ou conserver des champs d'exercice réservés. Dans le système de santé québécois, cette compétition entre professions est constatée à plusieurs reprises et déplorée pour ses effets négatifs sur l'utilisation des ressources (ex. : Bussièrès & Marando 2011, p. 11-12). D'autres pouvoirs ajoutent aussi leurs divergences d'intérêts et d'interprétation aux jeux politiques qui contraignent les stratégies et les structures pouvant être mises en place. Il semble donc qu'il y ait contradiction entre la compétition des groupes d'intérêts et la collaboration nécessaire pour le système.

Médecins et collaboration interprofessionnelle

« Les activités réservées, dans le cadre de ce projet, sont largement puisées dans le champ de la médecine » (Bégin, 12 juin 2002).

Les médecins sont cruciaux dans l'orientation des réformes. Leur dominance est remise en question à travers la valorisation de la collaboration interprofessionnelle, puisque les tâches mises en partage leur étaient presque toutes exclusives. Ce pouvoir médical s'appuyait sur la reconnaissance sociale associée à la nature scientifique de leur savoir. Il semble contesté sur la base d'autres facteurs comme la montée d'une logique managériale et d'une mise en forme des pratiques par le droit (Vigour 2009 sur Laborier & al. 2008), de même que la montée du pouvoir des patients et la volonté politique de rationaliser le secteur pour en réduire les coûts et favoriser le bien-être du patient. La profession médicale est ainsi touchée par non moins de 28 lois adoptées entre 2001 et 2008. Il en ressort que le pouvoir médical est l'objet d'une érosion relative, mais aussi d'une consolidation. En effet, le médecin perd l'exclusivité de plusieurs actes, mais se voit confirmé dans un rôle de contrôle ou de supervision des actes posés par les autres (Hudon, Mathieu & Martin 2009, p. 255-281), en particulier au niveau du diagnostic et du choix du traitement.

Dynamique de collaboration et de compétition interprofessionnelles

La compétition est donc tout aussi importante dans les relations entre professions que la collaboration qui y est valorisée. Elle apparaît comme une réalité qui limite la collaboration dans le système de santé. Comme il sera montré dans ce mémoire, elle se constate empiriquement et se prédit théoriquement à partir de la compréhension de la lutte pour le contrôle des champs d'exercice que constitue le système des professions :

« The central organizing reality of professional life is control of tasks. [...] Control over them is established [...] by competitive claims in public media, in legal discourse, and in workplace negotiation » (Abbott 1988, p. 85).

Cette approche systémique basée sur la compétition pour les juridictions ouvre une vision de la dynamique des occupations qui aide à comprendre la structuration du travail et peut servir face aux enjeux de ressources humaines et de contrôle organisationnel (Bureau & Suquet 2009, p. 467). Elle me semble particulièrement appropriée pour l'étude des négociations aboutissant à la réorganisation des champs professionnels par la Loi 90.

La dynamique interprofessionnelle est donc faite de collaboration et de compétition. Elle pousse à la fois au maintien et au changement de l'ordre établi. Ceci se reflète dans la négociation des juridictions. Les champs professionnels étant définis de manière légale par

les ordres et le législateur, leur négociation fait appel à des plaidoyers aux politiciens et fonctionnaires qui élaborent et votent les lois, règlements et normes de pratique. Elles sont aussi définies en partie par les tribunaux qui les interprètent et peuvent imposer des sanctions pour les faire appliquer. Les médias et leur influence sont souvent impliqués. Le milieu de travail est également un lieu où se négocient et où se définissent les champs professionnels qui seront exercés en pratique. La négociation aboutissant à la Loi 90 explicite particulièrement bien ce processus.

La dynamique de collaboration et de compétition est au centre du cadre d'analyse détaillé au prochain chapitre.

Loi 90 et autres réformes

Révisions et lacunes constatées dans le système professionnel

Le système des professions québécois est apprécié et même exemplaire à l'étranger (Sparer 2011), mais il comporte plusieurs lacunes, notamment des barrières à une collaboration interprofessionnelle qui soit favorable à l'efficacité d'ensemble. Ces lacunes incluent une délimitation à la fois floue et rigide des juridictions, des incohérences et des complexités réglementaires, des ingérences politiques, un alignement imparfait du corporatisme professionnel avec l'intérêt général et une mésadaptation aux conditions sociales et économiques. La confiance insuffisante du public est également jugée problématique.

Avant même la formalisation du système en 1973-74, les responsables sont conscients de ces barrières à la collaboration interprofessionnelle et tentent d'y remédier. À son 20^e anniversaire, on les constate à nouveau (Office 1999) et les mêmes lacunes restent aujourd'hui au coeur des difficultés identifiées du système professionnel québécois.

Une autre réforme en profondeur du Code des professions est lancée au 40^e anniversaire du Code. Elle arrive dans un contexte où « la crédibilité du système professionnel a été ébranlée » et où « la perception [...] reflète [...] une image de protectionnisme et de corporatisme » (Lemoyne 2004, p.13). L'entrée d'immigrants dans le système professionnel québécois reste aussi problématique. L'Office souligne que « les réalisations [...], de même que les difficultés rencontrées, sont peu documentées », mais que « le citoyen et la société en général sont plus informés; ils sont donc plus exigeants maintenant ». Il conclut que « à la suite des scandales des dernières années [...], il est apparu que les codes de déontologie n'étaient plus suffisants » (Lemoyne 2004, p. 13-18). L'Office fait aussi évoluer le système pour

tenir compte du changement des attentes quant à la gestion des institutions, notamment en prévoyant transformer les conseils d'administration des ordres de manière à y inclure davantage d'administrateurs externes. Il a aussi invité les ordres à s'investir dans les débats publics, « où leur expérience et leur compétence peuvent éclairer, enrichir » (Dutrisac 2015, p. 26) et possiblement améliorer l'image des professions. Bien sûr, « l'objectif premier [...] est avant tout [...] que les comportements soient naturellement conformes aux règles. [...] Nous misons [...] sur une approche préventive en matière de compétence et de conduite [...]. En somme, l'objectif est que le public soit en présence d'un professionnel compétent et spontanément intègre. » (Dutrisac 2015, p. 24-25).

Cependant, « l'adaptation à tout changement organisationnel n'est pas simple » et « lorsqu'on constate la difficulté de souscrire aux changements nécessaires pour sortir du problème, on en arrive à se demander si le problème ne faisait pas partie de leur zone de confort. [...] Voilà pourquoi des réformes, parfois bien sectorielles, pas très compliquées, prennent des années à être acceptables et acceptées. Autrement dit, [...] une grande partie des ingrédients de ces changements réside dans la capacité des intéressés de migrer vers l'idée qu'il faut changer quelque chose » (Dutrisac 2015, p. 35-36).

Réformes des soins de santé précédant la démarche vers la Loi 90

Le réseau de la santé est intimement lié au système professionnel, comme il a été précédemment exposé. Il y ajoute toutefois ses propres problématiques et son historique. Les réformes organisationnelles s'y succèdent :

« Depuis cinquante ans, les réformes ont été nombreuses et pratiquement continues dans le système de santé québécois. Les modifications de structure ont largement dominé [...]. Le statut des médecins et les modalités de paiement [...] ont cependant peu évolué. Aujourd'hui, après tous ces exercices, la performance du système est toujours perçue comme insatisfaisante et les solutions demeurent difficiles à saisir » (Turgeon 2011, p. 57).

Les soins dispensés par l'Église et la pratique libérale des médecins sont pris en charge par la fonction publique du Québec à la suite d'initiatives fédérales. La Commission Castonguay-Nepveu guide la création du système professionnel et du système de santé, notamment avec la Régie de l'assurance-maladie, qui devient l'unique payeur pour les services assurés et met en place le système de rémunération à l'acte. La structure à quatre paliers est définie par une loi de 1971. Une tendance à la délégation du pouvoir vers des CA de fonctionnaires a lieu jusqu'en 1991. La récession du début des années 1980 et le désistement progressif du financement fédéral amènent l'État québécois à réduire son offre de services. Néanmoins, le système occupe une part croissante des dépenses de l'État et les signes d'essoufflements se multiplient (listes d'attente, urgences engorgées, vétusté des installations, etc.).

La Commission Rochon (1985-1988) fait le constat d'un système « pris en otage par les groupes d'intérêt ». Elle produit la première évaluation formelle du système de soins. Un décalage est constaté entre la législation et la pratique. La commission juge également que « l'objectif de la collaboration interprofessionnelle [...] a été imparfaitement atteint ». En particulier pour la qualité et l'efficacité, elle conclut à « la nécessité de revoir toute la notion de champ exclusif et, par conséquent, le mécanisme de délégation » (Rochon 1988, p. 6-8). Elle recommande une politique gouvernementale, la régionalisation et une participation de la population, en particulier pour adapter l'allocation des ressources et les services à chaque milieu (Rochon 1988). La politique publiée en 1992 place le citoyen au centre, fixe des objectifs populationnels et d'équité. La gouvernance est modifiée dans cette optique. Pour modérer les dépenses, le gouvernement encourage les départs à la retraite, entreprend un virage ambulatoire et reconnaît les OSBL comme acteurs du système de santé. La capacité d'agir sur l'offre est montrée, mais aussi l'incapacité d'intégrer les soins et services (Turgeon 2011, p. 65-68).

Au milieu des années 1990, l'insuffisance de la collaboration interdisciplinaire est encore constatée. À la suite de rencontres, de consultations et de travaux, « des assouplissements réglementaires sont souhaités en matière de fonctionnement des domaines d'exercice ». L'Office et le CIQ livrent leurs recommandations en 1997 (Bernier 2001, p. 11-21), incluant notamment « d'abolir les barrières inutiles entre les professions » (Office 1997). Cette réflexion lancée par l'Office en 1993 (Dutrisac 2015, p. 19) trouve écho en 1999 dans un plan d'action ministériel (Goupil 1999). Les objectifs de ce plan étaient d'abord d'assouplir et d'alléger le cadre réglementaire en vue de répondre aux besoins du public et d'ouvrir les milieux professionnels à l'interdisciplinarité (Bégin 2002, 1^{er} mai).

Groupe Bernier : formation, démarche et rapport d'étape

« Dans le monde ultra-réglémenté des ordres professionnels, les changements [...] font figure de révolution ». Bien sûr, « reformuler autant de champs de pratique au même moment était une grosse entreprise » (Lévesque 2004, citant Dussault).

Au tournant des années 2000 est lancé un vaste mouvement de révision du système professionnel recentrant sur les droits, les intérêts et la santé du public. Partant d'une situation d'exclusivités et de chevauchements, il s'agissait de passer « de citadelles en concurrence à la gestion ouverte des compétences partagées ». Un ensemble de modifications à l'organisation du travail professionnel est apporté (Sparer 2011, p. 11).

La démarche d'un groupe de travail présidé par le Dr. Roch Bernier (le « groupe Bernier ») est centrale dans cette révision. Ce groupe est constitué afin d'identifier les problèmes d'organisation (Bégin 2001, p. 10), puis de suggérer des orientations propices à l'efficacité et à

l'efficacité de manière à ce que « le service approprié soit fourni par la personne compétente au moment opportun et à l'endroit souhaité » (Bernier 2001, p. 5). Son but est l'abolition des barrières inutiles entre les professions tout en garantissant la protection du public. L'optique est que l'articulation des champs permette une utilisation plus souple des ressources (Bégin 2001, p. 10). Il doit adapter l'organisation professionnelle à l'évolution des compétences, des besoins et de la technologie. La priorité doit être accordée aux problèmes communs à plusieurs professions et ses solutions doivent être élaborées en concertation avec les ordres, le CIQ, le MSSS et les autres organismes du secteur. Cette concertation doit servir à identifier les partenaires qui pourraient contribuer à l'application des solutions et à favoriser la compréhension et l'acceptation des solutions proposées (Bernier 2001, p. 5-7).

Plus précisément, le vaste mandat du groupe Bernier est de revoir les rôles et fonctions; identifier les actes à réserver pour prévenir les préjudices; identifier ce qui peut contribuer à l'évolution des professions et des instances d'encadrement que sont l'Office, le CIQ et les ordres; alléger la réglementation; suggérer des solutions que le cadre légal permet de mettre en place; et penser un mécanisme de résolution des problèmes interprofessionnels. Ceci doit être fait sans compromettre la protection du public ou l'accès aux services de base ou à faible risque; en facilitant la collaboration interprofessionnelle et l'amélioration continue, de même que la responsabilité et l'autonomie des professionnels; en amenant une meilleure compréhension du système professionnel par le public; et en donnant une liberté de choix aux usagers (Bernier 2001, p. 5-6). Le mandat est effectivement vaste.

Le Code des professions avait déjà subi de nombreuses modifications (« C'est un système qui est en pleine évolution et c'est fondamental que des ajustements soient apportés », expliquait déjà Castonguay), mais la plupart des champs n'avaient pas été substantiellement revus (Lévesque 2004). La révision apportée constitue la plus importante à ce jour.

Le groupe Bernier compte trois médecins, une infirmière, une physiothérapeute, une travailleuse sociale, une hygiéniste dentaire et un gestionnaire. Son équipe de soutien inclut en outre deux avocats, une secrétaire, un andragogue et cinq agents de recherche (Bernier 2001, p. 3-4). Les professions les plus représentées sont celles des médecins et des avocats. Par ailleurs, les femmes y sont majoritaires et la plupart des membres sont associés à des organisations urbaines.

En parallèle, la Commission Clair est mandatée pour adapter le système de santé. Elle recueille les points de vue et remet son rapport en décembre 2000 (Clair 2000). Elle diagnostique « la persistance d'une [...] accélération des coûts » et relève « un certain nombre de lacunes

dans l'organisation du système » (Dussault 2003, pp. 229-259). Son avis principal est que le statu quo « ne protège que les irritants du fonctionnement actuel » et « n'amènerait qu'une suite de crises prévisibles ». Son rapport affirme la nécessité de faire des choix, mais aussi de mieux performer, pour « accomplir le maximum avec l'argent disponible ». Le rapport Clair invite à « choisir de concevoir autrement l'organisation et le financement » pour « nous réapproprié l'évolution de notre système » (Bernier 2001, ch.5). Il propose de mettre en valeur des expériences de terrain en les adaptant à d'autres contextes et « d'injecter de fortes doses de management dans le système » (Clair 2000, p. VII). Le rapport recommande aussi de revoir le panier de services; de mettre en concurrence avec le privé; de favoriser la médecine familiale avec les GMF; de créer des dossiers électroniques de patients; de fusionner des établissements de première ligne sur une base territoriale; d'établir des contrats pour préciser les responsabilités; et de concentrer les CLSC sur une mission psychosociale. Ces recommandations appuieront les réformes entreprises par la suite. Le groupe Bernier revendique l'influence de ce rapport sur ses propres travaux (ex. : Bernier 2001, p. 5).

La révision du système professionnel se fait aussi dans le reste du Canada. En 2002, « après un an et demi de recherche et de consultations publiques, la Commission Romanow a publié son rapport [sur] l'avenir des soins de santé au Canada. Ce rapport contient 47 recommandations [...] centrées sur trois idées [...]: [...] il faut un solide leadership et une gouvernance améliorée; [...] le système de santé devrait être mieux adapté, plus efficace et plus responsable envers les Canadiens; [...] il faut des investissements stratégiques à court terme pour régler les problèmes prioritaires, ainsi que des investissements à long terme pour accroître la vitalité du système ». Plusieurs de ses recommandations correspondent à celles qui émergent des démarches faites au Québec, notamment : énoncer une vision commune et actualiser la loi; favoriser la collaboration; rendre le système plus complet; favoriser des dossiers électroniques; assurer un accès plus rapide en améliorant les listes d'attente, en levant les obstacles à la refonte des soins primaires; et augmenter l'offre de services diagnostics et le nombre de dispensateurs de soins (Romanow 2002).

Le groupe Bernier a ciblé seulement une partie des enjeux soulevés par les commissions Clair ou Romanow. La réflexion, la recherche et le dialogue qu'il a menés ont été centrés sur la définition des champs de pratique, leur articulation interprofessionnelle et leurs conditions d'exercice dans le but de faciliter la collaboration entre ordres et entre professionnels (Bernier 2001, Sommaire, p. 12, et ch. 1).

Une consultation élargie a été menée auprès des parties prenantes. Les travaux déjà réalisés tant au Québec qu'à l'extérieur ont aussi été mis à profit. Ceci tenait compte de projets-

pilotes, réflexions et recommandations de la Commission Clair (Clair 2000), de l'Office (Office 1997), du CIQ (CIQ 1997), des ordres (mémoires soumis entre 1997 et 2001), d'organismes de représentation du public, d'associations d'établissements, de syndicats, de personnalités significatives, d'experts et de milieux de formation et de recherche. Les travaux se fondent en outre sur l'examen des lois et règlements du Québec et d'ailleurs, des listes d'activités réservées dans les autres provinces ainsi que des propositions reçues. Pour chaque profession, la définition du champ de pratique et les activités réservées ont été examinées en fonction de la cohérence ainsi que des critères retenus. Les risques de préjudice et la formation ont été déterminants (Bernier 2001, Sommaire, p. 12, et ch. 1).

La phase I des travaux du groupe Bernier a été constituée de travaux préliminaires incluant des échanges avec les ordres, une fiche-synthèse pour chacun concernant son domaine d'exercice, puis sa révision par l'ordre concerné. Ensuite, des consultations ont été tenues auprès d'autres groupes et experts et une comparaison a été faite avec d'autres législations. Sa phase II a porté sur la santé physique dans le secteur public. Sa phase III a porté sur la santé physique dans le secteur privé. Sa phase IV a porté sur la santé mentale dans les secteurs public et privé. Le présent mémoire couvre les phases I et II, lesquelles fournissent les bases de la Loi 90 (Bernier 2001, p. 4-8).

Au cours des phases II, III et IV, le groupe Bernier a oeuvré en concertation avec chacun des ordres concernés pour élaborer un libellé de champ de pratique et une liste d'activités réservées. Un libellé initial était proposé, puis discuté dans une première rencontre. La plupart des ordres ont alors présenté un mémoire ou un autre document réagissant au libellé initial. Le libellé a été ajusté et discuté avec l'ordre dans une deuxième rencontre, puis ajusté à nouveau en réponse aux commentaires et pour harmoniser toutes les professions avec une vision d'ensemble (Bernier 2001, p. 4-8 et ch. 8).

Le milieu professionnel a fini par se rallier en faveur de ce changement significatif de philosophie : « Nous sommes partis d'une situation où les professions étaient isolées ou enfermées [...] dans des silos, et où les chevauchements [...] étaient analysés [...] dans un esprit de concurrence » pour aller « vers un esprit d'équipes polyvalentes [...] en faisant migrer chacune des cultures professionnelles vers une perspective de complémentarité et de collaboration interprofessionnelle » (Dutrisac 2015, p. 18-19).

« Pour une fois, tout le monde était conscient des problèmes que l'ancien partage des responsabilités occasionnait. Tout le monde voulait aussi assurer une bonne continuité dans les soins, même si cela voulait dire assouplir l'accès à certains actes médicaux [...]. On était au-dessus des guerres entre ordres qui veulent se partager un même gâteau » - Jean K. Samson, président de l'Office (Boucher 2002).

Le groupe Bernier publie un rapport d'étape portant sur 13 professions associées au système public de santé physique (Bernier 2001). Ce « rapport Bernier » servira de fondement aux révisions législatives regroupées dans la Loi 90. Il met en lumière l'inadéquation entre les actes autorisés et les connaissances et compétences des professionnels. Dans certains cas, les professionnels ont développé la compétence pour des actes qu'ils ne peuvent légalement accomplir. En outre, le travail amène certains professionnels à poser des actes qui leur sont interdits. Le rapport conclut que « en toute logique, la santé serait mieux servie par des pratiques interdisciplinaires et la collaboration entre professionnels » (Hudon 2009, p. 323-324).

Le rapport Bernier documente scrupuleusement sa démarche et ses 464 pages rendent compte de l'essentiel des plaidoyers des 13 ordres professionnels couverts. On y trouve ainsi leurs principaux arguments. Sa fidélité a été validée par une comparaison avec une partie des mémoires déposés par les ordres. Tous les débats parlementaires à son sujet ont été scrutés à la recherche de remises en question, suivant la logique que l'opposition parlementaire relaterait les principales objections des parties prenantes. Or, il apparaît que le rapport Bernier a été accepté de manière très consensuelle, ce qui offre une autre validation qu'il reflète bien les arguments qui lui ont été présentés. Ce rapport semble donc constituer un excellent matériau pour relever les bases de raisonnement exposées.

Son processus éclaire les enjeux et les positions relativement à la division du travail professionnel, à la dynamique de collaboration et de compétition et aux stratégies de négociation des ordres. C'est pourquoi la démarche du groupe Bernier est au centre de ce mémoire. Les plaidoyers qu'il a recueilli sont analysés par la suite.

Loi 90 & analyses existantes

« Le projet de Loi 90 a pour [...] ambition d'apporter [...] des définitions claires, contemporaines, concises et adéquates en dessinant un partage des exclusivités [...] Non seulement pour éliminer certaines barrières [...], mais surtout pour tenir compte de l'évolution considérable des connaissances des professionnels, des techniques, des façons de faire et aussi des besoins du milieu [...]. Elle [...] pave la voie à une culture de collaboration et de convergence au service des patients » (Bégin 2002, 1^{er} mai).

La Loi 90 modifie le partage des tâches entre les professions qui forment le noyau du régime public de santé physique. La loi laisse à plus tard les recommandations touchant deux des professions consultées par le rapport Bernier : les sages-femmes et les travailleurs sociaux. Les 11 autres professions sont incluses : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, pharmaciens, inhalothérapeutes, technologues médicaux, technologues en radiologie, diététistes, orthophonistes/audiologues, ergothérapeutes et physiothérapeutes (Québec 2002).

En bref, la Loi 90 vise « l'utilisation pleine et entière des compétences de chaque professionnel [dans] un contexte fondé sur une collaboration interdisciplinaire mature et bien comprise par les [...] intervenants, et [...] une dynamique de travail qui fait appel à une philosophie d'équipe et non de concurrence » (Turcotte 2005, p. 16).

Pour y arriver, le législateur « établit un cadre qui permettra d'autoriser des professionnels autres que les médecins à exercer certaines activités médicales, [et] prévoit diverses mesures de surveillance [...] » (Québec 2002). En clair, il s'agit d'autoriser des professionnels autres que médecins à exercer des activités qui étaient auparavant strictement réservées aux médecins, mais aussi que le Collège des Médecins vérifiera la qualité des activités médicales. De plus, la législation prévoit un nouveau partage des responsabilités en agissant sur deux plans : un champ d'exercice général et une liste d'activités réservées pour chacune des professions. Avant la Loi 90, c'est le champ qui reçoit l'exclusivité et le droit de pratique concerne tous les gestes en lien avec ce champ. L'abolition de l'exclusivité du champ rend nécessaire d'énumérer les activités réservées (Office 2003, p. 9). En somme, par la mise à jour des balises professionnelles, la Loi 90 met fin à plusieurs monopole sur des types d'actes tout en assurant une mise à profit des compétences réelles des professionnels (Hudon 2009, p. 324).

La Loi 90 maintient une juridiction très englobante pour les médecins, en réaffirmant que « l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir » (Québec 2002).

Deux activités restent exclusives aux médecins : le diagnostic et la détermination du traitement médical (Hudon 2009, p. 326-327), « leur rôle fondamental » (Bégin 2002, 1er mai). Ceux-ci gardent aussi le droit d'accomplir toutes les activités réservées aux autres professions du système public de santé physique, à l'exception de la préparation et de la vente de médicaments, qui demeurent exclusives aux pharmaciens. La prescription des médicaments reste aussi du domaine exclusif des médecins, sauf dans quelques cas : « avec les pharmaciens dans le cas de la contraception orale d'urgence, et avec les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ». La prescription du traitement est aussi partagée avec les IPS dans ces domaines (Hudon 2009, p. 326-327).

Toutes les autres activités auparavant exclusives aux médecins deviennent partagées avec les infirmières ou d'autres professionnels. Une ouverture des juridictions se fait aussi pour plusieurs professions envers des professions subordonnées, comme des infirmières aux infirmières auxiliaires. En fait, plusieurs de ces actes sont déjà exercés et la loi vient

régulariser une situation qui existe déjà tout autant qu'elle met en place de nouveaux partages. Il devrait en résulter des économies, mais surtout une meilleure organisation du travail (Legault 2002).

Mise en oeuvre et manquements de la Loi 90

« L'invention de la solution n'est souvent pas compliquée. Ce qui l'est plus, c'est de convaincre les intéressés » (Dutrisac 2015, p. 35).

La mise en application de la Loi 90 prend davantage de temps que les 6 à 12 mois annoncés à son adoption (Bégin 2002, 1^{er} mai). Fruit d'une réflexion énoncée par l'Office en 1993, elle reprend l'essentiel du Rapport Bernier de novembre 2001, est déposée comme projet de loi le 1^{er} mai 2002, est débattue lors de quatre séances parlementaires et se voit adoptée le 14 juin 2002 par l'assemblée législative québécoise. Le mode d'entrée en vigueur est par décret du gouvernement. C'est le 11 décembre 2002 que vient le décret mettant en vigueur ses dispositions principales. Il faut toutefois attendre le 11 juin 2014 pour que l'ensemble de ses dispositions soient mises en vigueur. À partir du plan ministériel de 1999, il aura donc fallu 15 ans pour que cette réforme soit réalisée au niveau législatif.

La mise en oeuvre de la Loi 90 sur le terrain rencontre en outre plusieurs obstacles. Il en résulte que « en dépit des pénuries de main-d'œuvre, certains groupes professionnels dont les champs de compétences ont été considérablement élargis [...] restent sous-utilisés. Le recours aux infirmières cliniciennes, par exemple, reste marginal [...]. Des praticiens hautement qualifiés [...] sont amenés ainsi à prendre en charge des fonctions qui pourraient être exécutées de façon satisfaisante par du personnel d'échelons inférieurs » En outre, « en dépit des évidences apportées par la recherche quant à la contribution des prestataires non officiels, notamment sur la première ligne de soins, les efforts d'encadrement de ces derniers et leur intégration au système officiel sont quasi inexistantes » (Dussault 2003, pp. 229-259).

Le fonctionnement en équipes interdisciplinaires n'est pas atteint. En effet, « la profession médicale constitue toujours le coeur, le noyau dur de la pratique professionnelle », en correspondance assez étroite avec le modèle de collaboration sous l'autorité du médecin qui est proposé par le Collège des médecins en 2001 (Hudon 2009, p. 326-327). De manière générale, la portée de la Loi 90 sur « le travail interprofessionnel, l'intégration des activités et l'amélioration de la performance » est jugée insuffisante, car « les changements apportés [...] restent inscrits dans le cadre établi depuis 1973 et ne permettent pas de faire face à [ces] grands enjeux auxquels il est confronté ». (Dussault 2003, pp. 229-259).

La gestion des ressources humaines dans les changements apportés par la Loi 90 est particulièrement critiquée. La Commission Clair (Clair 2000) reprenait les recommandations de la Commission Rochon (Rochon 1988) et soulignait que « une vision claire et des politiques explicites en matière de ressources humaines s'avèrent indispensables pour corriger et prévenir les déséquilibres qui risquent de compromettre la performance des personnels et conséquemment du système de santé ». Pourtant, « la thérapie de choc à laquelle le système de soins de santé a été soumis n'a pas été accompagnée d'une attitude proactive des décideurs en matière de gestion des personnels ». En effet, « la maîtrise des coûts, qui fut un moteur de ces transformations, a conduit à une vision à court terme qui n'a pas permis d'anticiper l'impact sur la main-d'oeuvre des nouvelles orientations ». Son « absence quasi complète [...] dans le processus de planification [...] a fait en sorte que différents groupes de personnels en ont été des victimes ». Vu la déficience de la fonction ressources humaines, « tout reste encore à faire pour juguler les problèmes auxquels est confronté le système [...] et qui touchent à la fois les effectifs, les conditions de travail et la régulation de l'activité professionnelle ». Un élément pointé du doigt est « la gestion centralisée des relations d'emploi », laquelle « compromet la flexibilité du système ». De plus, « Les modalités alternatives (emplois occasionnels, postes à temps partiel) qui s'offrent aux administrateurs contribuent à miner la qualité de vie du personnel et créent une insatisfaction croissante » qui a pu faire passer « en quelques années d'une situation de relatif surplus à une situation de pénurie » (Dussault 2003, pp. 229-259).

Le mode de rémunération des médecins est aussi dénoncé : « De même, aucune initiative majeure n'a été engagée pour revoir le mode de rémunération à l'acte [...], même si cette modalité de paiement a été maintes fois reconnue [...] comme pouvant affecter l'efficacité du système et engendrer des incitations négatives » (Dussault 2003, pp. 229-259).

Quelques autres éléments manquants sont signalés, notamment « la question de la contribution des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse » (Bégin 2002, 24 mai).

Malgré l'adoption de la Loi 90 et la mise en vigueur de ses dispositions principales, « la centralité du médecin et sa rémunération à l'acte n'ont pas été amoindris; la gestion des ressources humaines n'a pas réduit son usage des modalités alternatives d'emploi; la centralisation de sa gestion n'a pas été diminuée, mais plutôt fortement augmentée ». Il semble donc que les correctifs recommandés par la Commission Rochon n'aient pas été apportés. Une année après la Loi 90, on juge conséquemment que « la période de turbulence du système de santé n'est sans doute pas achevée » (Dussault 2003, pp. 229-259).

Révisions du système de santé suivant la Loi 90

« Les enjeux sont multiples : immigration, délivrance des permis de pratique, mobilité de la main-d'oeuvre, [...] pratiques [...] à distance, évolution accélérée sur le plan des formations, mais aussi les nouvelles réalités de la société »

- Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office (Champagne 2014).

Le processus aboutissant à la Loi 90 n'est qu'un moment dans l'évolution de la division du travail professionnel dans le système de santé québécois. Il participe à des luttes déjà existantes et se poursuivant encore. C'est pourquoi la suite est ici sommairement couverte.

Le système de santé et de services sociaux et plus particulièrement la collaboration interprofessionnelle continuent d'être jugés insatisfaisants après les années 2000. Plusieurs autres réformes sont annoncées et leur mise en oeuvre reste difficile. Les changements de structure restent au coeur des réformes.

Les travaux du groupe Bernier se poursuivent après son rapport de 2001. Ils portent sur les professions externes au système public et/ou associées à la santé mentale ou aux relations humaines (i.e. aux services sociaux). Ils sont exposés dans un rapport publié en 2009 (Trudeau 2009) et aboutissent à d'autres révisions législatives définies dans la Loi 21, adoptée en 2009.

Le « nouveau management public » inspire les principales transformations qui suivent. La Commission Clair s'accordait avec cette philosophie de gestion fondée sur des pratiques du secteur privé. Son courant managérialiste place l'emphase sur les résultats, la transparence et l'imputabilité. Il implique des objectifs clairs, des mesures de performance et une concertation des secteurs public, privé et communautaire. Le modèle des GMF, créé pour remplacer les cabinets privés, implique une relation contractuelle avec un établissement public et chacun des utilisateurs. Les CSSS sont créés, chacun devant assumer un des 95 réseaux locaux de services (RLS) (Turgeon 2011, p. 62). Les régies régionales et leurs élus locaux sont remplacés par des agences (ADRLS, puis ARSSS) aux membres désignés par le ministre. Des ententes de gestion encadrent « lourdement » les CSSS. Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont aussi créés, un par faculté de médecine. Chacun doit définir des « corridors de services » pour la médecine spécialisée. Un commissaire doit évaluer, justifier les actions et responsabiliser les citoyens face à leur santé et à leur utilisation des services (Turgeon 2011, p. 68-77). Cette réforme tente ainsi « d'institutionnaliser le principe d'une responsabilité populationnelle, de subordonner ce principe à une gouvernance managériale et de réorganiser la production des soins et services en fonction des usagers plutôt que des intérêts [...] des établissements et des producteurs de soins » (Denis 2008, p. 54).

La privatisation des soins est ouverte en 2005 par le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli. Auparavant, les services du régime public ne pouvaient être couverts par un assureur privé. Dans la logique que les délais du système portent atteinte aux droits, l'assurance privée est depuis autorisée (Turgeon 2011, p. 68-77).

Un deuxième rapport Castonguay propose en 2008 « un nouveau contrat social, visant [...] la pérennité du système » et s'appuyant sur « l'universalité, la solidarité, l'équité, l'efficacité, la responsabilité et la liberté ». Ce dernier principe est une nouveauté dans le discours sur la santé au Québec. Le rapport invite à « assumer sa [...] responsabilité [...] et [...] à contribuer [...] en fonction de ses moyens » (Castonguay 2008, p. 3-4). Il recommande la limitation des dépenses publiques en accordant leur croissance à celle de la richesse. Il encourage aussi à les limiter suivant des priorités établies par un institut d'excellence (Castonguay 2008, p. 10-18). Il dénonce un MSSS trop centralisé et accaparé par la microgestion plutôt que par la planification et l'appréciation de performance. Il préconise que les agences soient des acheteurs de services auprès des organisations publiques, ou privées. Le rapport invite aussi l'État fédéral à assouplir ses exigences et à stabiliser son financement (Castonguay 2008).

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) est créé « pour favoriser l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources ». Il inclut aussi les services sociaux. Une contribution fixe est mise en place et l'optimisation des établissements est entreprise suivant l'approche *Lean*, avec des incitations financières liées à la performance (Turgeon 2011, p. 77-80).

« Ces annonces de nouvelles réformes ne manqueront pas de susciter de l'appréhension dans un système où [...] rien ne demeure stable très longtemps, mis à part les façons de payer les hôpitaux et les médecins » (Turgeon 2011, p. 80).

D'autres réformes ont suivi, notamment des changements structurels amenés par la Loi 10 de 2015. Le pouvoir central du ministre de la Santé est accru avec l'abolition du palier régional et la concentration des décisions locales sous la gouverne des conseils d'administration de 28 CISSS plutôt que de ceux de 98 CSSS et de milliers de ressources complémentaires. En regard de la contestation de cette réforme et de ses résultats mitigés, de nouveaux ajustements peuvent être anticipés.

Réponse aux analyses sur la Loi 90 et son contexte

Un travail de recherche doit dire quelque chose de neuf tout en restant lié à ce qui a déjà été fouillé, démontré et accepté, et doit l'exprimer d'une manière qui intéressera le lecteur et qui sera comprise. Une manière de le faire est de se situer dans le contexte de travaux reconnus. Bien sûr, il faut prendre garde de ne pas laisser les textes de référence nous détourner du propos que nous cherchons à tenir, tout autant qu'à ne pas déformer les propos de ces textes (Becker 2007, p. 135-149). Plus précisément, on peut penser à six usages pour la littérature. C'est une source d'idées fondamentales, notamment de pistes à explorer. Elle fournit aussi des modèles de travail scientifique, de sophistication et de style d'écriture. Finalement, citer des sources permet de montrer une allégeance avec un camp théorique et une solidarité symbolique avec le domaine (Becker 2007, p. 137-139). De façon plus générale, le travail de recherche consiste à proposer de nouvelles connaissances, voire de nouvelles théories « ensemble ordonné d'affirmations sur une structure ou un comportement génériques que l'on suppose correspondre à une étendue significative d'instances spécifiques » (Sutherland 1975, p. 9, cité dans Boxenbaum & Rouleau 2011, p. 274). Leur développement et leur présentation s'appuient sur des matériaux empiriques, des concepts théoriques et des métaphores, de même que sur des scripts épistémiques guidant le rapport aux travaux reconnus. Le script d'évolution inscrit les travaux en continuité. Le script de différenciation, en rupture. Le script de bricolage combine des éléments disponibles en nouvelles représentations. « Le bricolage des concepts, du matériel empirique et des métaphores permet la conception de nouvelles théories alors que l'évolution et la différenciation, portant une plus haute légitimité académique, prédominent dans la présentation des théories » (Boxenbaum & Rouleau 2011, p. 272-296). Le présent mémoire cherche à s'inscrire en continuité théorique, bien qu'il fasse un bricolage joignant des concepts de plusieurs courants académiques. Au niveau empirique, il s'appuie aussi fortement sur les interprétations existantes, mais s'en distingue en amenant un angle d'interprétation qui n'y avait pas été appliqué auparavant, espérant alimenter la réflexion.

Sur l'élaboration de la Loi 90, peu de littérature académique a pu être identifiée, mais la littérature professionnelle et gouvernementale est plutôt abondante. Les instances du système des professions, incluant les ordres, la CIQ et l'Office des professions, ont aussi émis un bon nombre de publications à ce sujet.

Un dossier sur le pouvoir médical publié en 2009 dans *Recherches sociographiques*, la revue de sociologie de l'Université Laval, contient les quatre articles académiques pertinents qui ont été trouvés en lien avec la Loi 90. Le dossier est dirigé par Raymond Hudon, professeur de sciences politiques à l'Université Laval.

- « Le pouvoir médical au Québec. Tensions autour du statut professionnel des médecins », de Hudon, présente l'enjeu du pouvoir du médecin, de même que les autres articles. Le texte survole et corrobore la plupart des interprétations lues ailleurs.
- « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure », de Hudon, Martin & Perrault, s'inscrit « dans la foulée de la loi 90 » et « analyse l'évolution du statut [...] des médecins dans le cadre [...] de leurs relations avec [...] les infirmières, les chiropraticiens et les techniciens ambulanciers ». Il montre « que les médecins [...], en refusant de déléguer le droit au diagnostic et à la détermination du traitement médical, [...] continuent d'exercer un contrôle réel sur les pratiques des autres groupes professionnels ». Il décrit comment ces groupes sont impliqués dans le processus de la Loi 90. Son exposé est clair et donne accès à une vue d'ensemble. Toutefois, il s'intéresse spécifiquement à l'impact sur le pouvoir médical et peu aux aspects discursifs. Par ailleurs, son analyse fait des omissions quant aux effets de la Loi 90. Par exemple, l'article souligne que dix activités réservées aux médecins sont touchées par la législation. Or, davantage sont touchées, puisque presque toutes les activités accordées en réserve aux autres étaient exclusives aux médecins, quoique certaines pouvaient être déléguées.
- « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », de Hudon, Mathieu et Martin (2009), expose les 28 lois adoptées entre 2001 et 2008 qui touchent à la profession et à la pratique des médecins. Il souligne « que le pouvoir médical est objet à la fois d'une érosion relative et d'une consolidation, selon qu'on porte attention au contrôle des conditions d'exercice de la pratique ou au statut hégémonique de la profession au sein du système de santé ». L'article guide une compréhension du contexte plus général.
- « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical », de D'Amour, Tremblay et Proulx (2009), plaide contre l'autorité des médecins sur l'ensemble des services et pour l'accroissement de celle des infirmières. L'article demande d'adapter l'organisation des soins pour maximiser le potentiel des intervenants, de même que l'accessibilité, la globalité et la qualité des services. L'article souligne l'importance de la négociation des frontières entre médecins et infirmières et présente des facteurs qui la favorisent ou l'entravent. Il mentionne que l'accroissement des responsabilités des infirmières qui est intégré dans la Loi 90 ne se traduit que partiellement sur le terrain. Sa

lecture a alimenté la réflexion sur le rôle central de la négociation de la frontière entre médecins et infirmières dans l'élaboration de la Loi 90.

Sur la collaboration interprofessionnelle dans le système de santé québécois, plusieurs des textes mentionnés ont été utiles. Un autre texte a été informatif :

- « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », de Sicotte, D'Amour et Moreault, publié en 2002 dans *Social Science & Medicine*. Il contextualise la poussée vers les équipes interprofessionnelles dans laquelle s'inscrit l'élaboration de la Loi 90. Il présente une analyse en CLSC qui aide à comprendre l'interprofessionnalité en milieu de travail.

Plusieurs chapitres d'ouvrages académiques traitent des frontières entre les professions ou des réformes législatives qui les affectent. Aucun n'a toutefois été trouvé relativement à leurs dimensions discursives. Trois exemples qui sont cités dans notre mémoire :

- « Les réformes en santé et en justice : Le droit et la gouvernance », dirigé en 2008 par Pascale Laborier, Pierre Noreau, Marc Rioux et Guy Rocher. Il présente des chapitres de François Buton, André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, Mylène Jaccoud, Paul Lamarche, Violaine Lemay, Nadine Machikou, Pierre Noreau, Frédéric Pierru, Marc Rioux, Guy Rocher, Antoine Vauchez et Laurent Willemez. Ces articles traitent du sens des réformes en général. Ils s'intéressent aux « formes de la gouvernamentalité ». Vigour (2009) en présente les grandes lignes : « L'hypothèse centrale qui sert de fil directeur et en constitue l'originalité : le droit reste un élément structurant des nouveaux modes de gouvernance des démocraties, même si des modalités de formalisation juridiques plus souples semblent mises en avant [...]. Tous insistent sur "la mise en idées" des réformes et l'importance des représentations cognitives et normatives qui guident les pratiques et qu'il convient d'étudier de manière longitudinale ». La commentatrice (Vigour 2009) est très critique relativement à l'ouvrage, alors il n'a pas été fouillé et n'est pas cité dans le présent mémoire. Plusieurs de ses éléments reflétés par Vigour a toutefois été des inspirations. En un sens, ce mémoire s'inscrit dans le même programme de recherche en fouillant les arguments des parties prenantes de la réforme amenée par la Loi 90 (Laborier et al. 2008).
- Jean-Bernard Trudeau, Sylvie de Grandmont, Lise Lafrance et Line Poitras ont publié un chapitre sur la Loi 90, « La "Loi 90" : la force de l'interdisciplinarité » dans un ouvrage académique de Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau, « Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation ». On remarquera Sylvie de Grandmont, anciennement v.p. de l'Office et membre du groupe Bernier.

- Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois ont exprimé des critiques acerbes des changements apportés par la Loi 90 dans “Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins”, un article publié en 2003 au chapitre 9, p. 229-259 de l’ouvrage *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, dirigé par Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger et publié à l’Université Laval.

Un mémoire de maîtrise a aussi été consulté :

- Véronique Turcotte a traité de l’élaboration de la Loi 90 dans un mémoire de maîtrise déposé en 2005, « Intégration des psychologues dans les équipes multidisciplinaires de première ligne ». Ce mémoire dirigé par Daniel Reinharz au sein du département de médecine sociale et préventive de l’Université Laval rapporte une analyse en milieu de travail ciblant les problèmes d’intégration et de coordination. Il est informatif quant aux pratiques interprofessionnelles de quatre établissements de santé, ce qui corrobore que les dispositions de la Loi 90, et surtout ses intentions, ne sont pas pleinement mises en oeuvre. Il ne traite pas directement de la négociation qui a abouti à la Loi 90.

La littérature professionnelle comporte quelques dizaines d’articles ayant été publiés sur cet objet pendant le processus d’élaboration et après l’adoption de la Loi 90, comme on pouvait s’y attendre. Bien sûr, il faut considérer que les auteurs ne sont pas détachés de leur objet, puisque la Loi 90 les touche et que son commentaire peut participer directement à la poursuite de revendications. Plusieurs ont néanmoins été très informatifs pour comprendre la plupart des aspects de la loi et de son contexte et pour en tirer des extraits citables. Toutes les publications consultées appuyaient globalement les lacunes constatées, les objectifs, le processus d’élaboration, le rapport Bernier, le projet de Loi 90 et/ou sa mise en vigueur. Concernant le type de collaboration interprofessionnelle à mettre en place, il y avait toutefois quelques divergences. La plupart des articles qui en traitaient appuyaient le modèle impliquant une large autonomie de la part des professions et une coordination par équipe. Les publications de médecins qui ont été lues prônaient toutefois toutes le maintien de la centralité des médecins et une collaboration des autres professions sous leur autorité. Seuls les textes cités sont rapportés en bibliographie.

Exemples de publications professionnelles consultées:

- Desrosiers, G. (2007), « Bill 90: repercussions for all nurses », p. 6-8 dans *Perspective Infirmière*, revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 4(3).
- Lorquet, Édith (2003), « Projet de Loi 90 : un nouveau cadre juridique pour le partage des activités professionnelles », p. 6-8 dans *Le Collège* 43(3).

Les instances du système des professions ont publié des textes ou des compte-rendus de prestations publiques au sujet de la Loi 90 et de son élaboration. Les plus utiles ont été les présentations qui ont été faites de la Loi 90 à diverses occasions, aux points tournants de sa démarche ou lors de rétrospectives. Les publications les plus utiles sont les dizaines de mémoires déposés pendant le processus. Deux problèmes contraires ont toutefois été rencontrés. D'une part, les textes retrouvés se sont avérés difficiles à analyser vu leur abondance. D'autre part, il s'est avéré difficile de récupérer un ensemble exhaustif ou équilibré de ces textes, car seulement une fraction de ceux-ci ont été archivés de manière à permettre une consultation facile. Ils sont notamment dans les archives de l'Office, du CIQ et des ordres, mais ces instances n'y donnent pas un accès facile ou gratuit. En particulier, l'Office n'a pas laissé consulter ses registres pour identifier les documents en sa possession. Une démarche en vertu de la Loi sur l'accès à l'information a permis d'avoir accès à quelques textes qui ne se sont pas avérés les bons malgré des frais significatifs (600\$). Des portions de quelques-uns ont pu être retrouvées en ligne. Beaucoup d'autres publications ont pu être ainsi trouvées. Ces textes ont été lus en notant les éléments semblant les plus pertinents. Puisque les publications consultées ne montraient pas de divergences avec le compte-rendu donné par le rapport Bernier, ce rapport a semblé assez fiable comme source concernant les plaidoyers déployés durant sa démarche. Cet usage avait l'avantage de donner accès à des synthèses formulées de manière comparables pour les divers ordres professionnels. Beaucoup d'informations complémentaires a été puisée dans ces publications d'instances du système des professions.

La littérature gouvernementale couvre aussi la Loi 90 et son élaboration, notamment les communications qui l'ont balisées et le texte législatif lui-même. Tous les documents utilisés durant les débats parlementaires et tous les verbatims de ces débats reliés au projet de Loi 90 sont facilement disponibles et ont été consultés. Les débats se sont révélés particulièrement utiles en ce qu'ils relaient des points de vue de parties prenantes exprimées ailleurs. Les parlementaires les utilisent à leurs propres fins, mais ce faisant, ils en révèlent une partie intéressante des points de vue en accord ou divergents. L'information la plus importante qui est sortie de leur analyse est le consensus relativement au rapport Bernier.

Sur le système de santé québécois, les publications académiques sont nombreuses. Elles traitent presque toutes d'aspects spécifiques, mais sont utiles à la compréhension d'ensemble lorsqu'elles contextualisent elles-mêmes leur démarche et leur objet. Les publications gouvernementales et celles des instances du système des professions ont souvent été informatives, mais souvent partielles, difficiles à comparer et il a été un peu plus difficile à retracer les publications du tournant des années 2000 que celles des derniers mois ou des dernières années, en particulier sur leurs sites web. Les publications professionnelles se sont avérées moins utiles à la compréhension d'ensemble. Les plus mobilisées :

- L'étude de 173 pages de Gregory Marchildon sur « Canada: Health system review », publiée en 2013 dans *Health System in Transition* 13(1), a été utilisée pour comprendre le système québécois dans le contexte canadien.
- Des notes préparées pour la présentation de la Loi 90 en 2003 par Jean K. Samson, président de l'Office, aux représentants du réseau de la santé, ont été obtenues sur le site de l'Office et ont permis d'en fixer la compréhension. Ils ont aussi fourni des extraits citables.
- Le rapport Rochon de 1988 rapportant les résultats de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, décrit précédemment.
- Le rapport Clair de 2000, rapportant les résultats de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux mandaté, décrit précédemment.

La littérature sur les soins de santé est abondante. Elle traite toutefois souvent d'aspects très spécifiques ou de généralités abstraites, ou prend une posture prescriptive en décrivant plutôt ce qui devrait être. La plupart des textes consultés se sont avérés peu propices à aider à saisir la structure et le fonctionnement du système de santé. Néanmoins, un grand volume de lectures a permis de "relier les points" et d'arriver à une certaine vue d'ensemble sur la structure, les processus et les manières de pensée ayant cours.

Le prochain chapitre s'appuie sur le deuxième volet du recours à la littérature existante pour présenter la construction théorique guidant les observations. Ses textes et ceux du présent chapitre aident à situer le mémoire. Au niveau empirique, il présente une analyse à l'intérieur des balises plutôt consensuelles de la littérature. Au niveau théorique, il s'appuie fortement sur un modèle bien défini, celui de Abbott (1988), dont il complète et ancre certains aspects avec d'autres textes principalement issus des sciences de la gestion. Il se positionne ainsi en continuité de recherches en cours, mais en fouillant un aspect peu exploré, celui des arguments utilisés dans la négociation entre les professions tels qu'observables dans l'élaboration de la Loi 90.

Cadre d'analyse

(chapitre 3)

La science « réalise ses objets sans jamais les trouver tout à fait, elle ne correspond pas à un monde à décrire, mais à un monde à construire » (Bachelard 1934).

Le cadre d'analyse spécifie qui, et quoi, sera ou non étudié. Il définit les principaux éléments conceptuels considérés : événements, milieux, processus et constructions théoriques. Il précise aussi leurs relations. Certaines sont purement logiques. Certaines reflètent des résultats empiriques. Le cadre est développé par itérations et peut évoluer à partir du travail de terrain. Il délimite la recherche et guide la collecte de données et la réflexion (Miles & Huberman 2003, p. 40-54).

Survol

Dans ce mémoire, les plaidoyers des ordres professionnels sont interprétés principalement à la lumière du modèle théorique d'Abbott (1988) sur le système des professions et du modèle de Bitektine (2015) expliquant le changement social en fonction des dynamiques de légitimation. D'autres textes sont évoqués pour mettre en perspective l'interprétation et la situer au sein de la littérature académique des sciences de la gestion et du management stratégique. Dans un objectif heuristique, il s'agit de développer les propriétés de chacun des concepts importants en cherchant une certaine saturation théorique (Glaser & Strauss 1967) avant d'arriver à un cadre d'analyse opérationnalisable. Les concepts sont présentés en suivant le fil de la réflexion jusqu'au point de vue proposé.

La notion de profession est d'abord revisitée plus en détail avec une perspective théorique basée sur la littérature académique à ce sujet. Il s'agit de bien établir la compréhension de cet objet central pour préciser et situer la théorie d'Abbott (1988) au sein de la recherche. La synthèse d'Ackroyd (2016) fournit une typologie distinguant un ensemble de théories axées sur le fonctionnalisme des institutions d'un autre ensemble de théories axées sur le conflit. Il souligne l'importance des théories discursives pour les deux ensembles. Cette synthèse est évaluée en contraste des revues de littérature publiées par Cronin et al. (2018) et Saks (2012).

La collaboration est le point d'entrée vers le cadre d'analyse retenu, puisque toutes les parties prenantes la soutiennent comme un impératif et une justification. Les dimensions qui lui sont attribuées par divers courants de la littérature sont esquissées. Deux théories traitant de son importance organisationnelle, celles de Barnard (1938) et d'Aldrich & Fiol (1994) sont ensuite survolées.

La compétition est ensuite examinée, puisqu'elle semble fondamentale dans la dynamique interprofessionnelle malgré l'impératif de collaboration. Quelques théories du management qui en traitent sont évoquées, notamment celle de l'analyse concurrentielle de Porter (1982) et celle de la perspective des ressources de Barney (2002). L'interdépendance des parties prenantes amène toutefois à penser la compétition de manière systémique.

La perspective systémique est explorée et retenue, puisqu'il est malaisé de considérer isolément chaque profession dans la négociation de ses juridictions. En effet, réserver une activité à une profession implique de l'interdire aux autres. La partager implique d'en retirer l'exclusivité à une profession. La répartition des juridictions se fait donc de manière compétitive et systémique. Le modèle du système des professions d'Abbott (1988) met précisément l'emphase sur la négociation interprofessionnelle des juridictions. Il permet même d'affirmer que « l'histoire des conflits de juridiction est l'histoire réelle, déterminante, des professions, que les revendications de juridiction donnent l'impulsion et la forme de leurs développements organisationnels » (Abbott 1988, p. 2). Il décrit magnifiquement bien les dimensions du processus rapporté par ce mémoire. Il a donc été choisi pour en former le pivot explicatif. La synthèse de Rouleau (2007) sur la théorie des systèmes est sollicitée pour mettre Abbott (1988) en contexte.

La légitimité est apparue comme un facteur central dans l'argumentation compétitive rapportée par le Groupe Bernier. Il s'agissait pour chaque partie prenante de justifier pourquoi une profession devrait avoir une certaine juridiction plutôt qu'une autre. Cette dynamique de légitimation implique plusieurs mécanismes qui sont explorés en cherchant du côté des théories institutionnelles. Les notions essentielles aux dynamiques de légitimation en contexte organisationnel sont exposées sur la base principale du modèle de Bitektine (2015), lequel est basé sur une large synthèse et décrit des mécanismes détaillés permettant de dépasser les généralités. Celui-ci est mis en perspective en invoquant la synthèse de Scott (2014).

La réflexion est amenée sur la négociation des juridictions professionnelles en référent à Dent & Whitehead (2002), qui en traite dans le cadre du courant institutionnaliste axé sur le discours. Le rôle central des schèmes interprétatifs est abordé avec Hinings & Greenwood (1988) et Greenwood & Hinings (1996), qui expliquent comment un archétype organisationnel intègre les conceptions prévalentes quant à ce que l'organisation devrait faire, comment elle devrait le faire et comment elle devrait être jugée.

L'aspect spécifiquement discursif des dynamiques de légitimation et de négociation des juridictions est finalement couvert.

Les types spécifiques de légitimation sont explorés en évoquant quelques modèles de cadrage discursif (« framing »). Pour préciser le contenu normatif mis en jeu dans les négociations aboutissant à la Loi 90, les schèmes interprétatifs dérivés de quelques études sur la négociation de professions (Denis 2008, Turgeon 2011, Castonguay 2008) sont présentés avant de montrer leur intégration dans ceux de la théorie de la justification de Boltanski et al. (1991, 1993, 1999). Ce dernier modèle est utilisé pour préciser le contenu normatif des stratégies rhétoriques (chapitre 6).

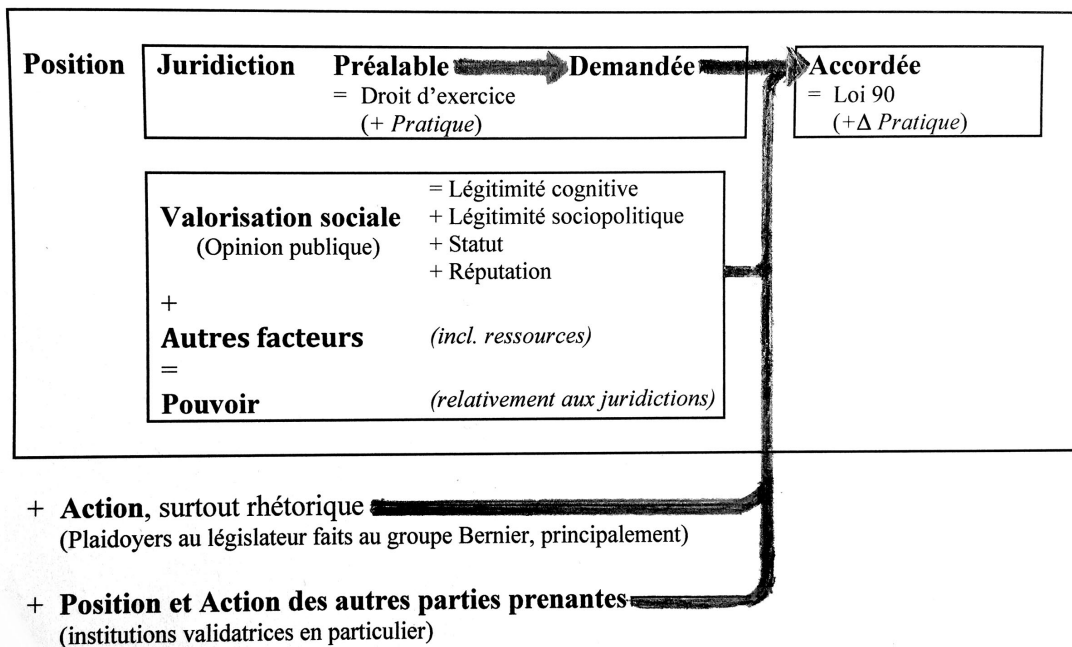
Pour positionner et nuancer l'approche choisie, nous utilisons la typologie des théories de la stratégie en 5 perspectives que propose Séguin et al. (2008). La perspective de la stratégie comme construction d'un avantage concurrentiel est considérée pour préciser le positionnement relatif des ordres. La stratégie comme prolongement du dirigeant est complètement écartée comme explication significative, malgré l'attitude du précédent ministre de la Santé. En effet, dans le système de santé, et particulièrement dans la négociation des rôles survenue pour la Loi 90, la pluralité des pouvoirs laisse peu de pertinence stratégique à la volonté ou la planification de leaders individuels. Elle est bien davantage le fait de processus collectifs. Ce qui s'observe est au mieux l'orchestration de stratégies d'une pluralité de parties prenantes. La stratégie comme filon conducteur émergent de la communauté met l'emphase sur la culture, la politique interne et l'apprentissage organisationnel. Elle a été fouillée en particulier pour mieux comprendre les enjeux de politique interne (ex. : Avenier 1997). Cette perspective serait appropriée du point de vue global de l'organisation de la santé négociant une stratégie avec ses parties prenantes internes. Le choix a toutefois été fait de considérer l'élaboration de la Loi 90 du point de vue des ordres individuels. La stratégie comme relation à la communauté (ex. Barney 1986) est alors plus pertinente. Son emphase sur les aspects culturels et normatifs l'apparente mieux au processus à l'étude (Séguin et al. 2008, ch. 2). La stratégie comprise comme gestion de la relation avec l'environnement amène à considérer la dynamique du point de vue des ordres professionnel produisant leurs stratégies particulières en concurrence dans l'environnement contraignant du système de santé. Avec ses ancrages dans la sociologie, la science politique et l'histoire, elle met l'emphase sur la nécessité pour chaque organisation de s'adapter à l'environnement et de l'adapter en considérant les enjeux politiques (ex. : Pfeffer & Salancik 1978), l'accès aux ressources (ex. : Hannan & Freeman 1977), les parties prenantes (ex. : Cyert & March 1963) et la contingence (ex. : Pfeffer & Salancik 1978; Farashahi & Hafsi 2009).

Le cadre d'analyse choisi pour ce mémoire s'apparente à ces deux dernières perspectives. Les analyses politiques, symboliques et sociologiques de la typologie de Rouleau (2011) leur apportent un raffinement, en particulier celles ciblant les parties prenantes internes (ex. : Pettigrew 1985), la construction de sens (ex. : Weick 1995), l'élaboration stratégique en contexte de coalitions et de perspectives plurielles (ex. : Denis et al. 2007). C'est dans ce cadre que s'intègrent les théories de la

stratégie hors-marché (ex. : Bitektine 2015). En effet, les aspects institutionnels, légaux et politiques du système de santé en font un véritable bazar de stratégies d'influence. Leur corpus théorique est donc aussi une source importante pour comprendre la négociation des rôles professionnels ayant abouti à la Loi 90. L'analyse de discours a aussi été mobilisée pour décrire et interpréter les arguments. Le cadre théorique qui en résulte est un bricolage bien ancré dans le système des professions d'Abbott (1988). Il permet d'expliquer les différences d'effets des plaidoyers en lien avec le style d'argumentation et le pouvoir des parties prenantes, couvrant ainsi les aspects qui ont semblé cruciaux pour bien comprendre les plaidoyers aboutissant à la Loi 90.

Le cadre d'analyse qui a guidé l'exploration documentaire, l'analyse des données et leur interprétation peut être illustré par le schéma suivant (Schéma 3.1). Celui-ci résume et articule les dimensions conceptuelles qui servent de fondement à ce mémoire et plus particulièrement aux interprétations présentées au chapitre 6. Ces dimensions sont explorées en profondeur dans la suite du présent chapitre.

Schéma illustrant l'articulation des dimensions d'analyse (Schéma 3.1)



Les stratégies rhétoriques sont un aspect particulièrement important qui entre en jeu au niveau des actions influençant le résultat des revendications de juridiction. Elles sont présentées au tableau 3.8a. La mise en relation de ces stratégies avec le statut des parties prenantes, la légitimité cognitive de l'ordre établi et les résultats des revendications est au centre de l'interprétation et des hypothèses et implications stratégiques qui en découlent (Chapitre 6).

Professions et professionnalisme

« Professions dominate our world. They heal our bodies, measure our profits, save our souls. [...] For some, the rise of professions is a story of knowledge in triumphant practice. [...] For others it is a sadder chronicle of monopoly and malfeasance, of unequal justice administered by servants of power [...]. Beneath the impassioned contradictions of these interpretations lies common assumptions »
(Abbott 1988, p. 1).

Une définition formelle?

Que sont les professions? Treize d'entre elles font notre objet. Celui-ci est délimité de manière simple : les professions sont ce qui est désigné comme tel dans le système professionnel québécois, et plus spécifiquement dans les écrits retenus pour étudier l'élaboration de la Loi 90. Cette manière opérationnelle de le présenter est couverte dans le chapitre précédent. Une définition générale est moins simple à offrir. La littérature sur les professions a accordé une attention considérable à définir son objet (Tolbert 1990, p. 411), en contraste avec la littérature actuelle qui considère souvent futile de définir précisément la notion (Saks 2012, p.1). Pourtant, il est utile de le faire pour délimiter l'objet et aller au-delà du sens commun et des conceptions des groupes dominants. Cette section précise la notion au plan théorique.

« La nature n'est pas d'elle-même découpée et répartie en objets et phénomènes scientifiques. C'est la science qui constitue son objet » (Canguilhem 1968).

Deux ensembles de théories

Dans le passé, l'étude des professions a surtout servi à expliquer la position dominante de groupes occupationnels comme ceux des médecins ou des juristes. L'analyse porte souvent sur une seule profession considérée isolément et comme un tout homogène pour en étudier les structures ou les fondements culturels. Le consensus général est qu'une profession est un groupe occupationnel qui se distingue par la capacité de ses membres, habituellement fondée sur une formation poussée et sur l'exercice de leur jugement. La revendication d'exclusivité quant à certaines activités y est aussi associée, de même que des arguments fondés sur des connaissances abstraites (Tolbert 1990, p. 411-412).

Les théories actuelles du professionnalisme peuvent être groupées en deux ensembles : un axé sur le fonctionnalisme des institutions et l'autre sur le conflit. Ils partagent des points communs malgré leurs différences et fournissent ensemble un ensemble de connaissances et d'interprétations. Les subdivisions sont souvent plus nombreuses. Nous comparons deux

synthèses, celles d'Ackroyd (2016) et de Saks (2012). Toutes deux se distinguent des revues de littérature observées dans les articles sur des professions spécifiques (ex. : Cronin & al. 2018). L'analyse à ce niveau est sans prétention exhaustive. Il semble qu'un angle fondé sur des traits typiques et des jeux de pouvoir soit courant, en contraste avec les approches plus raffinées décrites dans la recherche sur le professionnalisme.

Saks (2012) distingue les taxonomies de traits, notamment fonctionnalistes, qui mettent l'emphase sur l'expertise, des perspectives interactionnistes, marxistes, foucaaldiennes et discursives, lesquelles soulignent plutôt l'importance des aspects politiques et idéologiques de la délimitation professionnelle. Ces dernières valorisent l'approche néo-wébérienne, centrée sur l'idée d'un monde dynamique et compétitif d'intérêts et de pouvoirs en concurrence. Le standing professionnel des groupes d'occupation est basé sur la création de frontières légales. Les professions sont définies en termes de fermeture relative au marché et sanctionnée par l'État. On y souligne le contrôle des producteurs plutôt que des consommateurs (Johnson 1972), le contrôle du marché de certains services par des égaux se gouvernant eux-mêmes (Parry & Parry 1976) et l'autonomie primant le jugement technique et l'organisation du travail (Freidson 1994). Aucune ne place l'expertise au centre de la définition, quoiqu'elle soit utilisée idéologiquement comme arme politique (Saks 2012, p. 4-5).

La synthèse d'Ackroyd (2016) considère davantage les théories institutionnalistes et ne couvre pas les théories interactionnistes, mais cadre assez bien avec celle de Saks (2012). Elle présente ainsi les cinq écoles de pensée suivantes.

La perspective des traits cherche à décrire les caractéristiques distinctives des professions reconnues. Ses textes (ex. : Carr-Saunders 1933, Cogan 1953, Greenwood 1957 et Hickson & Thomas 1967) montrent une grande variation dans les occupations considérées comme des professions et les traits qui leur sont attribués. Plusieurs réfèrent à l'expertise, à un corpus de connaissances cohérentes et à une certification de compétence. La plupart traitent d'une séquence d'apparition des traits. Toutes doivent composer avec beaucoup d'exceptions et d'anomalies. Trop souvent, ils assument que les traits distinctifs sont la cause de l'identité professionnelle (Ackroyd 2016, p. 16).

La perspective fonctionnaliste soutiennent que les éléments de la société évoluent de manière à bénéficier à l'ensemble. Durkheim (1917) est à sa source. Les professions y sont des facteurs de différenciation et des contrepoids aux tendances néfastes de la modernisation qu'amènent l'autoritarisme et la perte de repères (anomie et anarchie). Parsons (1954) va plus loin en affirmant l'auto-ajustement vers la fonctionnalité et l'homéostasie. Il présente les professionnels comme des agents d'adaptation raisonnée et scientifique. Les théories de la contingence du

groupe d'Aston (ex. : Pugh & Hickson 1976) peuvent être incluses dans cette perspective. Celle-ci est remise en question par le fait que l'adaptation n'est pas automatique, que certains groupes résistent au changement et que certaines pratiques professionnelles servent manifestement l'intérêt personnel (Ackroyd 2016, p. 16-18).

La perspective du conflit suit la compréhension de Marx et de Weber qu'à la base de tout changement social se trouve le conflit. Les marxistes voient les professionnels comme des alliés de la classe dominante (ex. : Ehrenreich & Ehrenreich 1979) étant eux-même en processus de déprofessionnalisation (ex. : McKinlay & Arches 1985) (Saks 2012, p. 3). Les wébériens ont développé l'idée de fermeture des groupes sociaux et examinent les mécanismes utilisés par les professionnels pour limiter la disponibilité des services qu'ils offrent de manière à augmenter leur statut et leurs revenus. Les professionnels suspendent les marchés en contrôlant le droit de désigner qui peut revendiquer et vendre une expertise (ex. Freidson 2001) (Ackroyd 2016, p. 18-19).

La perspective discursive considère que les discours façonnent l'identité et met l'emphase sur les idées et les arguments déployés par les professionnels pour soutenir leur pratique. Berger & Luckmann (1966) amène l'emphase sur la construction sociale de la réalité. La négociation des identités professionnelles y est un thème important. La majeure partie de la construction identitaire du professionnel est déterminé par la réglementation et les notions de performativité, discours, pouvoir, connaissance et identité, de même que redevabilité et autonomie (ex. Dent & Whitehead 2002, introduction) (Ackroyd 2016, p. 19).

La perspective institutionnaliste partage l'idée fonctionnaliste que les organisations sont façonnées par des entités extérieures; pas directement l'ensemble de la société, mais plutôt par les champs organisationnels. La similarité, ou l'isomorphisme, des organisations en résulte (Powell & DiMaggio 1991). Des schémas cognitifs, des scripts et des manières de pensée façonnent les perceptions et les activités. Des normes et des rituels assurent la continuité. Le changement est amené par des groupes d'influence parmi lesquels se trouvent les professions. Parmi les théories institutionnalistes qui traitent du changement organisationnel, la théorie des archétypes est dominante. Une organisation y est un ensemble de structures et de systèmes guidé par un unique schème interprétatif, ou archétype (Greenwood & Hinings (1996), p. 1055). Plusieurs organisations partagent les mêmes schèmes, qui peuvent donc originer hors de l'organisation individuelle. Malgré les pressions pour la conformité, des changements environnementaux peuvent pousser à l'émergence et à l'adoption d'un nouvel archétype (Hinings & Greenwood 1988) (Ackroyd 2016, p. 19-20).

Ces cinq écoles de pensée constituent en fait seulement deux ensembles de théories. Les textes relatifs aux traits peuvent être écartés car ils n'ont pas assez de substance pour être considérés

comme des théories. L'institutionnalisme est quant à lui en continuité de l'école fonctionnaliste et les deux écoles forment en fait un seul ensemble théorique se distinguant bien de l'approche des conflits. L'école discursive a des fondements sérieux, mais peut être comprise comme un approfondissement des deux ensembles des théories. C'est pourquoi on peut considérer qu'il n'y a que deux approches : institutionnalisme et conflit (Ackroyd 2016, p. 26).

Ces deux approches sont semblables à bien des niveaux. Elles diffèrent principalement quant aux mécanismes de stabilité et de changement.

Pour les institutionnalistes, la continuité des modèles d'organisation, la similarité des professionnels et l'efficacité des professions repose sur les caractéristiques du champ et d'autres niveaux collectifs. L'environnement est pour eux la cause des changements. Les professionnels et les organisations professionnelles les plus entreprenants y répondent par des innovations qu'ils initient, mais qui sont largement consensuelles, créatives et fonctionnelles relativement aux intérêts et valeurs de la communauté élargie autant que des instigateurs (Ackroyd 2016, p. 26-27).

Les théoriciens du conflit conçoivent plutôt les groupes professionnels comme étant motivés par la recherche de leurs propres intérêts. Les propriétés des champs émergents des activités des groupes, en particulier des groupes puissants. Les champs reflètent les compromis historiquement faits entre les groupes et sont aussi susceptibles d'être dysfonctionnels que fonctionnels. Les avancées bénéfiques surviennent de façon généralement accidentelle. Le système est maintenu par beaucoup d'inertie. C'est en réponse à des opportunités ou menaces extérieures que survient le changement, généralement sous l'impulsion des groupes politiquement et économiquement puissants. Beaucoup d'inertie maintient le système. Le changement n'est pas tant requis par l'environnement qu'initié par les groupes politiquement et économiquement puissants en réponse à des opportunités et menaces extérieures. L'aboutissement des réactions des organisations occupationnelles correspond rarement à ce qui été prévu. Ce qui émerge est un système de professions plein de dédoublements et de chevauchements. Ce qui le rend précieux correspond à ce que Durkheim considérait il y a un siècle : c'est un locus de pouvoirs diffus fournissant un contrepoids aux grands bataillons de l'économie et de la politique (Ackroyd 2016, p. 26-27).

Acquis quant aux professions et au professionnalisme

Les résultats de multiples approches théoriques ont été jugés impossibles à combiner, possiblement à cause de l'idée erronée qu'ils appartiennent à des paradigmes incommensurables (Kuhn 1962). Beaucoup de connaissances sont néanmoins intégrables et il y a un consensus sur au moins deux grandes idées (Ackroyd 2016, p. 21).

Les professions forment un système dynamique. Le détail de la pratique et du discours le montrent. Leurs activités incluent des tâches de persuasion. La question clé est le rôle des manières de voir et des discours dans leur processus de changement (Ackroyd 2016, p. 21).

Des patterns existent dans le processus de continuité et de changement des professions. La continuité est grande dans leurs relations et leurs organisations. Elles montrent une tendance à rester dans ce qui est connu. Ainsi, malgré le dynamisme des professions, leur variation a des limites. Elle se fait dans le cadre de modèles et de champs organisationnels spécifiques. Les professions sont fascinantes dans leur manière de créer de nouvelles connaissances à l'intérieur de relations et de structures profondément traditionnelles (Ackroyd 2016, p. 21).

Les types de professions suivants peuvent être distingués.

Les professions collégiales, où le leadership est collectif, basé sur le partenariat. Les règles sont nombreuses et la reconnaissance du statut professionnel par les instances professionnelles elles-mêmes est une caractéristique clé. Les organisations sont typiquement possédées et contrôlées par les fournisseurs de services (Ackroyd 2016, p. 21-23).

L'entreprise professionnelle administrée (MPB, *managed professional business*) suit une logique managériale axée sur l'efficacité, la clientèle et une gouvernance de gestionnaires plutôt qu'une coordination collégiale. De nombreux professionnels y ont un statut d'employés plutôt que de partenaires. Ce modèle prend de l'ampleur non seulement avec les grandes firmes globalisées, mais aussi au sein des firmes plus petites et locales. Son archétype semble supplanter celui de l'organisation collégiale, en particulier chez les avocats, mais aussi chez les architectes et les comptables (Ackroyd 2016, p. 22-23).

Les professions organisationnelles n'ont jamais adopté le modèle collégial et sont largement dépendantes des grandes organisations qui les emploient et où elles sont subordonnées à un pouvoir exécutif. Elles ont surtout assuré une certaine fermeture de l'accès à leur profession. Leurs membres ne possèdent pas et ne contrôlent pas les organisations où ils pratiquent, sauf exception. Deux variantes existent (Ackroyd 2016, p. 23).

Les professions organisationnelles du secteur privé sont employées par des entreprises industrielles ou commerciales. Par exemple, les ingénieurs émergent comme employés spécialisés. Ils réussissent à fermer leur professions aux entrants non-qualifiés et à accroître la perception de la qualité de leur travail. Certains oeuvrent au sein de firmes de type collégial, mais la majorité sont employés de grandes organisations. Les comptables émergent comme spécialistes de la tenue de livre, nécessaires au fonctionnement des grandes entreprises, mais aussi au contrôle

règlementaire amené par l'État. Leur profession est en forte croissance. Un bon nombre passe en pratique collégiale privée. Les arpenteurs et les pharmaciens sont plus rares à le faire. Les gestionnaires de ressources humaines et les gestionnaires de projet entrent depuis peu dans ce groupe (Ackroyd 2016, p. 23-24).

Les professions organisationnelles du secteur public sont employées par l'État. Elles se sont développées en symbiose avec l'essor des services publics. Leurs gestionnaires sont souvent de leur profession et veillent à défendre l'autonomie professionnelle autant qu'à assurer le respect de normes de qualité. En plus d'un haut degré de liberté, elles obtiennent souvent une sécurité d'emploi et le droit de réglementer leur formation et leur pratique à la manière des professions collégiales. Un changement important est amené après 1980 avec l'imposition du nouveau management public (NPM), amenant une logique managériale¹. La pratique des professionnels en reçoit un impact direct. Une de ses mesures érode particulièrement le pouvoir professionnel : l'usage de personnel non-qualifié comme des auxiliaires de soin ou d'enseignement, pour accomplir des activités auparavant accomplies par les professionnels. Ces professions incluent les enseignants, les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins (Ackroyd 2016, p. 23-24).

Les médecins cessent largement d'avoir une organisation collégiale lorsque le contrôle externe de leur pratique est intensifié. Plusieurs facteurs sont imputables, incluant : l'État et/ou des capitaux privés deviennent leur employeur principal; des agences réglementaires sont introduites; de nouvelles procédures managériales et une logique de quasi-marché leur sont imposées; la formation des nouveaux médecins n'est plus sous leur contrôle. Ceci a un impact sur la division du travail entre les médecins et les autres professionnels de la santé (Ackroyd 2016, p. 22-23).

Les professions des affaires (*corporate*) constituent le dernier type de profession, quoiqu'elles n'en ont pas acquis formellement le statut. Elles émergent au tournant de 2000 dans les fonctions de marketing, de relations publiques, d'informatique, d'analyse des systèmes et de consultation en management au sein des grandes entreprises. Les consultants en management se démarquent par leur statut et leur rémunération. Ces occupations ont peu essayé d'adopter les traits traditionnels des professions. Une raison est peut-être que leurs activités ne sont pas facilement routinisables ou que les besoins des clients sont en évolution rapide. Une autre raison suggérée est qu'il leur

¹ Au Québec, trois virages ont lieu pour les professions des services publics (incluant celles de la Loi 90) :

- Expansion des services publics et mise en place du système de santé et du système professionnel suivant la Commission Castonguay-Nepveu (1965-1970).
- Démocratisation, augmentation du pouvoir de l'État et désengagement avec le virage ambulatoire et l'implication plus grande des OBNL, suivant la Commission Rochon (1985-1988)
- Nouveau management public, centralisation, RLS et corridors de service, après 2003, amplifié par le deuxième rapport Castonguay (2008).

manque un corps formel de connaissances, mais les connaissances de beaucoup de professions étaient aussi difficiles à identifier et fragmentées à leurs débuts. Un tel ensemble de connaissances formel est autant un résultat qu'un prérequis de la professionnalisation (Ackroyd 2016, p. 25-26).

L'historique des professions est importante pour comprendre leur développement et leur forme. Elles dépendent beaucoup du contexte institutionnel. Ainsi, la structure collégiale, avec son pouvoir décentralisé, vient des professions développées sous autoritarisme monarchique. Les professions organisationnelles du secteur privé n'auraient pu autant émerger hors de l'entente avec les entreprises. Les professions organisationnelles du secteur public ont seulement pu se développer avec l'État-providence, et sa renégociation ou son retrait amène des pressions sévères sur ces professions. La différence entre les professions d'Amérique du Nord et d'Angleterre et celles d'Europe continentale est associée au patronage et à la protection des professions qui y a été offerte par l'État². L'importance des professions semble maintenant diminuer avec la montée de la domination des idées de marché sur la prise de décision et l'organisation (Ackroyd 2016, p. 27-28).

Après cette vue d'ensemble sur l'objet central de la réflexion, survolons les questions qui traitent de sa dynamique pour arriver au cadre d'analyse retenu pour ce mémoire en suivant la réflexion qui y mène. La présentation du modèle d'Abbott nous fera revenir aux professions.

² *Au Québec, le Code des professions et d'autres institutions associées créent un patronage et une protection des professions par l'État à la manière de celles des pays d'Europe continentale.*

Collaboration

« *A formal organization is part of a "cooperative system" »
(Barnard 1938, « The Functions of the Executive », p. 65)*

La collaboration interprofessionnelle présente un enjeu à étudier. En effet, bien que davantage d'interdépendance soit créée entre professionnels par la complexité croissante des problèmes auxquels ils font face, la compréhension reste limitée quant à la complexité de leurs relations. Sur la collaboration, le choix fait par ce mémoire est dicté par la nécessité de rester relativement concis et ciblé sur la description d'un processus historique dans ses dimensions discursives.

Il est néanmoins intéressant de garder en tête l'importance de la collaboration dans le fonctionnement des organisations. Le point de vue de Barnard (1938) est présenté, puis un survol est fait des conceptions courantes de la collaboration interprofessionnelle en santé.

La collaboration est l'élément clé de toute organisation, décrite par Barnard (1938) comme étant fondamentalement un « système coopératif ». Ce texte est l'un des plus influents du XXe siècle en management (Bedeian et al. 2001). Il présente l'organisation formelle comme « un système consciemment coordonné d'activités ou des forces de deux personnes ou plus ». Plus précisément, il s'agit d'un complexe de composantes en relations systématiques spécifiques soutenues en vue d'accomplir au moins un but. Les organisations formelles améliorent la communication, la cohésion et le respect mutuel (Barnard 1938, p. 65-73, 122-151). Tout individu fait partie de plusieurs organisations formelles et informelles, la plupart existant pour de courtes durées. Ces organisations sont souvent imbriquées et peuvent être supérieures ou subordonnées (Barnard 1938, p. 8-15, 96-113). Malgré le rôle central qui lui est attribué, « la coopération au sein d'une organisation ou par celle-ci est la condition anormale, et non normale ». Pour que la collaboration réussisse, il faut de la communication, une volonté de servir et un objectif commun (Barnard 1938, p. 3-5, 82-95).

La littérature offre diverses définitions et cadres théoriques pour expliquer cette collaboration. Elle semble communément définie à travers cinq concepts : partage, partenariat, pouvoir, interdépendance et processus lié à des problèmes; les modèles les plus complets ont de forts fondements en théorie des organisations, en sociologie organisationnelle et sur du matériel empirique. Une diversité existe dans la conceptualisation de la collaboration et de ses facteurs. Les liens entre éléments et conséquences ne semblent pas clairement établis et la place des patients dans les équipes de soins de santé n'est pas intégrée sérieusement, et ce malgré que les patients soient reconnus comme la justification ultime des soins collaboratifs (D'Amour 2005, p.116). L'éducation à l'interprofessionnalité, les habiletés relationnelles, l'action délibérée et le soutien sont des éléments qui doivent être en place pour faire réussir la collaboration interprofessionnelle, en plus de la définition des rôles, cruciale pour la coordination des équipes (Berteotti 1994, p.107) (Petri 2010, p. 73).

La collaboration est exposée surtout comme elle est exprimée par les acteurs eux-mêmes, c'est-à-dire principalement comme un impératif à atteindre pour une meilleure efficacité. Elle sert de motif de justification et de dépassement de la compétition. Elle est intégrée surtout comme telle dans la réflexion théorique avec la dynamique du système des professions, le processus de légitimation et l'analyse de discours.

Compétition

Une organisation est traversée par des divergences d'intérêts et d'interprétation et par des jeux politiques qui y contraignent les possibilités de mise en place de stratégies et de structures correspondant à la volonté des dirigeants ou à l'efficacité d'ensemble.

Dans cette optique, il faut considérer les stratégies les unes par rapport aux autres et le pouvoir relatif des parties prenantes, en l'occurrence des groupes professionnels en interaction dans le système de santé.

Les batailles entre professions sont au coeur de la vie professionnelle. Leur principal terrain de lutte est celui du contrôle des tâches : le contrôle de la connaissance et de son application est au coeur du statut de l'expert et du professionnel (Abbott 1988, intro). Ceci peut être anticipé à partir de perspectives théoriques comme celle du système des professions d'Abbott. Dans la pratique comme dans le discours, cette compétition s'observe.

Comment la négociation des juridictions peut-elle être comprise dans les catégories usuelles des théories de la stratégie et du management? Cette section expose brièvement comment elles peuvent être catégorisées parmi diverses perspectives. La compétition sert toutefois à expliquer les observations essentiellement à travers le modèle développé par Abbott.

Pouvoir, compétition et structure

Le pouvoir est « la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels » (Mintzberg 1986, p. 39).

Les acteurs ne sont pas égaux dans l'échelle de l'influence. Une étude de la mise en place des CSSS par la Loi 25 de 2003 le montre bien. Certains acteurs ont une forte influence parce que leur refus de collaborer créerait d'importantes zones d'incertitude : même s'ils ne peuvent imposer leurs vues, il est pratiquement impossible de les ignorer. À l'opposé se trouvent des acteurs qui n'ont qu'un faible accès aux décideurs clés et ne maîtrisent pas suffisamment le champ pour brandir une menace crédible à l'endroit du législateur (Contandriopoulos 2008, p. 11).

« Cette distinction entre acteurs centraux et acteurs périphériques contribue à expliquer comment des discours peuvent se révéler performatifs – cela va arriver [...] parce que je le veux ! – alors que d'autres ne font qu'y prétendre en empruntant des tonalités apparentées à des discours fatalistes – cela va arriver [...] parce que cela est inévitable ou probable [...]. D'autres travaux [...] consacrés à l'analyse [...] des systèmes de santé ont [...] établi l'existence de tels acteurs centraux [...] (Contandriopoulos 2008, p. 12).

Les coalitions internes et externes sont donc aussi une source importante de pouvoir au sein des organisations (Rouleau 2011, p. 111-130). Si les influences externes sont unifiées et cohérentes, elles domineront davantage l'organisation.

Les jeux de pouvoir ne sont pas indépendants des représentations, des valeurs et des croyances. En effet, le pouvoir perçu amène de l'influence et constitue une cible utile pour les stratégies rhétoriques. Alors que le pouvoir réel est contingent et difficilement modifiable, le pouvoir perçu est une question d'attitude et peut être entretenu, modifié ou contesté par l'utilisation de discours et de symboles organisationnels (Pfeffer 1981). Ainsi, l'identité tant professionnelle que sociale doit être reconnue comme une dimension importante des stratégies des acteurs (Sainsaulieu 1983).

Les réformes en général, celles des professions de la santé comme les autres réformes, peuvent d'ailleurs être vues comme un travail politique de construction de discours tout autant que d'idéologies, catégories, pratiques et instruments portés par des acteurs aux intérêts divers. La « mise en idée » des réformes et les représentations cognitives et normatives qui guident les pratiques sont importantes dans la formation d'un sens commun réformateur qui rend possible le changement. Les enjeux politiques apparaissent centraux – que la politisation des débats soit explicite ou cachée par des argumentations et dispositifs en apparence « techniques » (Vigour 2008).

« Le succès [...] tenait à [ce] que la discussion [...] reste limitée aux acteurs internes du réseau sans provoquer un débat ouvert dans la société. Une telle situation aurait sans doute apporté de l'eau au moulin des acteurs qui désiraient des modifications [...] » (Contandriopoulos 2008, p. 12-13).

Une littérature abondante traite de l'hégémonie du médecin et de sa dislocation, généralement en la recommandant. Avec la transition historique de la médecine moderne d'une profession autonome à une pratique d'équipes interprofessionnelles, le regard diagnostic est dispersé pour devenir un regard collaboratif incluant les patients et les divers professionnels de la santé. Des intérêts politiques s'approprient le regard public sur la santé. Des processus démocratiques de reddition de compte assujettissent en partie la profession médicale. Celle-ci perd son impératif territorial à mesure que de nouvelles pratiques ouvrent l'espace aux soins interprofessionnels. Cette dislocation de la dominance médicale et ses relocalisations multiples est toutefois mal théorisée (Bleakley 2013, p. 24), ce qui rehausse l'intérêt de l'étudier. Elle est au cœur de la dynamique aboutissant à la Loi 90.

Analyse de concurrence et perspective des ressources

L'angle de la compétition est abondamment exploré par la littérature de gestion. L'analyse de la concurrence que fait Porter (Porter 1979) est intéressante pour attirer l'attention sur les diverses facettes de l'environnement concurrentiel. Il peut décrire la concurrence pour les clients entre individus ou organisations d'une même profession dans une pratique libérale, mais il est moins utile pour expliquer la compétition entre professions hospitalières pour influencer le législateur dans la répartition des juridictions. La perspective des ressources est déjà plus appropriée, car c'est ce dont il s'agit avec l'expertise et les juridictions.

La théorie des ressources explique l'avantage concurrentiel par les caractéristiques des ressources disponibles. Une ressource est le plus souvent définie comme « un stock de facteurs [...] contrôlés par une firme » (Amit et Schoemaker 1993). Elle peut être matérielle ou humaine (Penrose 1959) et tangible ou intangible (Wernerfelt 1984). Une ressource doit posséder quatre caractéristiques pour maintenir l'avantage concurrentiel, et donc les rentes que permet son contrôle: valeur (face aux opportunités et menaces), rareté (accès par peu de concurrents), imitabilité imparfaite et non-substituabilité (difficile à acquérir ou remplacer) et organisation (politiques et procédures maintenant l'exploitation de la valeur, la rareté et le coût d'imitation) (Barney 2002) (cités par Prévot 2010, p. 89-90).

Le contrôle des ressources permet beaucoup de pouvoir. En effet, il y a des lieux de pouvoir intrinsèques aux processus de production, lesquels créent une dépendance de certains envers d'autres. Certains ont davantage de pouvoir que les autres parce qu'ils contrôlent des éléments qui les rendent difficilement substituables (ex.: Hickson et al. 1971). Le pouvoir réside donc dans la dépendance des autres envers les ressources contrôlées (Pfeffer & Salancik 1978). Plus spécifiquement, c'est la rareté dans un contexte donné qui confère du pouvoir. Les sources de pouvoir incluent notamment le contrôle des ressources financières, de l'information, de l'expertise, de l'accès à la direction, des contacts, etc. (Benfari, Wilkinson & Orth 1986).

Les compétences centrales sont parfois distinguées des ressources en tant que capacités à les coordonner, accumuler, développer et créer (ex. Arrègle 1995, cité par Prévot 2010, p. 92). Elles peuvent aussi être incluses (ex.: Prahalad & Hamel 1990).

Les compétences jugées nécessaires à l'accomplissement d'une activité professionnelle peuvent être comprises comme des ressources, tout comme le contrôle de la juridiction sur cette activité. Tout le système professionnel peut être interprété comme un dispositif de contrôle des ressources.

Perspective systémique

« *Un système est un ensemble d'éléments en interaction* »

(Rouleau 2007, p. 40).

La théorie des systèmes est basée sur quatre principes : (a) Interdépendance - l'ordre résulte de l'interrelation entre parties; (b) Totalité – les phénomènes ne se réduisent pas à des événements locaux : ils appartiennent à un tout qui est supérieur à la somme de ses parties; (c) Rétroaction – causalité circulaire, ou en boucle; l'effet rétroagit sur la cause qui l'a produit; et (d) Équifinalité – alors que les conditions initiales déterminent l'état d'un système fermé, l'état d'un système ouvert est atteignable par des chemins différents ou à partir de conditions différentes (Rouleau 2007, p. 40-42).

L'analyse systémique étudie l'organisation comme n'importe quel autre système à partir de ces principes. En tant que système fermé, l'organisation est un ensemble de sous-systèmes dont il faut comprendre les interrelations. Ce sont les objectifs d'ensemble qui doivent assurer la coordination. En tant que système ouvert, une organisation peut être étudiée en fonction des entrées (*input*) par lesquelles l'extérieur intervient et des sorties (*output*) qui influencent son environnement. L'entreprise peut être définie comme un système sociotechnique ouvert, un système autorégulé susceptible d'être influencé par l'environnement. Elle doit s'adapter aux contraintes environnementales (Emery et Trist 1969) (Rouleau 2007, p. 41-43).

L'analyse systémique est un outil général d'observation permettant l'analyse générale d'une situation. Elle est porteuse de nombreux enseignements pour la gestion. En intégrant aux interactions et aux rétroactions, elle amène une vision dynamique de l'organisation qui fait comprendre qu'il est inutile de corriger un élément sans travailler en même temps sur les éléments auxquels il est relié. D'autre part, elle fait reconnaître qu'il y ait plusieurs manières de s'organiser face à l'environnement et qu'il n'y a donc pas une seule façon d'atteindre de bons résultats. De plus, la gestion ne peut être limitée au contrôle interne; elle doit aussi prendre en compte la gestion des relations avec l'environnement (Rouleau 2007, p. 40-45).

L'influence de l'analyse systémique se retrouve dans tout le développement des théories des organisations. L'école des relations humaines a eu recours à la notion de système pour représenter la complexité des petits groupes. Parsons lui-même l'utilise pour penser la société. De même, les sociologues de la bureaucratie et ceux qui s'intéressent aux structures formelles de l'organisation s'en inspirent. L'analyse systémique influence de nombreux courants théoriques comme la théorie de l'information, la cybernétique, la théorie des jeux, les modèles stochastiques, les théories de la décision et la recherche opérationnelle. L'analyse systémique se renouvelle aussi sous l'influence des théories de la complexité (Rouleau 2007, p. 45-46).

Ce mémoire s'inscrit dans cette perspective systémique avec son principal modèle théorique, le système des profession d'Abbott (1988).

Système des professions d'Abbott

« [...] *A profession's success reflects as much the situations of its competitors and the system structure as it does the profession's own efforts* » (Abbott 1988, p. 33)

Mise en contexte

Dans *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*, Andrew Abbott offre un modèle de dynamique interprofessionnelle centré sur la compétition pour les juridictions. Ses 435 pages offrent un modèle très général, mais détaillé et appuyé sur des connaissances empiriques, l'histoire des professions et la littérature académique. Cette approche « reste toutefois inconnue de bien des chercheurs en gestion », malgré qu'elle ait « eu un fort impact en sociologie du travail » et qu'elle aide à comprendre la structuration du travail et puisse servir face aux enjeux de ressources humaines et de contrôle organisationnel (Bureau & Suquet 2009, p. 467). En effet, son modèle est comparativement moins cité en sciences de la gestion que globalement (0,2% des articles en sciences de la gestion comparativement à 0,6% des articles en général). On peut noter aussi qu'il est abondamment cité longtemps après sa publication, la moitié des articles le citant ayant été publiés depuis 2011 (ISI 2018). Les citations sont habituellement faites dans les quelques années suivant la publication (Larivière 2009). Malgré sa publication relativement ancienne (1988), cet ouvrage est donc une référence courante. Son emphase sur la division du travail le démarque, mais il est à comprendre dans le cadre des théories sur les professions et le professionnalisme qui ont été présentées en début de chapitre.

Ce modèle s'inscrit parmi les théories des systèmes et du conflit, avec une explication d'un ordre global résultant de l'interrelation compétitive entre les parties et des rétroactions dans la force des juridictions lorsque des juridictions sont perdues ou acquises. Il peut être considéré dans la perspective des ressources, avec le droit de pratiquer une activité ou le contrôle de celle-ci comme ressource critique. Il est aussi un système de collaboration au niveau de la pratique et du contrôle des activités professionnelles. Il laisse toutefois prévoir des faiblesses au niveau des facteurs propices à la collaboration : la communication serait teintée de stratégies rhétoriques impliquant une justification par la volonté de servir l'intérêt public, mais des visées opportunistes ou défensives motivées par son propre intérêt. Ceci aide à comprendre pourquoi la collaboration s'avère difficile et l'importance de la définition des rôles.

Dynamique du contrôle des tâches

« *The central organizing reality of professional life is control of tasks* » (Abbott 1988, p. 84).

Les professions ne sont pas structurées de manière fixe, homogène, ou même toujours bénéfique, et il n'existe pas de modèle d'organisation vers laquelle tendraient toutes les professions. Leur

structure sociale n'est pas stable car des subdivisions surviennent constamment sous des pressions externes et internes, incluant la spécialisation et la compétition interprofessionnelle. Parfois, le contexte favorise les plus organisées; parfois, les moins organisées (Abbott 1988, p. 33-34).

La vie professionnelle est organisée par le contrôle des tâches, c'est-à-dire par la définition des juridictions. La juridiction est un droit reconnu et légitime quant à l'exercice d'une tâche. Elle donne le droit d'accomplir une tâche et parfois le monopole de pratique et de paiement par l'État, d'autodiscipline, d'emploi sans contrainte et de contrôle de la formation, du recrutement, des permissions d'exercice, etc. Chaque profession est liée à un ensemble de tâches par des liens de juridiction qui la définissent. Il n'y a toutefois pas de relation sans ambiguïté entre une carte des tâches et une carte des gens les réalisant, car les tâches, les professions et leurs liens changent continuellement (Abbott 1988, p. 33-58).

La dynamique est amenée par la transformation des juridictions, laquelle est perpétuelle ; parfois brusque ; généralement imperceptible. De temps à autre, des tâches sont créées, abolies ou remodelées par des forces externes qui agissent sur les caractéristiques objectives et subjectives des tâches. Il en résulte un brassage au sein du système des professions (Abbott 1988, p. 33-34).

Des forces externes et internes créent des domaines d'activité vacants et des professions avides de nouvelles juridictions. Dans le premier cas, des professions voisines et de nouveaux groupes compétitionnent pour les tâches ouvertes. Dans le second, des professions cherchent de nouvelles tâches au détriment des voisins. Une variété de conditions détermine le résultat des conflits de juridictions impliqués (Abbott 1988, p. 98).

Les changements technologiques ou organisationnels sont parmi les facteurs qui créent ou détruisent des tâches. Les changements culturels affectent comment les revendications juridictionnelles sont avancées et légitimées. Le travail culturel des professions est ce qui définit et redéfinit à l'interne les tâches, mais leur transformation se fait essentiellement par la compétition pour leur contrôle. Le lien de juridiction matérialise ce contrôle social et culturel, c'est-à-dire l'influence politique et institutionnelle qui s'exerce sur les tâches. Il touche les dimensions sociopolitiques et cognitives des théories institutionnelles qui sont présentées dans une prochaine section. Le contrôle social émerge dans les revendications actives qui sont faites au sein des arènes publiques et juridiques, de même que dans les milieux de travail. Le contrôle culturel existe quant à lui au niveau de la tâche connue et légitimée en fonction de valeurs partagées ou faisant partie de ce qui va de soi. Les composantes cognitives du contrôle culturel dominant le déroulement des conflits de juridiction (Abbott 1988, p. 19-20, 33-34, 86, 111-112).

Les divers effets se propagent jusqu'à ce qu'ils soient stoppés par un nouvel équilibre des forces. La différenciation des tâches mène à la différenciation interne d'une profession. Cette différenciation interne modifie les relations de pouvoir externes. Relativement aux clientèles, la différenciation ou la prise de contrôle ont aussi des effets. C'est aussi le cas du développement de nouvelles capacités, connaissances et changements dans la structure cognitive d'une profession. Ils changent la force des diverses juridictions et peuvent amener des amalgames ou des divisions au sein des professions. Chaque contestation se termine dans un arrangement, comme il sera bientôt décrit. Ces enchaînements peuvent aussi aboutir à une différenciation de clientèles ou amener la destruction de groupes professionnels. La plupart des enchaînements sont courts; les effets d'un événement se déploient habituellement au sein d'un domaine singulier à travers le réarrangement des juridictions, leur renforcement ou leur affaiblissement. La lutte pour les juridictions se termine lorsqu'il n'y a plus aucune profession qui soit apte à faire une revendication nouvelle sans s'affaiblir au point de la vulnérabilité. (Abbott 1988, p. 19-20, 33-34, 86, 111-112).

Interdépendance dans la définition des juridictions

« L'enchaînement des effets [...] commence [...] par des forces externes ouvrant ou fermant des domaines de juridiction et par la recherche de nouveaux terrains par des professions [...]. Les [...] perturbations [...] se propagent [...] jusqu'à être absorbées par la professionnalisation ou la déprofessionnalisation d'un groupe, ou par l'absorption d'une ou plusieurs professions existantes. À chaque étape [...] surviennent des conflits de juridiction [...] » (Abbott 1988, p. 90).

Le système des professions doit être considéré dans son ensemble, car la lutte pour les juridictions fait que les professions constituent un système en interaction. C'est parce que les juridictions sont exclusives que les professions constituent un système interdépendant : une profession peut créer des écoles, des périodiques et des codes d'éthique à volonté, mais elle ne peut pas occuper une juridiction sans la trouver vacante ou l'obtenir. Le succès d'une profession reflète autant la situation de ses concurrents et la structure du système que ses propres efforts. Il en résulte un écosystème de champs professionnels aux frontières mobiles établies par les revendications d'occupations en concurrence pour les domaines ainsi tracés (Abbott 1988, p. 33, 86).

Le phénomène central de la vie professionnelle est donc le lien entre une profession et son travail. Analyser le développement professionnel est analyser comment ce lien est créé dans le travail, comment il est ancré par la structure formelle et informelle et comment l'interaction des liens juridictionnels détermine l'histoire des professions individuelles (Abbott 1988, p. 20). C'est pourquoi le présent mémoire se concentre sur l'analyse de la négociation du contrôle des tâches par un ensemble de professions d'un même domaine.

Description des tâches professionnelles

« The tasks of professions have certain objective qualities that resist [...] efforts to redefine them. But many basic qualities [...] turn out to be subjective qualities assigned by the profession with current jurisdiction » (Abbott 1988, p. 57).

Le travail des professionnel porte sur les problématiques qui demandent une expertise, par opposition à celles auxquelles les profanes peuvent faire face par eux-mêmes. Selon la société et l'époque, l'extension du domaine des experts varie beaucoup. La maladie est du domaine d'experts dans la plupart des sociétés, de même que le sens de la vie, à un degré bien moindre. La plupart des problèmes sont tantôt du domaine des profanes, tantôt du domaine d'experts (Abbott 1988, p. 35-36). Comme il a été vu précédemment, les professionnels sont des experts de problématiques qui impliquent des actions qui peuvent porter à préjudice.

Les problématiques sont souvent considérées comme des faits, et la variation des perspectives à leur endroit comme des erreurs ou des biais idéologiques. Il est aussi fréquent de ne les voir que comme de pures créations subjectives de groupes d'intérêts. Or, les problèmes sont caractérisés à la fois par des aspects objectifs dépendant de phénomènes naturels ou de technologies; et par des aspects subjectifs liés au passé et au présent d'une culture. En effet, s'il est vrai que certains problèmes sont plutôt objectifs, par exemple ceux qui sont liés à un objet concret (ex. : chemins de fer) et que d'autres sont plutôt subjectifs, par exemple ceux qui concernent de pures projections de l'esprit (ex. : considérations théologiques), la plupart ne sont pas clairement l'un ou l'autre (ex. : ce qui a trait au corps) (Abbott 1988, p. 36-38).

La réelle différence entre les aspects objectifs et subjectifs est que les qualités objectives résistent à la reconstruction culturelle – i.e. ils présentent une inertie culturelle. Le subjectif est limité par les dimensions objectives (Abbott 1988, p. 36-37).

Les fondements objectifs d'un problème sont définis non seulement par des liens avec des objets naturels (ex. : le corps, l'univers, la météo, l'eau); des technologies (ex. : chemins de fer, ordinateurs); ou des organisations (ex. : systèmes de services sociaux); mais aussi avec des structures culturelles à changement lent (ex. : propriété privée). À l'échelle de temps de la compétition pour les juridictions, les croyances bien ancrées ont une qualité objective; de tels faits culturels apparaissent comme des faits objectifs (Abbott 1988, p. 39).

« The opposition of objective and subjective [...] is not between the natural and the mental, but rather between the movable and the fixed (Abbott 1988, p. 38-39).

Les qualités subjectives d'un problème sont ancrées dans la construction courante du problème par la profession qui en tient la juridiction. Reconstruire le travail des compétiteurs comme une version de celui de sa profession est un mécanisme fondamental de la compétition interprofessionnelle (ex. : médicalisation de problèmes comme l'alcoolisme passant du domaine moral au domaine médical) (Abbott 1988, p. 39-40).

Diagnostic, inférence et traitement

« *Through this reshaping of objective facts by subjective means there emerges a fully defined task, irreducibly mixing the real and the constructed* » (Abbott 1988, p. 57).

Les revendications juridictionnelles (*jurisdictional claims*) créent les qualités subjectives des juridictions. Elles portent sur la classification d'un problème (diagnostic), sur le raisonnement associé (inférence) ou sur l'action à poser face au problème (traitement) (Abbott 1988, p. 40).

Le diagnostic, l'inférence et le traitement incorporent la logique culturelle de la pratique professionnelle. C'est au sein de cette logique que les tâches reçoivent les qualités subjectives qui sont la structure cognitive d'une revendication de juridiction (Abbott 1988, p. 40). Leurs fondements objectifs en constituent le noyau. Une profession remodèle cependant ce noyau en subdivisant la problématique, en l'identifiant pour des clients, en raisonnant à son sujet et en générant des solutions façonnées par la situation réelle. Parce que le soutien du public requiert ultimement des résultats, plus la déviation est grande entre la définition d'un problème et ses qualités objectives, plus il est nécessaire de fournir des résultats mesurables.

Le diagnostic est l'assignation du problème à une catégorie du système de connaissances de la profession. Il commence par la colligation des informations pertinentes et probantes. La colligation suit des règles de pertinence, de preuve et d'exclusion qui mettent de l'ordre dans les informations inévitablement ambiguës sur le problème. Elle en élimine souvent les aspects émotionnels, financiers et politiques. Ensuite, le classement place l'image colligée parmi les catégories de la profession. Parfois, plusieurs classements sont possibles; parfois aucun. Il existe beaucoup de problèmes résiduels, lesquels ne sont pas conceptualisés clairement.

Le classement diagnostique est orienté par la fondation abstraite du système de connaissances et par le système de classement associé au traitement. Ce classement est plutôt probabiliste pour les problèmes fréquents pour lesquels un diagnostic erroné n'est pas trop grave. Pour les problèmes rares ou préjudiciables en cas d'erreur, la classification est plutôt factuelle et logique, allant du général au spécifique. Le classement diagnostique médical est dominé par le traitement et tend à être probabiliste et complexe. La nomenclature des maladies illustre cette complexité : elles sont parfois nommées par site et pathologie; parfois par symptôme; parfois par cause; parfois par

traitement. La vulnérabilité d'une juridiction à des redéfinitions est moindre avec une catégorisation claire, stricte et logique. Par contre, les problèmes résiduels que laisse une catégorisation restrictive sont susceptibles d'être revendiqués par des concurrents (Abbott, p. 40-44).

Le traitement est une transposition en actes du système de connaissances de la profession. Il inclut le choix d'un traitement (i.e. la décision d'agir, ou la prescription prise au sens large) et sa mise en oeuvre. Les caractéristiques humaines retirées par la colligation doivent être réintroduites dans le jugement pour ajuster le traitement à la réalité. L'ouverture de la juridiction (sa vulnérabilité) est plus faible avec une association forte entre diagnostic et traitement (jugement professionnel trivial) ; des échecs fréquents ; des résultats peu mesurables; ou trop facilement mesurables par des intervenants externes à la profession; une faible spécialisation nécessitée par le contrôle et la mise en oeuvre du traitement ; ou encore une distance (vocabulaire, perception des problèmes, prix) trop faible avec la clientèle pour être prestigieuse ; ou trop grande pour être accessible (Abbott 1988, p. 44-48).

Le choix du traitement relie un diagnostic à une sélection de traitements. Il met en correspondance la classification diagnostique et la classification des traitements. Le choix se fait en considérant les résultats prévisibles (chance de succès, de complication, etc.) d'un traitement en fonction d'un diagnostic. Au-delà des cas les plus conventionnels, les deux classements sont rarement pleinement alignés. Il existe parfois plusieurs traitements recommandables pour un même diagnostic. Parfois, il n'en existe aucun, ce qui amène encore des problèmes résiduels. Il arrive que ce choix implique d'autres intervenants et que le contrôle se résume à l'orientation (*brokerage*). Deux modes existent pour le choix du traitement (Abbott 1988, p. 44-52).

Le choix par élimination (ou exclusion) peut être qualifié de « traitement diagnostic ». Il consiste à prescrire ce qui est le plus probablement efficace, puis à ajuster en fonction du résultat, par essais et erreurs, des plus probablement efficaces aux plus ésotériques. Ce type de choix se fait plutôt lorsque les conséquences d'un échec sont faibles (Abbott 1988, p. 48-49).

Le choix par construction se fait par un raisonnement plus formel, par des chaînes logiques. Il part du diagnostic et indique un éventail de traitements et leurs résultats anticipés. C'est un acte purement professionnel, par contraste avec les actes médiateurs que sont le diagnostic, qui recadre l'information du problème dans le système de connaissance professionnel, et le traitement, qui recadre l'information du système de connaissance professionnel dans la réalité du problème. Ce mode est préférable s'il n'a pas de lien clair entre diagnostic et traitement, ou lorsque le coût de l'erreur est grand. C'est l'inférence au sens strict (Abbott 1988, p. 48-52).

La juridiction est plus vulnérable par élimination, car ce mode amène davantage d'échecs ; lorsque la chaîne d'inférence est longue, car chaque étape augmente les prises pour la contestation et multiplie les possibilités d'erreur ; lorsque l'inférence est ésotérique au point de ne plus persuader du savoir professionnel ; (d) lorsque l'inférence est simple au point d'être routinisable et de pouvoir être assumée par des non-professionnels; le lien avec l'activité peut alors être protégé par l'argument de la confusion possible avec des cas plus complexes ; la juridiction est aussi plus faible lorsque l'échec est tolérable ; ou probable (Abbott 1988, p. 48-52).

Connaissances académiques d'une profession

Chaque profession a aussi une construction abstraite qui la reflète d'une manière logique. Elle en établit les frontières et aide à la légitimer, à structurer son enseignement et à amener la recherche à générer des innovations pour le diagnostic, l'inférence et le traitement. Les assauts juridictionnels sont souvent à ce niveau (quoique d'autres niveaux comme celui des rapports de force soient aussi mobilisés). C'est le mode principal de défense des juridictions pour toutes les professions (Abbott 1988, p. 55-58).

Un classement distinct pour la connaissance académique s'ajoute aux systèmes qui existent pour le diagnostic et le traitement. Idéalement, ces trois catégorisations seraient cohérentes, voire correspondraient. En pratique, ce n'est pas le cas, et cela ne serait pas avantageux. En effet, leur inadéquation rehausse la pertinence du jugement professionnel. Un système de classification et d'inférence organise tout système de connaissances, mais il n'est pas organisé suivant des critères d'efficacité ou de clarté pratiques. Il est plutôt structuré de manière rationnelle, avec un désassemblage des entités en composantes rationalisables indexées indépendamment de leur accessibilité ou de leur structure de collecte. L'enseignement de plusieurs professions subordonnées est dominé par le système de connaissances d'une autre profession. Un système complet et rationnel peut apparaître dans les manuels et l'enseignement scolaire. La recherche porte toutefois sur des éléments fragmentés et la pratique est fondée sur le diagnostic et le traitement. La recherche peut faire apparaître des régularités et amener des innovations dans le diagnostic, l'inférence et le traitement (Abbott 1988, p. 52-53).

Le système de connaissances abstraites d'une profession a un impact sur la force de ses juridictions. Leur vulnérabilité est moindre si le système légitimise la profession en fonction des valeurs culturelles (particulièrement de scientificité) et avec des frontières assez claires pour une défense tout en étant assez floues pour éviter l'absorption (Abbott 1988, p. 52-58).

Revendications de juridiction

« Jurisdictional claims furnish the impetus and the pattern to organizational developments. Thus an effective historical sociology of professions must begin with case studies of jurisdictions and jurisdictional disputes. It must then place these disputes in a larger context, considering the system of professions as a whole »

(Abbott 1988, p. 2).

Des revendications compétitives permettent d'établir le contrôle des juridictions. Cette utilisation des revendications de juridiction caractérise les professions relativement aux autres occupations

(Abbott 1988, introduction).

Trois types d'audience, ou forums, reçoivent les revendications : l'opinion publique, le système légal et les milieux de travail. L'élaboration de la Loi 90 se fait essentiellement au sein du système légal. L'opinion publique guide toutefois assurément le législateur et la mise en oeuvre a impliqué des négociations au niveau du milieu de travail *(Abbott 1988, p. 59-68).*

Des ententes de juridiction résultent des revendications. Elles stabilisent la division du travail de manière toujours temporaire. Elles reflètent les structures sociales des occupations impliquées, mais dépendent aussi des nombreuses autres variables qui font la force et la faiblesse d'une juridiction. Six types sont distingués.

Ententes de juridictions *(Abbott 1988, p. 69-78) (Tableau 3.6)*

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">a) Totale, correspondant à un monopole sur des activitésb) Subordination pratique, avec une profession en contrôle de l'activitéc) Subordination intellectuelle, où une autre profession contrôle la définition de l'activitéd) Consultative, droit d'interpréter ou de modifier partiellement les actions d'une autre professione) Division du travail, impliquant une juridiction sur une partie des tâchesf) Différenciation des clientèles |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Une juridiction totale est remportée dans l'opinion publique avant de l'être au niveau législatif. Appuyée légalement et légitimée en fonction de valeurs culturelles (ex. : scientificité, tradition, efficacité), elle doit orienter l'idée-même des tâches et de la structure du travail. Chaque profession cherche à dégager, défendre et étendre un tel terrain exclusif *(Abbott 1988, p. 69-71).*

Une subordination pratique implique un droit d'exercice soumis au contrôle d'une autre profession. Elle est généralement établie et maintenue dans l'opinion publique, puis de manière législative, niveaux moins vulnérables à la remise en question que celui du lieu de travail, où la division du travail est souvent moins nettement établie. La représentation est souvent que tout subalterne en sait moins que tout supérieur. La subordination permet à la profession dominante un contrôle plus étendu sans avoir à partager les avantages. Elle permet aussi la délégation du travail

dangereusement routinisable. Le recours à des symboles comme l'usage de titres et le port d'uniformes contribue à son maintien sur le lieu du travail. Il demande aussi des actes d'exclusion et de coercition. Les infirmières sont traditionnellement dans cette position relativement aux médecins (Abbott 1988, p. 71-73).

Les autres ententes de juridiction résultent de l'incapacité à établir une juridiction exclusive ou une subordination. Le droit d'exercice et le contrôle sont rarement pleinement partagés en théorie et encore moins en pratique.

Une subordination intellectuelle est limitée au niveau des connaissances, mais pas de la pratique. Un tel arrangement est instable, car peu de choses empêchent le développement d'une compréhension académique en propre. C'est le cas de la psychothérapie relativement à la psychiatrie (Abbott 1988, p. 75).

Une juridiction consultative (*advisory control*) est encore plus limitée. Elle consiste en un droit d'interpréter ou de modifier partiellement les actions d'une autre profession. Elle s'exerce à divers degrés sur certains aspects du travail, souvent de manière informelle. Un exemple est l'implication du clergé dans les hôpitaux, ou celle des avocats relativement aux comptables et aux banquiers. La médecine a aussi étendu sa juridiction en médicalisant l'interprétation de problèmes qui étaient hors de ses juridictions, notamment l'hyperactivité et les toxicomanies. L'opinion publique est un forum important, mais des revendications implicites en milieu de pratiques peuvent les précéder ou les accompagner. Une telle entente dure rarement. Elle précède parfois une invasion de juridiction. Parfois, elle reste après une défaite. En quelque sorte, elle agit comme indicatrice de conflits interprofessionnels (Abbott 1988, p. 73-77).

Une division du travail peut résoudre une impasse de compétition. Chaque profession impliquée maintient alors une juridiction sur une partie restreinte des tâches associées. Cette division est souvent graduelle. Son maintien est difficile, car l'assimilation entre les groupes est normalement grande et les frontières obscures. Elle peut amener une spécialisation dans chaque profession, puis une association de ces spécialités en une association interprofessionnelle ou même en une nouvelle profession contrôlant la juridiction qui étaient partagée (Abbott 1988, p. 73-75).

Les ententes qui précèdent amènent éventuellement des revendications formelles dans les arènes publiques et législatives. Celle qui suit peut n'exister qu'au niveau des pratiques (Abbott 1988, p. 77).

Une différenciation de clientèle subdivise une juridiction en séparant les cibles plutôt que les tâches. Elle survient souvent lorsque la demande dépasse la capacité des professionnels tenant une juridiction. Les exemples sont nombreux. Les médecins, chirurgiens et apothicaires sont ainsi tous habilités à traiter toutes les maladies avant le milieu du XIX^e siècle, mais les médecins traitent plutôt les élites, les chirurgiens la classe moyenne et les apothicaires les plus défavorisés.

Les chiropraticiens tendent à traiter la classe moyenne ou les gens défavorisés avec des problèmes insolubles par la médecine. Semblablement, la psychothérapie subdivise sa clientèle entre les psychiatres, qui traitent les élites, les psychologues qui s'occupent de la classe moyenne et les travailleurs sociaux qui prennent en charge les gens défavorisés. Cette différenciation survient non seulement entre professions, mais au sein d'une même profession. Cette différenciation est difficile à justifier, alors ceux qui tiennent la clientèle la plus avantageuse n'ont pas avantage à la discuter dans les arènes législative et publique. Son dévoilement peut amener des revendications fortes par les professions desservant les autres clientèles. Une entente formelle de division du travail ou de subordination risque d'en résulter (Abbott 1988, p. 77-79).

Pouvoir des professions

Le pouvoir professionnel peut être défini comme la capacité de conserver une juridiction. Ses sources incluent le contrôle des aspects subjectifs des problèmes et des tâches. La définition du succès est particulièrement importante. Leurs aspects objectifs peuvent aussi amener du pouvoir. Les sources de pouvoir incluent aussi la force interprofessionnelle de gagner une juridiction sans passer par sa redéfinition subjective, comme par exemple la capacité de maintenir une subordination après une entente de juridiction par division fonctionnelle du travail. La capacité d'empêcher certains conflits de juridiction est associée au pouvoir. Il faut aussi inclure le pouvoir qui provient de l'extérieur du système professionnel, notamment du gouvernement ou des élites, mais aussi de l'alliance avec une classe sociale (Abbott 1988, p. 134-138).

Le pouvoir peut être exercé juridiquement, mais aussi sur l'opinion publique et sur le milieu de travail. Dans l'arène juridique, le lobbying auprès du législateur peut avantager une profession ou désavantager ses rivales et obtenir des monopoles de pratique ou de paiement; les poursuites judiciaires peuvent sanctionner les praticiens non-autorisés ou manquant d'éthique. Dans l'opinion publique, le pouvoir est exercé à travers les médias, notamment leur présentation des professionnels. En milieu de travail, les juridictions sont maintenues ou gagnées en contrôlant le langage professionnel ou à travers la subordination directe ou symbolique (Abbott 1988, p. 138).

Les alliances et autres cooptations externes ont davantage d'effet dans l'arène juridique. Les professions dominantes ont davantage d'effet sur l'opinion publique et les milieux de travail, où la capacité de définir les problèmes et de mesurer le succès permet à une profession de faire paraître son travail à la fois plus cohérent et efficace (Abbott 1988, p. 138-139).

L'invasion d'une juridiction commence généralement dans le milieu de travail, puis se fait dans l'opinion publique et ensuite au niveau de la loi. Le pouvoir s'exerce en effet en sens inverse. Une juridiction légale donne du pouvoir pour obtenir ou maintenir une juridiction dans l'opinion publique et ces deux types de juridiction aident la lutte en milieu de travail (Abbott, p. 139).

Dans une négociation de juridiction en milieu de travail, la juridiction légale apparaît comme un pouvoir pur. La juridiction publique joue parfois le même rôle, mais avec moins d'effet. La juridiction en milieu de travail peut persuader l'État de modifier la juridiction légale. Le milieu de travail est la plus compétitives des trois arènes, celle où les forces de juridiction subjective et objective, l'abstraction et la différenciation jouent le plus librement. Les professions dominantes peuvent exercer du pouvoir pour y ralentir les invasions et en réduire la propagation du milieu de travail vers le public et du public au législatif et au juridique (Abbott 1988, p. 139).

Le pouvoir permet de meilleurs arrangements que ce que permettraient le seul mérite de la profession [ou l'argumentation]. Quoiqu'il agisse clairement dans les conflits de juridiction, il ne suffit pas. En effet, le pouvoir d'une profession est limité par la présence d'autres acteurs puissants : autres professions dominantes, clients, payeurs et gouvernements. Les professions dominantes ont souvent coopéré pour une défendre les privilèges professionnels en général tout en compétitionnant entre elles pour les juridictions. Les clients et payeurs sont souvent décisifs dans les conflits de juridiction, en particulier les clients et payeurs puissants comme les grandes entreprises et les gouvernements. L'État restreint le pouvoir des professions par des lois ou des jugements, mais aussi parfois en tant que concurrent offrant des services comparables. Si une profession fournit des services inefficaces, excessivement coûteux ou superflus, ces facteurs sapent sa capacité à maintenir longtemps une juridiction (Abbott 1988, p. 139-140).

Par exemple, la médecine américaine décline relativement à son succès triomphant du milieu du XXe siècle. Face à une combinaison d'envahisseurs et de forces externes – administrateurs, autres professions, compagnies d'assurances, grandes entreprises et gouvernements, elle a perdu une part de contrôle administratif des soins, mais aussi de ses membres, des classifications de diagnostic et de traitement, et de la mise en oeuvre des traitements (Abbott 1988, p. 141).

Structure d'une profession

L'organisation sociale des professions influence le type de revendications juridictionnelles qu'elles font et leur succès :

(a) Les plus organisées ont des revendications plus efficaces, en particulier dans les arènes publiques et juridiques. Elles peuvent mieux mobiliser leurs membres, obtenir un soutien par les médias et mieux soutenir le travail académique qui légitimise culturellement les juridictions. Des organisations puissantes augmentent aussi l'efficacité des pratiques. Un plus grand contrôle des membres donne par ailleurs davantage de garantie de qualité et peut amener plus de confiance du public. Les médecins ont ainsi repoussé les infirmières de l'administration hospitalière. Les psychiatres ont dominé le travail social et la psychologie dans le suivi des enfants. Le clergé a toutefois perdu de nombreuses batailles malgré sa solide organisation (Abbott 1988, p. 82-83).

(b) Une organisation professionnelle, en particulier une association nationale unique, est un prérequis pour les revendications publiques ou législatives. Les organisations professionnelles ne sont toutefois pas très utiles pour les revendications en milieu de travail (Abbott 1988, p. 83).

(c) Des professions moins organisées sont avantagées pour la compétition en milieu de travail. Parce qu'elles n'ont pas un focus aussi clair ou une structure cognitive aussi établie, elles ont davantage de liberté de mouvement vers les tâches disponibles (Abbott 1988, p. 83-84).

Le degré de structuration a un effet aussi sur la capacité de résister aux attaques. Il est crucial d'avoir une barrière à l'entrée, incluant souvent une formation prolongée et des examens. Cette stratégie monopolistique protège le recrutement, contrôle la compétition interne et, conséquemment, la rétribution, et assure un minimum de compétence. Cependant, l'adhésion à des standards rigides peut nuire à une expansion ou une adaptation rapide. La création de professions subalternes est parfois la seule défense, mais ceci n'a pas été une stratégie efficace en dehors des soins de santé (Abbott 1988, p. 84).

La structure sociale des professions n'est donc ni fixe ni uniformément bénéfique. Il n'y a pas de forme vers laquelle toutes les professions tendent, ou devraient tendre. Il est clair que les professions matures se subdivisent constamment sous les pressions variées des marchés, de la spécialisation et de la compétition interprofessionnelle. Certaines conditions de concurrence favorisent les moins organisées, certaines les plus organisées (Abbott 1988, p. 84).

L'organisation sociale d'une profession comporte trois aspects majeurs :

(a) Groupes professionnels de formes et de fonctions diverses. Des groupes locaux émergent habituellement tôt dans l'histoire d'une profession, puis s'amalgament. Certains font un lobbying actif. D'autres sont informels. D'autres visent le contrôle interne. Certains sont organisés autour d'une simple appartenance professionnelle indifférenciée alors que d'autres sont traversés par la concurrence d'intérêts spéciaux (Abbott 1988, p. 79).

(b) Contrôle professionnel incluant les écoles de formation des professionnels, les examens pour les tester, les permis pour les identifier et les codes d'éthiques qu'ils sont présumés suivre. En outre, il y a une large variété de contrôles informels qui sont habituellement attachés à des lieux de travail particuliers (Abbott 1988, p. 79-80).

(c) Lieux de travail. Certaines professions dominent des lieux consolidés et exclusifs, comme les médecins dans les hôpitaux. Beaucoup de professions sont identifiées par leurs lieux de travail. Lorsque c'est le cas, le contrôle est souvent externe à la profession. Une minorité de professionnels travaillent seuls ou en petits groupes. Quelques lieux de travail sont normalement impliqués non pas dans la pratique, mais purement dans le maintien et le développement de la connaissance professionnelle. Ceci inclut les établissements d'enseignement, mais aussi les

revues et les instituts de recherche. Ceux-ci sont ordinairement affiliés à une université, mais certains sont liés à une association professionnelle (ex. Barreau), à l'industrie ou à une agence gouvernementale. En Europe continentale, le lien est souvent plus faible avec l'université et plus fort avec le gouvernement (Abbott 1988, p. 80-81).

Une profession est différenciée à l'interne, avec des spécialités et une stratification de statuts plus ou moins influent et centraux ou périphériques. Au sein de professions comme celles des ingénieurs, des militaires et des travailleurs sociaux, il y a ainsi une forte stratification suivant les niveaux de formation et l'expérience. Des trajectoires de carrières font progresser une partie des professionnels à travers une séquence de positions. Le contrôle des positions y est largement intra-professionnel, impliquant des luttes de juridictions internes au sein des lieux de travail et des organisations professionnelles. La nuance entre dimensions internes et externes peut être assez faible (Abbott 1988, p. 81-82; 129-133).

Un groupe de travailleurs qui se rassemblent n'a souvent pas tous les éléments associés à une « profession ». L'essentiel pour le statut professionnel est constitué par les juridictions. C'est en les revendiquant ensemble que les travailleurs s'identifient en tant que groupe professionnel. Il n'est toutefois pas clair que les revendications doivent toujours primer sur les réalités fonctionnelles. Par exemple, les psychiatres se revendiquent médecins, mais exercent une occupation fonctionnellement distincte. Ils obtiennent du pouvoir sur leurs subordonnés avec le contrôle de l'accès à la médication, le réseau de référence et les autres avantages de l'appartenance à la profession médicale (Abbott 1988, p. 81).

Changements sociaux et professions

Quelques professions oligarchiques contrôlent de nombreux groupes subordonnés dans un vaste éventail de juridictions grâce à un accès privilégiés aux pouvoirs externes. Leur position oligarchique s'installe par exemple lorsque les autorités encouragent la division du travail et la subordination pour augmenter l'efficacité et que l'oligarchie gagne le contrôle de l'accès à ces autorités. L'extension de leur contrôle diminue l'importance de la compétition interprofessionnelle (Abbott 1988, p. 167-176).

Le noyau constitutif du système des professions n'a pas été transformé dans les derniers deux siècles. Des juridictions ont été construites et démantelées sans relâche, mais la bureaucratisation, les changements dans l'équilibre des audiences des revendications et la montée de la cooptation de pouvoirs externes ont maintenu le système (Abbott 1988, p. 143-176).

Changements culturels et professions

L'environnement culturel du système des professions est le produit de trois grands changements survenus au niveau des valeurs, des universités et de la connaissance.

La connaissance se modifie fortement dans son ampleur et dans sa nature. La connaissance professionnelle en particulier a explosé suivant la transformation de la société, des technologies et de l'environnement naturel. Au niveau des professions individuelles, des connaissances nouvelles s'ajoutent et les faits, méthodes et justifications sont graduellement remplacés. Lorsque le rythme des changements dépasse celui de l'arrivée de nouveaux professionnels, des changements de carrière ont lieu. Les plus jeunes deviennent chercheurs. Les plus vieux deviennent gestionnaires. Des formations continues sont mises en place.

Les universités deviennent des institutions culturelles centrales notamment pour la légitimation. Leur sens change toutefois avec l'éducation de masse. Elles restent peu adaptées à la formation continue. Elles sont cooptées par les pouvoirs capitalistes, suivant l'augmentation de l'influence des pouvoirs externes.

Les valeurs légitimatrices ne sont pas les mêmes pour toutes les professions et toutes les positions sociales, mais une tendance générale se dégage vers la rationalisation scientifique et l'efficacité des résultats ou des processus (Abbott 1988, p. 177-211).

Rhétorique de légitimation

« A move by one inevitably affects others » (Abbott 1988, p. 86).

La légitimité fournit le principal fondement de la juridiction. Son absence fournit la principale ligne d'attaque (Abbott 1988, p. 57). Quelques procédés rhétoriques de légitimation constituent les mécanismes de base à travers lesquels les perturbations induites se propagent (Abbott 1988, p. 98). Le point de vue d'Abbott (1988) à ce niveau est présenté à la prochaine section, après avoir approfondi la notion de légitimation.

Facteurs de force du lien juridictionnel

La capacité d'une profession à tenir une juridiction dépend de son système de connaissances et de sa structure interne. Tout changement modifie son aptitude à conserver et à revendiquer des juridictions (Abbott 1988, p. 98).

La vulnérabilité des tâches aux revendications dépend à la fois des qualités objectives et des qualités subjectives qui leur sont attribuées. Chacun des trois modes du travail professionnel (diagnostic, traitement et inférence) aide à créer des liens qui relient des professions et des tâches. La force de ces liens juridictionnels est amplifiée ou réduite par plusieurs aspects de chacun des modes. Pour l'inférence, l'aspect crucial est la structure logique, la solidité des chaînes d'inférence et l'équilibre des choix routiniers et inférentiels dans la pratique. Pour le traitement, les propriétés importantes sont la mesurabilité des résultats, la spécificité du traitement, l'acceptabilité du traitement pour les clients et, bien sûr, la perception de son efficacité. Pour le diagnostic, les aspects centraux sont le bon niveau de restriction aux informations pertinentes, la clarté de la classification diagnostique et la proportion de problèmes résiduels, c'est-à-dire qui ne sont pas adéquatement intégrés dans les catégories diagnostiques de la profession. Les facteurs de vulnérabilité sont multiples (Abbott 1988, p. 57-58).

La compétition interprofessionnelle est affectée aussi par les abstractions académiques de la profession. En effet, derrière le monde du travail professionnel se trouve un système rationaliste et ordonnateur qui le justifie relativement aux valeurs culturelles générales tout en générant de nouvelles manières de faire ce travail. En tant que gardien de la connaissance professionnelle dans sa forme la plus abstraite, le versant académique a une position unique pour revendiquer de nouvelles juridictions. Les revendications qu'il fait sont toutefois strictement cognitives. Elles ne peuvent aboutir à des juridictions reconnues sans revendications sociales concrètes et sans réponses légitimatrices. La compétition interprofessionnelle prend place devant une audience publique (Abbott, 1988, p. 57-58).

Ces facteurs de force et de faiblesse des juridictions sont considérés pour comprendre les changements de juridiction obtenu à travers les négociations aboutissant à la Loi 90. Ils sont toutefois peu explicites dans la suite du mémoire. Pour des raisons de concision et parce que l'asymétrie du pouvoir compte davantage que la rhétorique dans la négociation examinée, la présentation est gardée à un niveau plus général. Ces facteurs ont fait partie de l'analyse rhétorique préalable.

Légitimation

« Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions » (Suchman 1995, p. 574).

Perspective institutionnelle

Les arrangements de travail sont modelés par des processus culturels, sociaux et politiques plutôt que par l'efficacité économique. Les organisations sont structurées non seulement par les tâches, mais aussi par l'environnement institutionnel, c'est-à-dire par le cadre culturel au sens large (Scott 2014, p. 137). Les acteurs et les organisations se conforment pour diverses raisons : réglementaires, normatives et culturelles-cognitives. Dans les derniers vingt ans, la recherche institutionnaliste a déplacé son emphase des structures vers les acteurs et l'action. Elle en examine les problématiques en couvrant l'ordre et le changement social. Plusieurs ont jugé que l'extension excessive de ce domaine explique qu'elle n'ait pas fait émerger une théorie cohérente. Toutefois, elle peut difficilement éviter d'inclure un large éventail d'objets et de niveaux d'analyse pour traiter de ses thèmes fondamentaux. Sa tâche est d'identifier les éléments, processus et mécanismes fondamentaux qui sont à l'oeuvre (Scott 2014).

La légitimité est un concept essentiel de la perspective institutionnelle des organisations. Sa définition est l'objet de débats (Deephouse & Suchman 2008, p. 49-52). Le concept est introduit par Weber (1922) dans sa réflexion sur l'autorité. Il est repris par Parsons (1956) et par des institutionnalistes comme Selznick (1957). Il est au coeur du nouvel institutionnalisme de Meyer & Rowan (1977), qui l'ajoute à l'efficience et aux ressources comme condition de survie des organisations. Il l'associe à la conformité aux mythes institutionnalisés dans l'environnement d'une organisation. Des définitions plus approfondies sont offertes par Meyer & Scott (1983), qui souligne le caractère généralement tacite de la légitimité, laquelle apparaît surtout dans les questionnements « lorsqu'une organisation familière est insatisfaisante ou lorsqu'une organisation satisfaisante n'est pas familière ». Pfeffer & Salancik (1978) adopte une semblable définition « négative » de la légitimité en l'affirmant davantage présente aux esprits lorsqu'elle manque. Un consensus se développe autour de la définition de Suchman (1995) (Deephouse & Suchman 2008, p. 49-52). Il explique que « la légitimité n'est pas une denrée à posséder ou échanger, mais une condition reflétant l'alignement culturel, le soutien normatif ou l'harmonie avec les règles ou les lois applicables » (Suchman 1995, p. 45). Il la définit ainsi :

« La légitimité est une perception ou un postulat généralisé que les actions d'une entité sont désirables, convenables ou appropriés à l'intérieur d'un système socialement construit de normes, de valeurs, de croyances et de définitions » (Suchman 1995, p. 574)³.

³ Traduction libre de la définition anglaise présentée en exergue.

Les études organisationnelles accordent beaucoup d'importance à la légitimité, mais les analyses portant spécifiquement sur la légitimité sont rares. En particulier, nous en savons relativement peu quant aux processus discursifs qui sont impliqués dans la légitimation (Vaara 2006, p. 4-5). Les connaissances manquent en particulier concernant les processus discursifs, les pratiques et les stratégies utilisées pour construire ou remettre en question la légitimité. Après 1995, la notion se développe dans une littérature diversifiée, mais demeurant hautement théorique. La légitimité est invoquée comme concept explicatif, mais seule une poignée d'études l'utilisent comme variable en tant que propriété empirique (Deephouse & Suchman 2008, p. 49).

Parenthèse sur la théorie des grandeurs

D'après Boltanski & Thévenot (1991), la légitimité repose sur un petit nombre de principes supérieurs, ou « d'ordres de grandeur ». Ils constituent une grammaire politique qui fournit des ressources discursives mobilisables comme catégories déjà faites pour la justification.

Un accord général est soutenu par les ordres de grandeur. Les gens y recourent le plus souvent lorsque des disputes surviennent. Les remises en question de l'ordre social sont des « tests de légitimité », des moments critiques où la valeur d'arrangements particuliers doit être justifiée. Les organisations doivent accomplir un travail continu de justification pour maintenir la légitimité de leurs actions. Si des adversaires invoquent différents ordres de grandeur, un compromis est nécessaire. Leur pluralité pose un problème, puisqu'elle peut amener des ententes divergentes. L'efficacité d'invoquer ces ordres de grandeur ne vient toutefois pas simplement de rhétoriques liant des affirmations à des visions culturelles. La valeur d'un ordre particulier est liée à des enjeux de légitimité et de pouvoir. Dans un champ, certains acteurs sont plus puissants et peuvent mieux faire entendre leur voix (Patriotta 2011, p. 1805-1811).

Cette théorie de la justification a des similarités importantes avec les théories institutionnelles. Le concept d'ordre de grandeur est proche de celui des logiques institutionnelles. Les deux peuvent se voir comme des principes reflétant le degré de légitimité de règles, de valeurs et de conduites. Les deux types de théories ont aussi des approches discursives, quoiqu'elles soient basées sur des postulats différents relativement à l'ordre social, à la définition de la légitimité, au rôle des acteurs et aux dynamiques en jeu. Les approches institutionnalistes tendent à considérer un ordre social segmenté en champs institutionnels stables où les acteurs cherchent à se conformer à une logique dominante. Dans le modèle de Boltanski, les environnements institutionnels sont fragmentés, l'ordre social est négocié de manière continue et la légitimité est atteinte à travers des débats publics. L'arrangement des choses et des personnes est toujours ouvert aux revendications et la stabilité requiert des efforts délibérés pour arriver à des compromis (Patriotta 2011, p. 1806-1811).

Le modèle d'Abbott peut être interprété suivant ce cadre. Au niveau de l'explication mobilisée par ce mémoire, la distinction des deux types de théories ne fait pas une grande différence. Les ordres de grandeurs sont gardés en tête pour analyser les schèmes d'interprétation, mais le reste est cadré en référence avec la théorie institutionnaliste de Bitektine.

Dimensions de la légitimité

Examiner les dimensions de la légitimité peut aider à mieux saisir le concept. Plusieurs sont explorées par les études organisationnelles institutionnalistes. Trois types s'y distinguent : pragmatique, morale et cognitive. Les deux premiers sont souvent désignés comme la légitimité sociopolitique (ex. : Aldrich & Fiol 1994). Les trois impliquent l'évaluation que les activités de l'organisation sont souhaitables, convenables ou appropriées dans le cadre d'un certain système de normes. Une dynamique différente est toutefois au fondement de chacun (Suchman 1995, p. 577-584).

Typologie des formes de légitimité (basé sur Suchman 1995, p. 584 et Aldrich & Fiol 1994) (Tableau 3.7a)

Type de légitimité		Variantes	
		<i>Actions</i>	<i>Essences</i>
Socio-politique	<i>Pragmatique</i>	Échanges Influence	Dispositions Intérêts & Caractère
	<i>Morale</i>	Conséquences Procédures	Personnes Structures
Cognitive	<i>Compréhensible</i>	Prédictibilité	Plausibilité
	<i>Allant de soi</i>	Inévitabilité	Permanence

Des variantes peuvent être distinguées à l'intérieur de chacun des trois types, quoique la littérature invoque rarement des distinctions aussi fines. Les types peuvent ainsi être nuancés en variantes axées sur les actions ou l'essence et sur un épisode ponctuel ou une tendance continue (Suchman 1995, p. 577-585).

La légitimité pragmatique repose sur ce que l'audience retire des actions de l'organisation. Au plus simple, elle est un calcul intéressé, un échange. Elle est toutefois souvent moins directe et dépend d'interdépendances politiques, économiques et sociales plus larges. Une autre variante repose sur l'influence accordée à l'audience, avec une causalité ambiguë entre la préoccupation démontrée par l'organisation et le bien-être de l'audience. D'autres variantes sont liées à la nature supposée de l'organisation, aux dispositions qui lui sont attribuées en la considérant comme une personne ayant des intérêts relatifs à une situation particulière ou ayant un certain caractère.

La légitimité morale vient d'une évaluation normative basée non pas sur l'intérêt pour l'audience, mais sur le bien-être de la société en général tel que conçu par cette audience. Ce type de

légitimité reflète une logique pro-sociale. Elle peut être sapée par l'apparence d'opportunisme. Elle peut être basée sur l'évaluation des conséquences, des procédures, des structures ou des personnes en charge. Ces variantes correspondent aux types d'autorité distingués par Weber (1922) : rationnelle instrumentale, rationnelle en valeurs, traditionnelle et charismatique.

La légitimité cognitive est associée au caractère sensé de l'organisation ou de ses activités. Son objet est rarement exprimé tellement il est évident. Le poète Paul Éluard l'exprimait en écrivant que « ce qui a été compris n'existe plus » (Éluard 1926). La légitimité cognitive est attribuée lorsque l'organisation et ses activités vont de soi en étant plausibles et prévisibles; ou lorsqu'elles sont justifiées comme étant comme inévitables ou permanentes. Pour ce faire, elles doivent faire partie du système de croyances ou de la réalité expérimentée.

Ainsi, le calcul d'intérêt caractérise la légitimité pragmatique, alors que les deux autres reposent plutôt sur la congruence avec des règles culturelles générales. La légitimité cognitive repose plutôt sur des postulats culturels implicites, alors que l'évaluation discursive est au cœur de la légitimité pragmatique et morale. De la légitimité pragmatique à la légitimité morale et cognitive, la légitimité est plus évasive, stable et difficile à manipuler (Suchman 1995, p. 585).

Réputation et Statut

« Reputation and status complement cognitive and sociopolitical legitimacy as distinct forms of judgment that address different evaluators' questions about the organization » (Bitektine 2011, p. 160).

La réputation et le statut sont aussi des ressources organisationnelles et des concepts clés. Lorsque les évaluateurs prennent connaissance des traits et des résultats d'une activité, ils soumettent ces caractéristiques à différentes formes d'analyse qui produisent différentes formes de jugement, incluant la légitimité cognitive, la légitimité sociopolitique, la réputation et le statut. Chaque forme répond à une question différente : L'organisation appartient-elle à une catégorie familière? (légitimité cognitive); L'organisation a-t-elle le droit d'exister? Est-elle bénéfique ou nuisible pour moi, mon groupe social ou la société? (légitimité sociopolitique); Comment agira-t-elle dans le futur relativement aux autres organisations de sa catégorie? (réputation); Où l'organisation s'insère-t-elle dans la hiérarchie des organisations similaires? (statut). (Bitektine 2011, p. 151, 156, 173).

Le statut peut être défini comme la préséance de la position d'un acteur, associée avec du prestige et de la déférence. Il s'agit d'une hiérarchie socialement construite ordonnant des individus, des groupes, des organisations ou des activités dans un système social. En contraste avec la légitimité, qui tend à catégoriser en deux groupes selon l'acceptabilité (légitimité sociopolitique) ou la familiarité (légitimité cognitive), le statut n'est pas dichotomique, mais implique l'ordonnement de statuts multiples. Une autre caractéristique distinctive du statut est la

fermeture des positions. Le rang est établi à travers la négociation avec d'autres acteurs. L'ordre des statuts est d'ailleurs souvent contesté (Bitektine 2011, p. 161-163). Le statut peut tout de même être associé à la légitimité cognitive en ce que leur évaluation est une assignation catégorielle qui diminue l'incertitude relative à l'organisation (Bitektine 2011, p. 164-167). Le statut professionnel est donc une catégorie cognitive en plus d'être un rang avantageux parmi les occupations. Relativement à chaque activité, il est possible de concevoir un tel rang selon les arrangements de juridiction précis qui sont décrits par Abbott. Les médecins sont de plus haut statut que les infirmières, elles-mêmes de plus haut statut que les infirmières auxiliaires (Bucher 2016, p. 502).

La réputation peut être comprise comme « un ensemble d'attributs assignés [...] sur la base des actions passées ». Elle diffère de la légitimité cognitive par le type d'inférence qui l'amène. Alors que la légitimité cognitive est un jugement de similarité avec ce qui est connu, la réputation porte sur ce qui est distinctif. C'est par son emphase sur l'acceptation sociale que la légitimité sociopolitique diffère de la réputation. Celle-ci peut néanmoins être associée à la légitimité sociopolitique en ce que leur évaluation fait appel à un processus complexe, basé sur les traits perçus (Bitektine 2011, p. 160-167). Cette évaluation plus active ne survient que lorsque l'ordre institutionnel est remis en question par des divergences ou des insatisfactions (Bitektine 2015, p. 53-57).

Légitimation individuelle et collective

« Au lieu de penser d'innombrables relations d'information entre les individus [...], il est possible de réduire l'observation aux liens entre ceux-ci et la convention à laquelle il font référence » (Gomez 1997, p. 223).

Un aspect important de la légitimité est qu'il s'agit d'une perception collective, « généralisée » et « objectivée ». L'évaluation de légitimité est un jugement individuel qui concerne l'approbation collective. Bien que ce soit ontologiquement des individus qui effectuent tout jugement, l'évaluation de légitimité ne prend pas place exclusivement au niveau « micro », c'est-à-dire à l'intérieur des opérations mentales d'individus, mais invoque des jugements de légitimité collectifs, effectués à un niveau « macro » par des acteurs collectifs (organisations, associations, groupes d'intérêts, gouvernements, etc.). Le jugement individuel est appuyé sur la croyance individuelle relative au jugement collectif qui se trouve ainsi objectifié. La légitimité est souvent même considérée comme une ressource objective de l'organisation (Bitektine 2015, p. 49-51).

Bitektine (2015) offre une explication rigoureuse de cette nature à la fois individuelle et collective dans une synthèse théorique modélisant le processus de légitimation. Son modèle ne montre pas d'incompatibilité avec celui d'Abbott. En quelque sorte, le modèle de Bitektine peut être vu comme une théorie générale de l'ordre et du changement social appuyés sur la légitimation. Le modèle d'Abbott peut s'y loger comme un cas particulier associé à la compétition

interprofessionnelle pour les juridictions. Le processus de résolution des conflits de juridiction qu'il décrit inclut davantage d'éléments que le mécanisme de légitimation décrit par Bitektine, mais ce mécanisme peut être compris comme son élément essentiel.

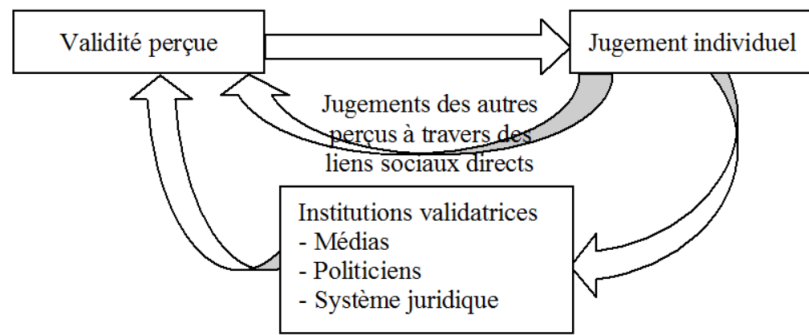
Ce mémoire s'appuie sur Bitektine aux niveaux « macro » et « micro ». Entre les deux se trouve le niveau médian, le plus important au niveau analytique. Ce niveau « middle-range » implique généralement de partir des phénomènes observables et d'en abstraire des énoncés généraux qui seront vérifiables, ou falsifiables, empiriquement. L'interprétation qu'il propose est plus significative que de simples énoncés de corrélation, mais plus ancrée que les énoncés abstraits des grandes théories qui traitent d'entités comme les systèmes sociaux. L'emphase sur ce niveau médian est une approche devenue dominante en sciences sociales (Hedström & Udehn 2009) après avoir été prônée par R.K. Merton. Il s'agit de se concentrer sur les aspects de la réalité sociale pouvant être étudiés distinctement en tant que phénomènes, plutôt que de tenter des structures conceptuelles complètes dont les théories médianes pourraient être déduites (Merton 1949, p. 39-72). Le modèle général du système des professions d'Abbott est une grande théorie abstraite, mais son explication des dynamismes de la négociation des juridictions est de portée moyenne. Dans ce mémoire, les niveaux « macro » et « micro » donnent un surcroît de sens aux observations, mais c'est au niveau médian des stratégies observables qu'est tentée une explication scientifique.

Validité, Stabilité et Changement

« We argue that [...] legitimacy judgments of evaluators are subjected to social control and describe an institutional stability loop » (Bitektine 2015, p. 1).

La légitimité est acquise à travers le jugement individuel de ce qui est convenable (*proper*, approprié) et la perception du jugement collectif de ce qui est valide (*valid*, bien-fondé). Une organisation, ses actions ou des pratiques sont convenables lorsqu'elles sont désirables et appropriées, c'est-à-dire lorsqu'elles ne contredisent pas les conventions. Elles sont valides dans la mesure où il semble y avoir un consensus au sein d'une collectivité qu'elles sont appropriées pour son contexte social. Le jugement que quelque chose est convenable s'appuie sur la croyance individuelle de l'évaluateur que cette chose est collectivement jugée valide. Ainsi, la légitimité au niveau individuel dépend à la fois de la perspective individuelle directe sur la chose et de la croyance qu'elle est collectivement valide. Puisque la perception du jugement collectif qu'est la validité influence le jugement individuel, cette validité est déterminante et constitue un puissant indicateur de légitimité (Bitektine 2015, p. 51-54).

Schéma du lien entre validité, institutions et jugement (Schéma 3.7b)



Suivant Bitektine (2015)

La validité provient largement de l'opinion publique, qui rassure l'individu sur son jugement de validité. Elle est aussi soutenue par des institutions comme les médias, les gouvernements et le système judiciaire. Chacune de ces institutions validatrices tient un forum pour les débats sur la légitimité. Parmi les jugements souvent divergents qui lui sont communiqués, elle en sélectionne certains et codifie textuellement lesquels sont appropriés. En les communiquant en retour aux évaluateurs, elle fournit une importante indication de validité qui guide leurs comportements et jugements futurs. Chacune des trois institutions a ses règles de compétition, ses pratiques de résolution de divergences et ses genres de textes de validation. Pour les médias, il s'agit du partage des voix. Pour le gouvernement, il s'agit des décisions des législateurs. Dans le domaine juridique, il s'agit du jugement des juges et des jurés qui établit des précédents et ainsi établit la validité pour de futurs cas similaires. Ces jugements sont communiqués sous forme d'opinions juridiques et d'autres textes qui constituent le corpus du droit écrit (Bitektine 2015, p. 52-53).

C'est particulièrement vrai en situation de stabilité. La validité perçue influence le jugement individuel, ce qui crée une boucle de rétroaction puisque le jugement individuel influence en retour la validité perçue par les autres. La considération des propriétés et des comportements reçoit alors peu d'emphasis et le jugement de légitimité se fait de manière plutôt passive. L'expression d'autres jugements tend même à être supprimé par manque d'intérêt et crainte de désapprobation sociale amenant des pertes d'opportunité autant que par censure et menaces de poursuites ou d'autres sanctions. Les gens et les organisations exercent des pressions stabilisatrices. Ces actions se font soit directement dans l'entourage d'un individu, soit à travers les médias, soit à travers des instances disciplinaires comme les tribunaux. Le jugement et les actions individuelles sont ainsi soumis à des pressions de conformité au point de faire persister même des organisations ou des institutions dysfonctionnelles. L'ordre institutionnel peut alors être compris comme un état de suppression de la diversité. Le « consensus » perçue concernant la validité institutionnalisée est amené et maintenu non seulement par les croyances culturelles et le

système de valeurs des évaluateurs, mais aussi par leur peur, avarice et ignorance. La stabilité des institutions est ainsi appuyée à la fois de manière individuelle et collective. Tant que le statu quo ne semble pas problématique et tant qu'il n'existe pas d'alternative elle-même valide, les dynamiques liées à la légitimité tendent à maintenir les institutions (Bitektine 2015, p. 53-57, 65-68).

Le changement des organisations suit celui des normes, des valeurs et des jugements qui ont cours. Ces transformations surviennent lorsque des bouleversements sont amenés par des changements environnementaux ou des entrepreneurs institutionnels. Lors de changements institutionnels, un différent ensemble de relations causales domine le processus de légitimation. Dans ces conditions, la boucle de renforcement du processus de jugement passif s'affaiblit face à des jugements de légitimité divergents. Ceci survient lorsqu'il y a un débat majeur dans les médias ou un désaccord entre jugements validés par les médias, le législateur ou le système juridique. Il est alors commun que les jugements les plus critiques amènent l'impression que l'ordre institutionnalisé n'est pas légitime. En l'absence d'un consensus perçu, les évaluateurs ne font plus suffisamment confiance aux indicateurs de validité fournis par les médias, les politiciens et les tribunaux. Ils tendent alors à se fier davantage à leur propre perception. Puisque ces jugements indépendants sont moins affectés par la validité, ils peuvent devenir un moteur de changements institutionnels. Ils peuvent remettre en question le statu quo, créer l'impression que le vieux jugement de validité n'est pas légitime et offrir une alternative plus légitime à l'ordre institutionnel établi. La présence de jugements divergents dans l'espace public affaiblit les facteurs de suppression de ces jugements. Les perceptions individuelles et les actions des acteurs individuels et collectifs deviennent prédominants dans cette dynamique (Bitektine 2015, p. 56-57).

Dans un contexte de changement, les évaluateurs sont exposés à de multiples perspectives. Des incongruités importantes entre les multiples « validités » en concurrence peuvent amener les évaluateurs à un point de bascule après lequel ils se fient davantage à leur propre jugement. Lorsqu'une portion significative d'individus dépassent ce point, le consensus apparent s'érode, amenant une rétroaction négative sur la validité. Les critères de jugement eux-mêmes sont sapés et une plus grande diversité de normes entrent en compétition. D'autres acteurs individuels et collectifs peuvent être entraînés dans la remise en question, incluant les institutions validatrices. Les médias sont attirés par la controverse et l'amplifient. Des conséquences surviennent. Des ressources peuvent cesser d'être rendues disponibles par les évaluateurs. Le système judiciaire peut faire face à la situation où les normes apparentes diffèrent de la loi écrite et les jugements peuvent changer leur perception quant aux jugements les plus valides, entraînant de nouvelles jurisprudences. Les politiciens sont influencés par divers intérêts concurrents et peuvent considérer des changements législatifs. La stabilité revient lorsque l'intérêt des évaluateurs envers

la controverse cesse ou est détournée par une autre problématique. Ils tendent alors à revenir au jugement qu'ils considèrent le plus valide. La stabilité revient aussi lorsqu'une institution est légitimée d'une manière qui semble consensuelle (Bitektine 2015, p. 56-63).

L'explication fournie par Bitektine met davantage d'emphase sur la stabilité des juridictions que le modèle d'Abbott. Elle l'explique également mieux. Relativement au changement, Abbott en décrit les conditions, qui s'intègrent bien dans celles de Bitektine. Il intègre par ailleurs les processus en milieu de pratique, ce qui est pertinent à considérer même si ce mémoire porte avant tout sur des plaidoyers auprès du système légal, spécifiquement des législateurs. Abbott décrit aussi l'aboutissement en divers arrangements juridictionnels de manière plus précise et utile que l'explication générale que Bitektine donne au rétablissement de la stabilité institutionnelle. Entre le changement et l'aboutissement, le modèle de Bitektine raffine beaucoup la compréhension des possibilités stratégiques.

Tableau mettant en correspondance les institutions validatrices (Bitektine 2015)
et les audiences de revendication (Abbott 1988) (Tableau 3.7c)

<i>Audiences</i>	<i>Institutions validatrices</i>
Milieux de pratique	
Opinion publique	Médias
Système légal	Législateurs Système juridique

Les audiences des revendications sont réparties par Abbott entre celles de l'opinion publique, celles du système légal et celles des milieux de travail. Bitektine réfère aussi à la première, ordonnée par les médias. Il distingue la seconde entre les gouvernements, ou le législateur, et le système judiciaire. Il ne traite pas formellement du milieu de travail comme lieu de revendication.

Position des ordres professionnels

Le terme de « position » est utilisé dans ce mémoire pour désigner un ensemble de ressources et de visées associées à une profession représentée par son ordre (Schéma 3.1).

La position inclut les juridictions tenues par la profession et comprises comme ses droits d'exercice devant la loi, ceux que lui attribue l'opinion publique et ceux que ses professionnels exercent en pratique. Ces juridictions se comprennent en trois temps : celles qui étaient préalables au processus d'élaboration de la Loi 90, celles qui sont demandées et celles qui sont obtenues.

Elle inclut aussi son pouvoir, compris au sens restreint de capacité à conserver et à gagner des juridictions. Ce pouvoir dépend de la valorisation sociale issue de sa légitimité cognitive, de sa légitimité sociopolitique, de son statut et de sa réputation. Il dépend aussi d'autres ressources qu'il peut mobiliser comme facteurs d'influence.

Ces facteurs agissent sur la validité perçue des positions et sur le jugement individuel des acteurs contrôlant les institutions validatrices, lesquelles jouent un rôle amplificateur.

Le succès des actions pour obtenir les juridictions demandées dépend en partie des plaidoyers, mais non moins de la position préalable de la profession et de ses juridictions, de même que de son pouvoir. Même si ce mémoire prend pour objet la rhétorique des ordres professionnels et que la rhétorique des revendications juridictionnelle est jugée par Abbott (1988) comme étant à la base de la propagation des perturbations de juridiction, de même que de la légitimation morale et culturelle à laquelle il attribue la résolution des conflits de juridiction, il faut garder en tête que les stratégies rhétoriques ne sont qu'un des facteurs impliqués. En effet, les actions rhétoriques influencent le jugement avec leur articulation en principe logique des faits qu'elles construisent et évoquent, mais les facteurs liés au pouvoir de l'acteur ne le sont pas moins. En particulier, la crédibilité qui s'appuie sur sa valorisation sociale et les moyens coercitifs et incitatifs qui proviennent du contrôle de ressources. Le cadre d'analyse (Schéma 3.1) inclut donc ces autres facteurs pour compléter l'explication des succès ou des échecs des revendications. En outre, l'explication du degré de succès ne peut se concentrer sur la profession prise isolément, mais doit considérer le système professionnel dans lequel elle fonctionne. Il faut donc considérer aussi les positions, le pouvoir et les actions des professions et autres parties prenantes impliquées.

Dans le cadre de la négociation aboutissant à la Loi 90, l'Office des professions, plus encore le groupe Bernier et encore davantage l'Assemblée nationale sont des institutions validatrices cruciales. Ils agissent à la fois comme validateurs et audiences à convaincre. Ultimement, c'est le jugement des parlementaires au pouvoir qui tranche en tant que législateur sur les droits accordés par la loi. La pratique réelle qui est mise en oeuvre ne correspond pas directement aux droits accordés, mais ce mémoire arrête son analyse avec la Loi 90.

Stratégies de légitimation

« Legitimacy is closely linked with power. » (Vaara et al. 2006, p. 4).

Des stratégies peuvent être mises en oeuvre par des acteurs pour influencer la légitimité, c'est-à-dire la validité perçue ou le jugement qu'une chose est convenable. Des opportunités de manipulation stratégique sont créées par la nature perceptuelle des signaux de validité combinée au fort effet de la validité sur le jugement que quelque chose est convenable. Plusieurs stratégies sont distinguées selon qu'elles influencent l'évaluation de validité ou le jugement que quelque chose est convenable (a) par la coercition et les incitatifs; (b) en visant la crédibilité des sources; (c) en mettant en scène un consensus; ou (d) en usant de rhétorique (Bitektine 2015, p. 61-67).

Les stratégies usant de coercition et d'incitatifs fonctionnent à travers des pressions sur l'acteur, à la différence des autres stratégies qui procèdent plutôt par la communication. Ces stratégies ciblent la légitimité pragmatique (Suchman 1995) qui vient de l'évaluation des coûts et des bénéfices d'exprimer une position. Les autorités sont généralement associées à ce genre de stratégies, mais des groupes minoritaires peuvent aussi promouvoir leur discours en trouvant des manières de punir leurs adversaires et de récompenser leurs supporters en créant des facteurs de suppression pour ceux qui expriment publiquement leur désaccord. Les assauts à la réputation par l'humiliation et les attaques médiatiques, les poursuites juridiques et les menaces terroristes sont utilisées par des groupes minoritaires pour supprimer l'opposition. Même pour le gouvernement, le coût associé à l'expression d'un jugement peut être prohibitif (Bitektine 2015, p. 63-67). Ces stratégies visent la légitimité pragmatique.

Les stratégies visant la crédibilité cherchent à agir sur l'influence d'acteurs. En effet, la crédibilité et l'influence d'un message varie selon sa source. Les individus occupant des positions d'autorité (ex. : législateurs et juges) ou avec un accès plus grand aux canaux de communication (ex. : journalistes et gestionnaires d'entreprises médiatiques), de même que les experts, les célébrités et les acteurs de haut statut ont une influence disproportionnée sur l'évaluation que les autres acteurs font de la validité des jugements. Une part importante de la compétition institutionnelle vise l'occupation de ces positions d'influence (Bitektine 2015, p. 63-65). Ces stratégies visent indirectement la légitimité en cherchant à augmenter ou réduire le pouvoir d'influence.

La mise en scène de consensus a pour objectif de créer un biais dans la perception de la validité consensuelle. Cette stratégie vise particulièrement les acteurs influents, spécialement les législateurs, qui sont parmi les plus importants attributeurs de validité. Les individus en position d'influence sont davantage enclins à développer leur jugement de manière active. Ils sont néanmoins eux-aussi influencés par la validité qu'ils perçoivent. Ils peuvent donc être influencés en concentrant sur eux des communications favorables à un point de vue. Le lobbying est utilisé à cette fin. La construction de constituantes agit de même en impliquant des tiers partis donnant une validation faussement indépendante de jugements choisis. C'est aussi le cas de la publicité promotionnelle, des pétitions et des manifestations. L'acteur d'influence dont le jugement de validité a ainsi été biaisé peut alors émettre un jugement qui est accepté comme un indicateur de validité par d'autres acteurs suivant plutôt la voie passive. Ceux-ci renforcent encore le point de vue, créant un effet en cascade jusqu'à ce que l'opposition cesse d'exister ou d'exprimer son opinion (Bitektine 2015, p. 62-64). Ces stratégies visent la perception de validité et peuvent agir sur la plupart des variantes des trois types de légitimité décrits par Suchman.

Les stratégies rhétoriques s'intéressent au contenu des messages de persuasion. La littérature sur le discours et sur son recadrage par des schèmes interprétatifs (*framing*) a identifié de multiples stratégies rhétoriques. Celles qui ciblent la validité informent l'évaluateur que le jugement est appuyé par des acteurs nombreux et/ou crédibles, ou qu'il n'y a pas d'alternative. Certaines réfèrent à l'autorité du passé. D'autres incitent à un raisonnement analogique où la chose à juger est associée à une autre qui est bien familière et valide.

Les stratégies rhétoriques qui ciblent le jugement que quelque chose est convenable font appel aux émotions, aux croyances normatives et au calcul rationnel des évaluateurs pour promouvoir l'application de certaines normes à la problématique en jeu. Elles amplifient les effets positifs du jugement ou les effets négatifs des options concurrentes. Les effets plaidés peuvent être pragmatiques en concernant ce qui utile à l'évaluateur, ou encore moraux, c'est-à-dire visant la concordance avec les croyances et des normes sociales (Bitektine 2015, p. 61-64).

Stratégies rhétoriques

« Contests for jurisdiction have cognitive and social-structural aspects [...]. A few standard rhetorics justifying jurisdictional attack constitute the basic mechanism through which the disturbances induced by external forces propagate » (Abbott 1988, p. 99).

Trois typologies institutionnalistes

L'action des organisations sur leur contexte institutionnel passe par l'influence de la politique, de la fonction publique et de l'opinion publique. Elle procède notamment par des stratégies discursives et par la rhétorique, ou l'art de persuader (Suddaby & Greenwood 2005, p. 35). En principe, tout type de discours peut servir à légitimer ou la délégitimer, mais des formes se dégagent empiriquement de l'analyse des discours. Bien que leurs traits soient spécifiques au contexte, les stratégies qui en sont abstraites peuvent s'appliquer à d'autres contextes. Quatre points doivent être soulignés. Le premier est que l'usage de ces stratégies est rarement pleinement intentionnel. Le second est que les stratégies rhétoriques sont souvent combinées, enchevêtrées. Le troisième concerne les textes médiatiques, qui sont caractérisés par l'ambiguïté et la contradiction. Contraster des perspectives, des rationalisations et des moralités est une pratique journalistique traditionnelle et souvent attendue des lecteurs. Le point de vue du texte apparaît souvent en conclusion. Le quatrième point est l'intertextualité des discours légitimateurs : les textes agissent les uns sur les autres; des stratégies spécifiques deviennent établies, récurrentes, voire institutionnalisées (Vaara et al. 2006, p. 23-26).

Abbott (1988) décrit plusieurs stratégies rhétoriques qu'il a observées dans la négociation des juridictions. Un éventail plus large est cependant couvert dans la littérature institutionnaliste.

Les stratégies discursives décrites par Bitektine (2015), Vaara (2006) et Greenwood & Suddaby (2006) sont exposées dans le tableau qui suit (Tableau 3.8c) et guident l'analyse des observations présentées au cinquième chapitre. Ces stratégies ont été identifiées par l'analyse des argumentations mobilisées dans des situations précises. Celles de Vaara ont été observées dans la justification dans les journaux d'une fusion survenue en 1998 dans l'industrie papetière scandinave. Celles de Bitektine sont tirées d'un synthèse étendue de la littérature et sont issues d'un grand nombre de contextes spécifiques. Celles de Suddaby & Greenwood (2005) sont issues de l'analyse de luttes de juridictions entre comptables et avocats au sein d'une firme issue de la fusion en 1997 d'un grand cabinet juridique avec une firme comptable majeure. Elles peuvent être intégrées dans celles de Bitektine, plus diversifiée, comme on peut s'y attendre d'une méta-analyse.

Ces ensembles de stratégies cadrent l'explication que Abbott fait des pratiques discursives spécifiques aux négociations de juridictions professionnelles. À la section suivante, elles sont affinées dans une discussion portant sur les schèmes interprétatifs mobilisés pour le recadrage (framing) dans plusieurs études de débats entre professionnels : Bucher (2016), Castonguay (2008), Denis et al. (2008). La typologie développée par Boltanski et al. (1991, 1993, 1999) est utilisée pour donner un ensemble englobant des types d'arguments non-couverts par les autres.

Le tableau qui suit (Tableau 3.8a) met en correspondance les typologies de stratégies rhétoriques de Vaara (2006) et de Bitektine (2015) avec les types de légitimité décrits par Suchman (1995).

La première rangée nomme les stratégies distinguées par Vaara (2006). Ce sont les plus importantes pour l'interprétation des observations (Chapitre 6), car c'est à leur niveau que des corrélations sont recherchées entre les positions des parties prenantes, les stratégies rhétoriques et les résultats. Elles sont explicitées au tableau 3.8a. La deuxième rangée présente les distinctions plus fines que fait Bitektine (2015) et les répartit dans les cinq catégories de Vaara (2006). Les cinq stratégies rhétoriques de théorisation du changement de Suddaby & Greenwood (2005) sont incluses dans celles de Bitektine (Tableau 3.8c). Ces stratégies et les autres qui sont présentées par Bitektine ont été réparties entre les cinq grandes catégories proposées par Vaara en fonction des définitions données par les deux textes. La troisième rangée montre les types de légitimité que les stratégies des cinq catégories de Vaara (2006) visent à influencer en suivant les types présentés par Suchman (1995) : cognitive, morale et pragmatique, ces deux derniers types correspondant à la légitimité sociopolitique. Pour préciser les variantes de légitimité morale, elles sont associées aux types d'autorité de Weber (1922), comme présenté dans la section précédente sur les perspectives institutionnelles relatives à la légitimation.

Cette mise en correspondance de typologies aide l'interprétation de chacune en regard des autres. La correspondance n'est pas parfaite, mais fournit le portrait global utilisé dans ce mémoire.

On peut noter l'absence de stratégies rhétoriques visant la légitimité pragmatique. Ce type de légitimité implique un calcul d'intérêt souvent exclus du concept de légitimité. Bitektine (2015) la couvre par les stratégies non-rhétoriques de légitimation qu'il décrit : stratégies de pression, stratégies de crédibilisation/décrédibilisation et stratégies de mises en scène de consensus. Même si ce mémoire cible les stratégies rhétoriques, les autres formes sont à garder à l'esprit pour comprendre les résultats.

Stratégies rhétoriques (Tableau 3.8a)
 (Synthèse des typologies de Vaara, de Suchman et de Bitektine)

Stratégies discursives de Vaara (2006):	<u>Narrativisation</u>	<u>Normalisation</u>	<u>Approbation</u>	<u>Moralisation</u>	<u>Rationalisation</u>
Stratégies rhétoriques de Bitektine (2015):	Narrativisation / Création de mythes Trope (surtout métaphorique & recadrage dans le familial) Emphase sur succès (histoires de réussites et d'échecs) Appels passionnés visant les émotions	Catégorisation (ontologique) Historisation (traditionaliste) Naturalisation (cosmologique) Naturalisation (téléologique) Soutien général	Par une autorité Par le nombre Par l'organisation de l'évaluateur Emphase sur la valeur morale de l'organisation Valorisation / Démonisation d'autres acteurs Lien d'un acteur à la nécessité d'un comportement idéal	Injustice des autres pratiques Recadrage montrant la concordance avec les croyances normatives (locales; générales) Rationalisation éthique	Inefficacité des autres pratiques Problèmes & solutions Rationalisation utilitariste
Légitimité principale visée selon variantes de Suchman (1995):	<u>Cognitive</u> Compréhensibilité	Allant de soi Plausibilité Structures (traditionaliste)	<u>Morale ou Pragmatique</u> (Sociopolitique)		
			Personnelle (charisme)	Procédures (rationalité en valeurs)	Conséquences (rationalité instrumentale)

Stratégies discursives suivant Vaara (2006) (Tableau 3.8b.)

- a) **Rationalisation** : suit une rationalité instrumentale fondée sur l'évaluation des résultats, bénéfiques, objectifs ou fonctions. Inversement, peut être basée sur la mauvaise évaluation instrumentale d'autres options. Il faut noter que toute rationalisation dépend de fondements moraux et idéologiques spécifiques, mais qu'ils ne sont souvent pas explicites.
- b) **Normalisation** : rationalisation présentant quelque chose comme étant normal. Présenter comme étant similaire à une autre chose bien établie par le passé ou les anticipations.
- c) **Moralisation** : rationalisation explicitant des fondements moraux. Habituellement utilisée pour délégitimer. Bitektine (2015) permet de préciser que la moralisation implique souvent un recadrage montrant la concordance avec des croyances largement partagées, ou encore par rapport à un système éthique. La référence à un schème interprétatif est explicite.
- d) **Approbation (Authorization)** : appui d'une autorité. En croisant cette stratégie avec celles de Bitektine (2015), on peut énumérer des variantes : par une autorité en tant que telle, une organisation ou par le nombre, ou encore en association avec la valeur morale d'organisations ou d'acteurs invoqués ou leur nécessité d'avoir un comportement idéal.
- e) **Narrativisation** : construction de récits mettant en scène des objets comme gagnants, perdants, héros, adversaires ou coupables. Ces « dramatisations » ou « mythisations » fournissent des « preuves » plutôt anecdotiques, mais néanmoins efficaces pour faire juger un objet ou une action acceptable, convenable ou souhaitable. Pas toujours discursives au sens strict, pouvant par exemple être visuelles. Souvent, elles fournissent un cadre aux autres types de légitimation.

Stratégies rhétoriques suivant Suddaby & Greenwood (2005, p. 51-58) (Tableau 3.8c)

- a) **Ontologique** : Affirmations sur ce qui peut exister
- b) **Historique** : Valorisant la continuité des modèles et des traditions
- c) **Téléologique** : Concernant l'inévitabilité d'un processus vers l'atteinte d'un certain état
- d) **Cosmologique** : Concernant aussi l'inévitabilité d'un processus, mais en le justifiant par une cause externe aux acteurs et aux audiences immédiates
- e) **Éthique** : Rationalisation morale, généralement en fonction du bien commun selon un système de croyances et de valeurs du contexte social élargi

Bucher et al. (2016) est utilisé comme point de comparaison pour les observations rapportées, mais propose aussi plusieurs généralisations intéressantes. L'article distingue quatre niveaux d'argumentation (*focus*). La définition de la collaboration interprofessionnelle (*issue framing*), un thème majeur de la négociation aboutissant à la Loi 90. La solution prônée (*justifying*) inclut les revendications de juridiction et tend à être associée aux stratégies rhétoriques de rationalisation et de moralisation. Le focus sur la profession elle-même (*self-casting*) ou sur les autres professions (*altercasting*) est plutôt associé à aux stratégies rhétoriques de normalisation ou de narrativisation. L'appel à l'approbation peut toucher autant la solution prônée que les professions. Deux manières de se positionner à chaque niveau sont notamment distinguées : identification, restreignant la différence en recadrant dans le familier (*frame blending*) et distinction, augmentant la différence en contrastant et en remettant en question (*frame shifting*). La légitimité cognitive semble plutôt visée par l'identification, alors que la distinction viserait plutôt la légitimité socio-politique. L'étude montre aussi que le statut influence l'argumentation à chaque niveau.

Perspective d'Abbott sur les stratégies rhétoriques

Les stratégies rhétoriques sont à la base de la propagation des perturbations de juridiction. Leur enchaînement débute par des événements internes ou externes. L'introduction, la disparition et la transformation de tâches et de concurrents entraînent des revendications et des conflits de juridictions. Ces conflits procèdent surtout par la reconstruction des problèmes. Leurs qualités objectives résistent par définition à cette reconstruction. Elles peuvent être comprises comme des composants de la légitimité cognitive. Les qualités subjectives d'un problème sont ce qui est peut être visé par les revendications de juridiction. Elles sont ancrées dans la construction du problème par la profession qui en tient la juridiction. Les redéfinir de manière à en justifier le contrôle est à la base de la compétition interprofessionnelle. Les revendications juridictionnelles créent carrément leurs qualités subjectives, lesquelles en constituent la structure cognitive. Leur redéfinition vise la légitimité cognitive, de même que la partie de la légitimité pragmatique qui concerne la définition des dispositions, et la légitimité morale au sens large de Suchman, décrit plus haut.

La résolution des conflits de juridiction est attribuée par Abbott (1988) aux stratégies rhétoriques et aux aspects culturels, même si les aspects socio-structurels et l'accomplissement des tâches sont aussi des facteurs (Abbott 1988, p. 98-101). Sa réflexion à ce niveau n'est pas davantage détaillée car elle s'intègre bien dans les typologies décrites précédemment, qu'elle est moins approfondie et qu'elle couvre moins bien les observations.

Schémas interprétatifs (framing)

« Avoir une conception du monde, c'est se former une image du monde et de soi-même, savoir ce qu'est le monde, savoir ce que l'on est. » (Jung 2008, p. 300)

Le recadrage des schèmes interprétatifs (*framing*) est central dans les stratégies mises de l'avant par Abbott et important dans la plupart des stratégies rhétoriques de Vaara (2006) et de Bitekine (2015). Il se fait à plusieurs niveaux et en fonction de plusieurs schémas, comme décrit par Bucher (2016) sur la base des réponses de cinq associations professionnelles (médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, psychologues et assistants psychologues) à une proposition du gouvernement ontarien de renforcer la collaboration interprofessionnelle.

Ces schémas interprétatifs (*frames*) introduisent un vocabulaire, des catégories, des idéaux et des modèles, définissent des identités sociales, positionnent les acteurs dans des relations de pouvoir et de dépendance et les associent à des attentes et des capacités d'actions; ils amènent des visions du monde (Lefsrud & Meyer 2012, p. 1480).

Les mondes communs définis par Boltanski sont considérés ici comme des schémas interprétatifs. Aussi nommés « ordres de grandeurs » et « cités », ils constituent des formes du bien constituant des principes « universels » pour évaluer légitimité, cohérence et justice. Six mondes sont décrits initialement (Boltanski & Thévenot 1991). Deux autres sont ajoutés plus tard, le monde « vert » (Lafaye & Thévenot 1993) et le monde « par projets » (Boltanski et Chiapello 1999).

Pour la description des schèmes, ce mémoire est guidé par quelques typologies. La première, Denis et al. (2008), présente cinq idéologies identifiées dans les rapports préparés par diverses commissions visant à réformer les soins de santé au Canada. Ses idéologies sont reprises par Turgeon (2011) dans un portrait de cinquante ans de réformes du système de santé. Castonguay (2008) est un rapport mandaté par Québec relativement au financement du système de santé. La dernière, de Boltanski et al. (1991, 1993, 1999) est appuyée sur des travaux empiriques plus diversifiés, de même que sur des classiques de philosophie politique. Hautement citée, elle fournit huit schèmes assez englobants pour tout inclure.

Schèmes interprétatifs comparés (Tableau 3.8d)

Mondes communs de Boltanski et al.	Idéologies de Denis et al.	Principes de Castonguay (2008)
Industriel (efficacité, science)	Managériale (efficience et imputabilité)	Efficacité
Marchand (concurrence, prix)	Affairiste (privatisation)	Liberté Responsabilité
Civique (collectivité, démocratie, solidarité)	Équité et humanisme (justice sociale; accès équitable avec gestion et financement publics)	Universalité Solidarité Équité
	Démocratique (décentralisation politique et fiscale)	-
	Santé des populations (déterminants de la santé ciblés par des politiques publiques fortes)	-
Vert (écologisme, soutenabilité)	-	-
Domestique (tradition, famille, hiérarchie, fiabilité)	-	-
Opinion (renommée, réputation)	-	-
Par projet (réseautage, flexibilité, autonomie)	-	-
Inspiré (passion, imagination, singularité)	-	-

Ces schèmes interprétatifs fournissent une base pour la description des fondements invoqués dans les arguments décrits aux prochains chapitres.

Une opérationnalisation du cadre d'analyse (schéma 3.1) est présentée au prochain chapitre. Elle mobilise en particulier les distinctions concernant les stratégies rhétoriques (Tableau 3.8a) et les met en relation avec le statut des parties prenantes, la légitimité cognitive de l'ordre établi et les résultats des revendications.

Méthodologie

(chapitre 4)

Survol

Le système de santé et l'organisation professionnelle du Québec ont été présentés en soulignant les dynamiques de sa division du travail professionnel. L'opposition a été montrée entre la collaboration nécessaire et la compétition y faisant obstacle. L'élaboration de la Loi 90 a été décrite comme l'une des plus importantes démarches visant à améliorer le système de santé au niveau de la division du travail professionnel. La négociation interprofessionnelle qui en est le centre donne accès à une description riche à ce niveau, issue des perspectives argumentées des parties prenantes. Le prochain chapitre expose cette négociation. L'ensemble devrait aider à comprendre les enjeux de notre système de santé et de notre organisation professionnelle.

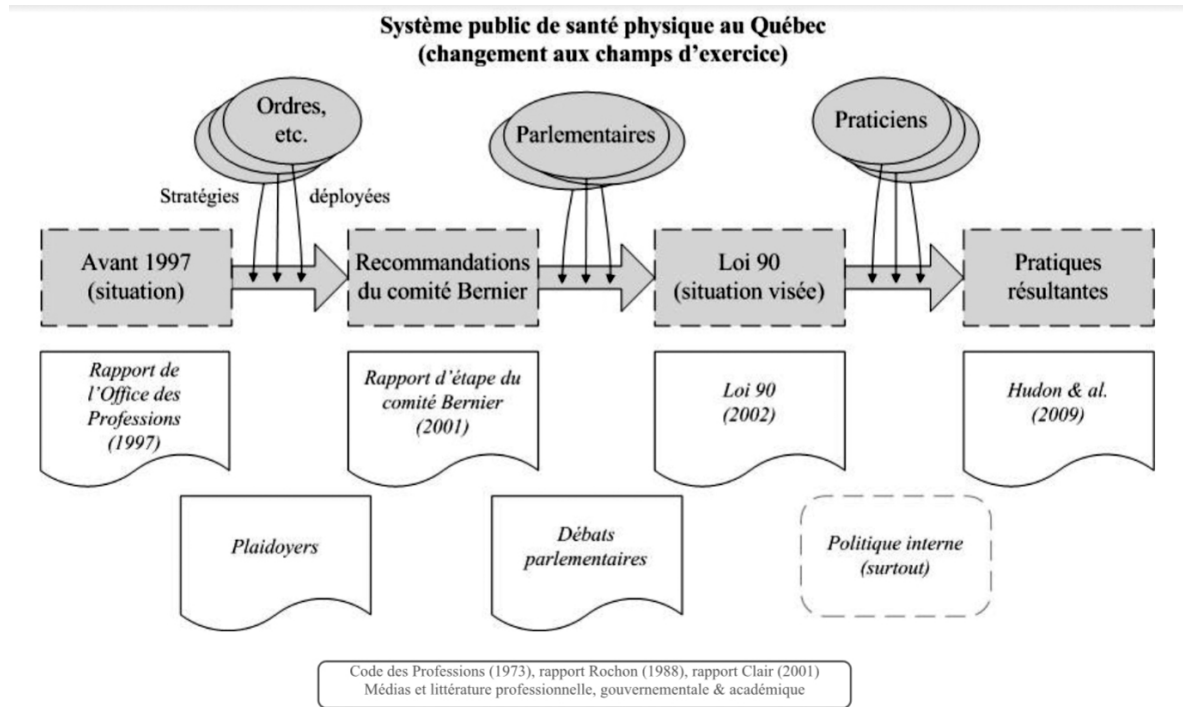
Le processus de revendication de juridiction a reçu une attention spécifique. L'emphase a été placée sur la légitimation parmi les facteurs soutenant les revendications. Les stratégies rhétoriques permettant de la réaliser ont particulièrement été mises en évidence. En plus de donner accès aux points de vue des ordres professionnels et des instances recevant leurs plaidoyers, leur analyse soutient une réflexion sur les stratégies rhétoriques elles-mêmes. Cette analyse vise à répondre à la question : Que montre la rhétorique des ordres professionnels durant l'élaboration de la Loi 90?

Ce chapitre présente d'abord le corpus et sa délimitation. Il explique ensuite la démarche empirique qui a été employée. Celle-ci vise les positions et les prises de position des ordres professionnels devant le législateur durant le processus d'élaboration de la loi. Elle compare les stratégies rhétoriques avec les résultats et la position des parties prenantes en vue d'arriver à une proposition d'interprétation des différences. En fin de chapitre est présentée la démarche d'interprétation. Ces deux dernières sections opérationnalisent les éléments essentiels du cadre interprétatif.

Corpus

Le schéma 4.2 qui suit illustre les principales étapes de l'élaboration de la Loi 90, ses parties prenantes et les sources d'information envisagées.

Principales étapes de l'élaboration de la Loi 90, ses parties prenantes et les sources d'information envisagées (Schéma 4.2)



Les plaidoyers livrés par les ordres professionnels pour influencer la loi modifiant la division du travail sont l'objet d'analyse de ce mémoire. Ces plaidoyers visaient principalement le législateur, c'est-à-dire le gouvernement de l'époque, assumé par le PQ sous la surveillance des autres parlementaires, du PLQ et de l'ADQ. D'autres moyens d'influence se sont exercés et d'autres cibles ont été affectées, mais le présent travail porte sur ce processus officiel et discursif aboutissant à la Loi 90.

La procédure parlementaire offre un matériau plus abondant, détaillé et accessible que l'élaboration stratégique au sein d'entreprises. En effet, elle fait expliciter et documenter les interventions des parties prenantes. Bien sûr, cette documentation n'est pas à confondre avec un accès direct aux « vraies » positions et stratégies : des biais importants y sont liés au jeu politique et aux autres facteurs qui en influencent la présentation. Il est néanmoins escompté d'y trouver une matière d'analyse plus fidèle que ce qu'il est habituellement possible d'obtenir de documentation ou témoignages associés aux entreprises.

La lecture des plaidoyers a été guidée, complétée et validée par le rapport du groupe Bernier (2001), préparé pour guider les parlementaires dans l'élaboration de la Loi 90, par les débats parlementaires, les médias et les littératures professionnelle, gouvernementale et académique, de même que par la documentation accompagnant la mise en place du Code des professions en 1973 et les rapports des commissions Rochon (1988) et Clair (2001).

On comprend que la difficulté principale qui est associée à ce corpus n'est pas tant de trouver des informations pertinentes que de gérer leur surabondance.

Pour délimiter l'objet d'analyse, des critères pratiques de faisabilité et des critères théoriques de diversification et de saturation ont guidé les choix. La diversification vise le panorama le plus complet possible. Elle implique la variété plutôt que la représentativité statistique. On peut parler d'exhaustivité si tous les contrastes ont été couverts. La diversité interne est recherchée pour rendre compte d'un ensemble particulier. Il s'agit alors d'atteindre la saturation. Ce critère implique de poursuivre l'effort de recherche et d'examiner de nouvelles données tant que des variantes ou du sens nouveau sont constatés. Il traduit l'idée d'un point de saturation après lequel rien d'important ne serait appris d'une accumulation supplémentaire de données. La saturation de chaque sous-groupe de données est rendue plus difficile en tendant vers le contraste, mais il faut néanmoins chercher à maximiser la diversification interne ou intra-groupe pendant la collecte de données pour que la saturation autorise une généralisation à l'ensemble (Pires 1997, p. 64-68).

Des techniques d'analyse assistée par ordinateur ont été considérées pour cartographier le corpus et en identifier les contenus représentatifs. Une méthodologie d'analyse de grands corpus est bien maîtrisée par l'auteur et aurait permis cette exploration rigoureuse dans la logique du distributionnalisme de Harris (2002) et de l'approche des cooccurrences de Benzécri (1981) reprise par Callon (1993), en employant des logiciels d'annotation et de statistique linguistique (QDA Miner et Wordstat). Toutefois, il aurait été nécessaire d'obtenir les textes sous forme numérique analysable, ou de procéder par reconnaissance automatique de caractères. Les documents obtenus n'ayant pas la qualité nécessaire pour que cette démarche préliminaire soit pratique, une autre stratégie d'orientation au sein du corpus est employée.

Une idée explorée a été de cibler les débats parlementaires, dans l'optique où ces débats reflèteraient l'essentiel des arguments. Toutefois, les parlementaires se sont avérés plutôt consensuels et centrés sur les grands principes de collaboration interprofessionnelle et d'efficacité économique et médicale. Une autre source permet davantage de diversification et de saturation en rapportant plus finement les débats entre professions.

C'est le rapport du groupe Bernier (Bernier 2001) qui fournit la clé d'accès aux plaidoyers livrés par les ordres professionnels. En effet, ce texte décrit au chapitre 2.6 rapporte en quelques centaines de pages leurs arguments de manière rigoureuse et détaillée.

En quelque sorte, le rapport Bernier est utilisé dans une logique d'échantillonnage, pour choisir les éléments à analyser. Bien sûr, il présente une sélection et souvent une interprétation des propos, mais souvent avec des extraits ou en décrivant leur rhétorique. De surcroît, les plaidoyers n'ont pas tous été livrés sous forme écrite et plusieurs n'ont pu être retrouvés ou obtenus. Employer strictement une analyse directe des textes disponibles aurait impliqué un biais d'échantillonnage significatif. Une partie importante du panorama argumentaire aurait alors été manquée, en particulier les arguments des professions de faible statut et ceux de plusieurs discussions tenues en cours de processus. Aussi, compléter cette analyse directe mais partielle en utilisant le rapport Bernier pour les plaidoyers non-disponibles de manière textuelle aurait rendu difficile de comparer les observations des deux types de sources. Si le rapport Bernier amène des biais pour l'analyse effectuée par ce mémoire, ces biais sont au moins relativement uniformes sur l'ensemble du corpus. Une analyse préalable des plaidoyers livrés sous forme écrite a d'ailleurs fait juger qu'une analyse directe de l'ensemble des plaidoyers n'aurait pas fourni un meilleur matériau d'analyse. Dans une logique de saturation et de diversification des données et en regard de l'effort supplémentaire impliqué, cette analyse directe n'apportait pas de précisions utiles ou de sens suffisamment nouveau pour être préférable. Utiliser strictement le rapport Bernier comme source relativement aux plaidoyers apparaît comme un meilleur choix pour le niveau de détail retenu dans ce mémoire.

D'autant plus que les interprétations du rapport Bernier semblent unanimement acceptée, sans qu'aucune remise en question n'ait pu être trouvée ni dans les débats parlementaires, ni dans les textes des ordres, ni dans les publications académiques, professionnelles et gouvernementales. Rien n'indique que les parties prenantes ne valident pas son interprétation, vraisemblablement aussi représentative que celle qui aurait été faite de manière indépendante.

Dans une logique de recherche cumulative, le choix est donc fait d'appuyer l'analyse de ce mémoire sur celle qui a été préalablement faite par le rapport Bernier, aussi bonne que celle qui aurait pu être refaite de manière indépendante. De plus, son format synthétique s'est avéré utile pour citer les arguments. Bien qu'il soit mieux de citer directement, des raisons pratiques et la valeur de ce rapport ont ainsi fait choisir son compte-rendu comme source empirique adéquate pour le niveau d'analyse choisi pour ce mémoire.

La recherche documentaire a emprunté plusieurs chemins. Le rapport du groupe Bernier, les verbatims des travaux parlementaires, quelques-uns des mémoires déposés par les ordres professionnels et la majeure partie de la littérature professionnelle, gouvernementale, médiatique et académique ont pu être obtenus par une recherche web ou dans les bibliothèques Paramédicale et de Santé de l'Université de Montréal et d'Histoire de la médecine de l'Université McGill. Le Centre de documentation de l'Office des professions a fourni les autres documents consultés, mais il ne les livrait pas aisément : il a fallu invoquer la Loi d'Accès à l'information en demandant les documents par leur titre spécifique sans avoir accès aux catalogues. Des frais significatifs ont dû être déboursés pour consulter ces documents et ils n'ont pas pu être obtenus dans un format adéquat pour une analyse informatisée. Puisque tous les documents consultés corroboraient le texte du rapport Bernier, il n'a pas été jugé utile de chercher l'exhaustivité de lecture de l'ensemble des communications archivées, suivant une logique de saturation.

L'analyse a ainsi pu se faire sur un corpus assez riche et solide pour donner un bon portrait de la négociation de la division du travail aboutissant à la Loi 90.

Observations sur la négociation

Pour aborder la négociation qui aboutit à la Loi 90, le corpus est examiné pour mettre en évidence les juridictions contestées, les positions, les discours et les stratégies rhétoriques précisées par les schèmes interprétatifs évoqués. Après une lecture exploratoire très large, l'échantillon choisi comme objet d'analyse a été examiné finement pour rendre compte de la négociation des juridictions en fonction du cadre d'analyse développé et ajusté suite à une lecture préliminaire (Schéma 3.1 et Tableau 3.8a).

L'approche suivie pour l'analyse de discours est inspirée de celle de Vaara (2006). L'analyse est présentée de manière à rendre compte de la négociation de manière plus large qu'approfondie au niveau du détail des énoncés. Un principe général est qu'une telle analyse est inductive et implique un va-et-vient de lectures et de réinterprétations dont il est difficile de rendre compte. Trois stades peuvent tout de même être distingués : l'analyse thématique, interdiscursive et textuelle. Ils permettent de synthétiser les observations concernant le contenu des messages de persuasion en suivant trois catégories.

Stades de l'analyse de discours suivant Vaara (2006) (Tableau 4.3)

- Thèmes, relevés par l'analyse thématique et correspondant aux sujets centraux. L'attention est portée sur les tâches professionnelles, les professions et les liens de juridiction. Plus particulièrement, il s'agit de contraster les ententes de juridiction (Tableau 3.6) antérieures et celles qui sont accordées par la Loi 90. Ces thèmes sont déterminés à la fois empiriquement et théoriquement par un examen du corpus guidé par la revue de littérature (chapitre 2) et le cadre théorique (chapitre 3).
- Schèmes interprétatifs, relevés par l'analyse interdiscursive qui vise les types de discours. Tout type peut cadrer et influencer la légitimité de tout objet, même si les moyens qu'ils fournissent sont très différents et que certaines combinaisons sont plus fréquentes. Les schèmes interprétatifs (Tableau 3.8d) sont recherchés, de même que leurs associations avec les thèmes et entre eux.
- Stratégies rhétoriques, relevés par l'analyse textuelle. Elles sont identifiées principalement en fonction de la typologie de Vaara (Tableau 3.8b), mais en la précisant à l'occasion en suivant la typologie plus fine de Bitektine (2015), présentée avec la synthèse des typologies de Vaara, de Suchman et de Bitektine (Tableau 3.8a). Relever ces éléments discursifs aide à comprendre les complexités, ambiguïtés et contradictions des processus de légitimation.

Le chapitre 5 détaille la négociation et ses thèmes et relève ses schèmes interprétatifs et ses stratégies rhétoriques. Ces dernières sont reprises en profondeur et comparées au chapitre 6.

Description des ordres professionnels

D'autres facteurs que le discours sont nécessaires pour comprendre la négociation et son aboutissement, comme il a été vu au chapitre précédent. Ces facteurs sont présentés collectivement comme composantes de la position d'un ordre (Schéma 3.1). Ils incluent la juridiction (préalable, demandée et accordée), la valorisation sociale (légitimités cognitive et sociopolitique, statut et réputation) et les autres ressources qui constituent le pouvoir, de même que les actions et les positions des autres parties prenantes.

Les juridictions sont identifiées de manière précise, en visant les juridictions légales, l'objet thématique et l'enjeu des négociations. Les sources permettent de bien les identifier.

Les facteurs associés à la valorisation sociale sont évoqués pour aider la compréhension. Leur évaluation est difficile au-delà d'un jugement relatif et approximatif. En effet, ils sont des perceptions collectives, par nature subjectives même lorsqu'objectifiées. Les affirmations à leur sujet sont comparatives, jugeant un ordre par rapport à un autre sur la base des jugements généraux qui sont exprimés dans les sources. Ils sont utilisés comme compléments d'information pour un meilleur portrait de chaque profession et pour aider à saisir pourquoi les arguments de certaines conviennent davantage. Le contraste le plus significatif est la différence marquée entre les médecins et les autres professions.

Trois indicateurs de statut sont présentés pour chacun des ordres. Ils sont utilisés parce qu'ils sont intéressants en eux-mêmes pour décrire les professions et parce qu'ils donnent une idée générale des statuts relatifs. Le premier est le prérequis de formation pour accéder à la profession. Il a été vu que le niveau de cette formation joue un rôle important. Le deuxième est la confiance accordée par la population. Elle est établie par le « Baromètre des professions » de la firme Léger (Léger 2016). Il compare l'avis des Québécois relativement à 54 professions et métiers. Il résulte d'un sondage auprès d'un échantillon représentatif (âge, sexe, langue maternelle, région et scolarité). Les praticiens de soins de santé occupent le haut du classement. La rémunération est le troisième indicateur, pris comme signe du pouvoir de négociation de la profession. Puisqu'il n'est pas utilisé pour une corrélation formelle et que des données comparables n'ont pas pu être trouvées pour certaines professions pour la période, des données plus récentes et surtout facilement disponibles ont été utilisées. C'est l'estimé du taux horaire par le gouvernement du Québec en 2017 (Avenir Santé 2017) qui fournit les points de comparaison concernant la rémunération. Les minimums et maximums sont indiqués en plus de la moyenne, pour donner une idée de la variabilité au sein de chaque profession.

Interprétation

L'interprétation se fait d'abord à la lumière du système des professions décrit par Abbott (1988) et cadré dans le modèle plus général de Bitektine (2015). Elle est guidée par le cadre d'analyse (Schéma 3.6 et Tableau 3.8a) et présentée avec les observations au chapitre 5.

Les relations des thèmes sont ensuite analysées. Une comparaison est faite des différences de résultats des stratégies rhétoriques en fonction des positions. Ce deuxième niveau d'interprétation fournit une théorisation synthétique de la négociation des rôles aboutissant à la Loi 90 et illustre les systèmes conceptuels d'Abbott (1988) et de Bitektine (2015). Il utilise les dimensions et l'articulation du cadre d'analyse (Schéma 3.1 et Tableau 3.8a).

La légitimité cognitive et le statut apparaissent en cours d'analyse comme étant particulièrement identifiables et significatifs parmi les facteurs susceptibles d'expliquer les différences de résultats des revendications et des stratégies rhétoriques. Ces dimensions sont mises en relation avec les stratégies rhétoriques, les revendications et leurs succès sous la forme d'une hypothèse ayant des implications stratégiques.

Pour préciser les corrélations observées, les informations colligées sont réduites à quelques dimensions et états. Ils sont expliqués avec la présentation des relations, au chapitre 6.

Dimensions et états mis en relation (Tableau 4.5)

- **Stratégies rhétoriques principales** résumées aux types de Vaara (2006) : « rationalisation »; « normalisation »; « moralisation »; « approbation » ou « narrativisation » (Tableau 3.8b); croisées avec les variantes de Bitektine (Tableau 3.8a) pour les implications stratégiques.
- **Coordination des équipes** : revendication pour le « leadership » des médecins ou la « collégialité » d'équipes de professionnels autonomes ;
- **Statu quo préalable** : revendications pour le « maintien », le « changement » ou « peu » de revendications quant aux juridictions préalables à l'élaboration de la Loi 90;
- **Bernier initial** : revendications pour la « restriction », l'« extension » de la proposition initiale du Groupe Bernier;
- **Résultat** : « succès » ou « échec » global des revendications;
- **Légitimité cognitive du statu quo** : « allant de soi » ou « problématique »;
- **Statut de la partie prenante** : « élevé », « médian » ou « faible ».

Cette deuxième interprétation est esquissée au chapitre 5 et détaillée au chapitre 6. Elle s'accompagne de quelques propositions déduites du cadre théorique et des relations.

La négociation et les ordres professionnels

(chapitre 5)

Survol

La négociation ayant abouti à la Loi 90 est ici décrite : les ordres professionnels qui en sont les protagonistes, leur plaidoyer et une interprétation de la dynamique en fonction du système des professions d'Abbott (1988). Une interprétation en fonction du cadre d'analyse est détaillée au chapitre suivant. Le présent chapitre consiste surtout en une présentation détaillée de la négociation entre le Groupe Bernier et les ordres professionnels.

Pour chacune des treize professions couvertes, une présentation est faite en incluant leur fonction générale, leur formation, leur rémunération et la confiance qui leur est accordée. Quelques élaborations sont aussi esquissées concernant leur historique et leur valorisation sociale. Leurs plaidoyers et le déroulement de la négociation sont ensuite exposés avec les juridictions antérieures, revendiquées et obtenues, puis une réflexion complémentaire sur sa place dans le système des professions. D'autres sections sont parfois incluses pour structurer la réflexion. Les observations, la description des ordres et l'interprétation sont présentées ensemble, pour une lecture plus cohérente. Un sommaire des observations (Tableaux 6a et 6b) est présenté en début de discussion, au prochain chapitre.

La négociation est exposée suivant les professions en trois groupes. D'abord, la présentation porte sur les deux professions qui sont à l'avant-scène de la négociation et qui tiennent les argumentations les plus distinctives : les médecins et les infirmières. Ensuite sont présentées les professions plaidant plutôt pour un accroissement d'autonomie : sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes et audiologistes, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, et travailleurs sociaux. Les professions acceptant plutôt la dominance des médecins sont finalement présentées : infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, technologues médicaux et technologues en radiologie.

Le prochain chapitre présente une synthèse des observations (Tableau 6b) et compare les différences de résultats des stratégies rhétoriques en fonction des positions (Tableaux 6a-6d). Il en fait la discussion suivant le cadre d'analyse, puis confronte ensuite les observations, les relations et le cadre d'analyse à d'autres études à la recherche de correspondances et de divergences, pour ensuite discuter de la validité et de la généralités des observations, des hypothèses et des théories. Il expose aussi des limites de ce mémoire et des pistes d'approfondissement.

PROFESSIONS À L'AVANT-SCÈNE

Médecins et infirmières fournissent les arguments les plus distincts et affirmatifs dans l'argumentation qui a mené à la Loi 90. Ils représentent aussi le plus clairement les positions de l'ordre établi et de la remise en question. Les autres professions qui prennent position le font surtout par rapport aux médecins et aux infirmières. Leurs revendications et leurs arguments s'alignent principalement sur ces deux pôles. Aucune ne soutient explicitement l'ordre actuel centré sur le médecin, quoique plusieurs ne le remettent pas non plus en question.

La profession du médecin est dominante et centrale dans l'organisation du travail comme dans l'opinion publique et dans la législation. Cette place des médecins est surtout présentée comme l'état normal des choses, sans beaucoup d'argumentation. Cette normalisation s'appuie sur la nature des médecins, dont la formation supérieure est donnée comme garante de l'intégration de l'expertise des autres professions et de l'identification des complications et des cas les plus complexes. Elle s'appuie aussi sur les attentes du public et sur la continuité historique de leur rôle traditionnel. Dans les termes du cadre théorique, les médecins montrent une stratégie rhétorique de normalisation ontologique et historique avec une narrativisation valorisant le familier. Ils recadrent la collaboration comme étant une coopération d'équipes sous l'autorité de médecins. Ses schèmes interprétatifs sont plutôt l'efficacité, la science et l'imputabilité des médecins qui peut s'associer à l'ordre des valeurs industrielles. Elle se fonde aussi sur la tradition et la hiérarchie incluse dans monde des valeurs domestiques.

L'argumentation des sages-femmes s'aligne surtout sur celles des médecins, en reprenant largement leurs arguments de normalisation historique pour revendiquer pour elles-mêmes un rôle central dans l'accompagnement des grossesses et des naissances normales, c'est-à-dire sans complications diagnostiquées. À un degré moindre, elles recourent à des stratégies de moralisation fondées sur le droit de choisir, d'approbation par un soutien général et de rationalisation en fonction de la santé publique. Elles recadrent le changement qu'elles demandent comme étant un maintien de l'état traditionnel.

L'acquiescement à l'ordre établi est plutôt l'attitude des infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, technologistes médicaux et technologues en radiologie. Ces professions sont sans conteste en subordination pratique.

Les infirmières et toutes les autres professions, de même que les parlementaires, vont plutôt dans le sens d'une remise en question favorisant une plus grande autonomie des professions se coordonnant de façon collégiale au sein d'équipes interprofessionnelle. Elles justifient la remise en question sur la base d'une meilleure efficacité pour le système de santé, soulignant le coûts,

l'accès, la santé publique, etc. Presque toutes les professions s'opposent toutefois à l'accroissement du pouvoir des infirmières dans leurs propres juridictions, et rares sont celles qui s'opposent frontalement aux médecins. Il s'agit donc principalement de rationalisations invoquant les conséquences dans une logique plutôt de rationalité instrumentale, mais surtout dans une perspective de santé des populations. Une légitimation est aussi trouvée du côté de l'invocation de fondements scientifiques. Plusieurs soulignent aussi que leur pratique effective inclut déjà des juridictions qu'elles revendiquent, cherchant ainsi à normaliser certaines revendications en les présentant comme une simple officialisation de ce qui est déjà en place. À un moindre degré, les plaidoyers tentent aussi une normalisation téléologique basée sur la progression inéluctable vers une dynamique interprofessionnelle d'équipe. Une moralisation suivant des vertus civique, en particulier celle de la décentralisation démocratique, est aussi impliquée. Ce sera illustré par la description de l'argumentation de chaque profession.

La description de l'argumentaire des médecins et des infirmière est contextualisée et expliquée davantage. Il en est de même de celle des sages-femmes. Le choix d'élaborer davantage sur cette dernière profession est justifié par deux choses. D'abord parce que leur ordre adopte une position assez distincte en cherchant à revendiquer pour elles un statut similaire à celui des médecins dans leur domaine spécifique. Ensuite, parce que leur profession donne l'occasion d'approfondir la réflexion sur le statut des professions essentiellement féminines avec un angle distinct de celui des infirmières. Les pharmaciens sont traités eux-aussi avec davantage de profondeur, car le médicament qui est au centre de leur profession est un enjeu important dans les revendications juridictionnelles. Le choix a été fait de présenter cet enjeu du médicament en parlant des pharmaciens. Pour limiter les redondances, l'argumentaire des autres professions est moins contextualisé et expliqué, même s'il est aussi décrit de manière détaillée.

Médecins

« Les médecins sont généralement associés au diagnostic de toutes formes de maladies, qu'elles soient physiques ou mentales, au traitement de celles-ci, à la prescription de médicaments, aux interventions chirurgicales et à la pratique des accouchements ». Lorsque des actes sont réservés, ils « se voient généralement confier la très grande majorité de ceux-ci » (Bernier 2001, p. 349, sur la juridiction accordée aux médecins à travers le Canada).

Présentation de la profession

Les médecins bénéficient d'un statut social élevé, avec une grande respectabilité aux yeux de la population. Ils sont parmi les professions les plus respectables pour les Québécois selon le « Baromètre des professions 2016 » de la firme Léger, avec la confiance de 90% des Québécois (Léger 2016). Les médecins reçoivent une rémunération de plusieurs fois supérieure à celle de tout autre professionnel. En effet, la rémunération horaire des omnipraticiens est estimée à 95,12\$ et celle des spécialistes à plus de 123\$, par rapport à une moyenne d'environ 33\$ pour les autres professions à l'examen, ou 37\$ pour celles qui demandent une formation universitaire (Québec 2017). Leur rémunération horaire moyenne est au moins du triple de celle de toute autre profession. Leur formation est fortement contingentée. La plupart des étudiants admis proviennent de milieux favorisés, souvent de familles de médecins. Après des études collégiales devant être brillantes, les futurs médecins suivent un doctorat professionnel incluant 1½-2½ ans de formation magistrale préclinique et un externat de 2 ans en milieu de pratique. Ils doivent ensuite compléter avec des études postdoctorales de 2 ans pour ceux qui seront omnipraticiens et de 3 à 6 ans pour ceux qui pratiqueront dans l'une des 53 spécialités (60 spécialités après octobre 2015 (Collège 2016)), représentées par 35 associations, incluant celle des omnipraticiens (FMSQ 2016). Il en résulte une profession d'élite possédant une forte influence sociale.

Dominance de la profession médicale

Les médecins ont une position centrale, avec une autorité un peu amoindrie par le processus de révision des juridictions, mais restant très grande. Leur autonomie est aussi presque totale tant au niveau du diagnostic et de l'inférence que du traitement. Pour presque toutes les tâches réservées aux professionnels du système de santé, les médecins possèdent une exclusivité sans partage ou une autorité formelle ou effective sur l'interprétation et la pratique faite par les autres praticiens. Avant la révision des juridictions qui se cristallise dans la Loi 90, peu d'activités professionnelles peuvent être exercées de façon autonome par les autres professions. Les juridictions des médecins sont extrêmement vastes et sont alors en principe totales et exclusives, impliquant le contrôle de subordination pratique et intellectuelle sauf aux marges où elles sont partagées. Le droit de poser un acte est généralement délégué par un médecin, à travers ordonnances et prescriptions.

« Le terme ‘ordonnance’ signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l’être de même que les contre-indications possibles. L’ordonnance peut être individuelle ou collective [...] afin de favoriser la souplesse dans l’organisation de la prestation des soins et des services », définit le Code des professions après sa modification par le projet de Loi 90 (Québec 2002, Loi 90, art. 39.3).

Même au niveau de l’organisation administrative et de leur rémunération, ils ont un important pouvoir par rapport aux gestionnaires du système et au législateur. Dans le système public de santé physique, les caractéristiques professionnelles d’autonomie, autogestion, autoréglementation et autodiscipline ne sont une réalité pour les médecins.

La Loi 90 réduit un peu l’extension et surtout l’exclusivité de leurs juridictions, mais les médecins conservent un très large contrôle de subordination pratique et intellectuelle avec quelques différenciations de clientèle supplémentaires.

Le contrôle sur la prise de décision qu’ont les médecins est très grand à presque toutes les étapes. Leur jugement professionnel a un statut particulier par rapport à celui des autres professions. En effet, sauf quelques exceptions introduites avec la Loi 90, les médecins ont en principe le monopole du diagnostic et de la prescription de traitement. Les activités comparables des autres professions restent formellement subordonnées à celles du médecin.

Sur le diagnostic

Les médecins ont l’équivalent d’un monopole sur la détermination de ce qu’est le problème à traiter. Il leur permet de cadrer une gamme très large de préoccupations en les réduisant à des problèmes médicaux que les médecins sont les plus aptes à traiter. Pour reprendre la distinction que fait Abbott (1988) entre la colligation et la classification qui constituent le diagnostic, on peut préciser que les médecins ne recueillent pas nécessairement toutes les informations eux-mêmes, mais qu’ils peuvent ajouter des informations colligées par d’autres à leurs observations et qu’ils décident comment le problème doit être compris. C’est donc la classification des problèmes médicaux qu’ils contrôlent de manière exclusive et totale. Les médecins ont d’ailleurs l’exclusivité du mot « diagnostic », le jugement des autres professions étant plutôt nommé « évaluation ». Dans ce mémoire, « diagnostic » sera généralement utilisé dans son acception plus large, celle qu’emploie Abbott (1988) pour décrire la catégorie d’actes qui consiste à recadrer l’information dans les termes du système de connaissances de la profession. Ces actes diagnostiques traduisent en quelque sorte les informations riches et complexes associées à la préoccupation réelle d’un individu en symptômes pouvant être appréhendés dans le cadre du

système de connaissances de la profession. Ils traduisent ensuite ces symptômes en pathologies faisant partie du répertoire de la profession et bénéficiant généralement de traitements habituels. Le diagnostic invoque les entités pathologiques que la pratique professionnelle saura traiter. La séquence du diagnostic, de l'inférence et du traitement incorpore la logique culturelle de la pratique professionnelle (Abbott 1988, p. 40).

Sur l'inférence

Le contrôle des médecins est moins direct sur l'inférence, c'est-à-dire sur le raisonnement qui associe à un diagnostic un éventail de traitements et leurs résultats anticipés (morbidité, mortalité, complications), suivant Abbott (1988). En effet, c'est à travers l'influence du système de connaissances académiques médicales que ce contrôle s'exerce. Il s'agit donc au moins d'une subordination intellectuelle ou d'un contrôle consultatif de toutes les autres juridictions du domaine. Les connaissances académiques sont des constructions abstraites qui reflètent la profession d'une manière logique; elles en établissent les frontières et la légitiment en plus de favoriser les innovations. Ces connaissances académiques modèlent la réflexion sur le sens, les causes et les conséquences d'un diagnostic, de même que sur les interventions considérées et leurs pronostics. Ces connaissances sont utilisées pour faire le lien rationnel entre les systèmes de diagnostic et de traitement qui fondent la pratique d'une profession. L'influence de la profession médicale se fait beaucoup en modelant l'imaginaire par lequel les problèmes de santé et leurs traitements sont pensés. Le raisonnement médical acquiert une forte légitimité par son ancrage dans les valeurs culturelles de notre société, notamment la scientificité, dont il se revendique. Cet ancrage culturel permet à ses définitions de problèmes d'aller de soi dans l'imaginaire non seulement populaire, mais aussi de la plupart des autres professionnels. D'autres paradigmes existent, mais l'influence du paradigme médical est grande, notamment à travers la médicalisation d'une gamme étendue de problèmes.

Sur le traitement

Symboliquement, le traitement reste lui-aussi sous le contrôle des médecins, quoiqu'il soit en pratique une juridiction partagée depuis longtemps, et davantage après la Loi 90. Les activités associées au traitement incluent le choix de l'action à poser, de même que sa mise en oeuvre.

Les médecins ont une juridiction parfois totale, parfois partagée, sur la quasi-totalité des décisions de traitement. Ils ont un contrôle consultatif ou de subordination intellectuelle de toutes les autres juridictions liées au traitement. Avant la démarche aboutissant à la Loi 90, les médecins avaient en principe une totale juridiction sur le choix du traitement.

Sur la mise en oeuvre, ils avaient aussi juridiction, mais ils en déléguaient une proportion importante à des praticiens d'autres professions autorisées (ex. : le nettoyage d'une plaie à une infirmière) tout en restant responsables d'en assurer la supervision et d'intervenir en cas de complication. Dans la pratique, cependant, la plupart des professionnels décidaient d'une grande partie des actes qu'ils posaient en réaction à un problème. Ils faisaient aussi la mise en oeuvre de manière largement autonome, sans intervention ou supervision réelle d'un médecin.

Le partage des juridictions associées au traitement est officiellement accru avec la mise en vigueur de la Loi 90. Plusieurs professions gagnent le droit des décisions de traitement en toute autonomie, bien que souvent dans le cadre d'une ordonnance de médecin. Sauf exception, toutes les professions sont maintenant autonomes et responsables pour l'accomplissement des actes réservés qui leurs sont accordés. Un médecin garde néanmoins le droit de pratiquer en toute autonomie et de sa propre initiative la presque totalité des actes réservés aux professionnels du système public de santé physique.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le Collège des médecins du Québec (le « Collège ») représente officiellement les membres de la profession médicale durant le processus de révision des juridictions qui aboutit à la Loi 90. D'autres des instances impliquées sont aussi constituées, dirigées ou fortement influencées par des médecins, ce qui renforce la position plaidée par le Collège.

Le domaine de juridiction revendiqué par le Collège des médecins est très étendu, voire global. En effet, le Collège demande initialement que « constitue l'exercice de la médecine toute activité qui a pour objet de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, d'évaluer, de diagnostiquer et de traiter toute déficience de la santé de l'être humain » (Bernier, 2001, p. 351). Le Collège précise que « l'exercice de la médecine [...] englobe tout, de la physiothérapie, à la psychothérapie, en passant par le diététique et le travail social » (Bernier 2001, 190). Les services sociaux sont donc revendiqués par les médecins en plus des soins de santé physique, et ce dans le système public autant que dans la pratique privée, ce qui représente une extension forte de leur juridiction déjà très grande.

Cette revendication n'exclut pas le droit de pratique des autres professions. Elle soutient même leur autonomie pour des activités qui leur seraient précisément accordées. Néanmoins, elle prône une exclusivité sans partage sur le diagnostic, de même que la supervision et le contrôle de l'organisation des professionnels de la santé et sur l'ensemble des interventions auprès des patients. (Bernier 2001, 190-191).

Cette position au centre de toutes les décisions s'appuierait sur « des mécanismes de collaboration avec les autres professions [...] pour maintenir la cohérence et la valeur scientifique des multiples interventions faites auprès des patients; [...] favoriser un partage d'activités qui s'appuie sur les compétences, mais qui demeure adaptable au contexte; simplifier les liens entre les professionnels et faciliter le leadership du médecin » (Bernier 2001, 191). La justification de ce leadership étendu des médecins semble être qu'ils apporteraient davantage de cohérence, de valeur scientifique et de compétence que les autres professionnels dans les processus décisionnels du système de santé. Ils prônent le renouvellement du leadership des médecins au sein d'équipes pluridisciplinaires qu'ils dirigeraient, ce qui n'est pas tout à fait la collégialité interprofessionnelle.

Tout au long du processus et des ajustements successifs des champs descriptifs et des activités réservées, le Groupe Bernier puis le législateur semblent intégrer les constats et des recommandations du Collège des médecins. Le Groupe Bernier lui accorde aussi un traitement très favorable. Par exemple, les médecins sont les seuls pour lesquels le Groupe de travail « n'a pas jugé nécessaire de faire un exercice de vérification de la formation ». Pour chacun des autres professions, la formation a été examinée et plusieurs correctifs ont été demandés. Les décisions relatives aux mesures de contention et d'isolement constituent l'exception, pour laquelle un enrichissement de la formation des médecins est demandé. La justification est que les médecins avaient déjà le droit de pratique sur tous les actes que le Groupe de travail recommande de leur réserver et qu'il y a « lieu de considérer que la formation acquise [...] leur permet d'exercer les activités réservées avec toute la compétence voulue » (Bernier, 2001, 349). Les médecins bénéficient donc d'une présomption de compétence qui n'est accordée à aucune autre profession, même pour des activités déjà exercées dans la pratique.

Les médecins perdent toutefois l'exclusivité de plusieurs formes de décision de traitement, ces décisions devenant possibles pour plusieurs professions dans leur domaine : « Les activités réservées [...] sont largement puisées dans le champ de la médecine » (Bégin, 12 juin 2002). La délégation systématique des actes par les médecins aux autres professions est également remise en question. Plusieurs activités réservées nécessitent encore l'approbation d'un médecin sous la forme d'une ordonnance médicale, mais une autonomie de principe est affirmée pour chacune des professions et certaines activités deviennent *de facto* autonomes.

La juridiction légale très englobante des médecins n'est pas restreinte en cours de processus, mais plutôt encore élargie et généralisée.

En effet, la proposition initiale du Groupe Bernier était que « l'exercice de la médecine consiste à diagnostiquer et à traiter la maladie, à effectuer le suivi de grossesse et à pratiquer l'accouchement dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prodiguer les soins palliatifs ». Après avoir reçu la revendication du Collège et que les revendications de la majeure partie des autres ordres professionnels aient été discutées¹, le champ de pratique des médecins est ajusté pour expliciter son caractère englobant, tel que demandé par le Collège, et pour inclure tout ce qui était accordé aux autres ordres, à l'exception de la préparation et de la vente de médicaments. La précision que le diagnostic du médecin porte sur « toute déficience de la santé de l'être humain » (Bernier 2001, 347-350) contraste avec le domaine restreint d'évaluation qui est accordé à tous les autres professionnels, sauf l'infirmière.

Le droit de porter un jugement sur la nature des problèmes de santé a été accordé à d'autres professions, mais en réservant au médecin l'exclusivité du « diagnostic » et en accolant le terme « évaluation » au jugement évaluatif des autres professions, comme il a été vu. Cette activité réservée est soigneusement distinguée du diagnostic. Elle est présentée comme étant moindre, comme « l'étape préalable qui consiste à évaluer toute déficience de la santé de l'être humain » (Bernier 2001, p. 352). En quelque sorte, l'évaluation identifie les symptômes, ou le problème, en colligeant l'information pertinente, et le diagnostic identifie les causes en associant le problème à une catégorie de pathologie médicale. L'évaluation peut au mieux contribuer au diagnostic. Les médecins se voient aussi explicitement accorder le droit de faire cette évaluation.

La prévention est aussi ajoutée, de même que la réserve des interventions esthétiques. L'extension du domaine de traitement est rendue plus générale, devenant « la maladie » en retirant l'explicitation de cas précis comme « effectuer le suivi de grossesse » et « pratiquer l'accouchement », ou encore de « prodiguer les soins palliatifs » (Bernier 2001, p. 348-351). La justification du retrait des soins palliatifs donnée par le Collège est que « les soins palliatifs font partie du traitement, c'est une forme de contrôle de la maladie, d'accompagnement thérapeutique » (Bernier 2001, p. 352). Ces activités restent néanmoins dans le domaine de pratique des médecins et le suivi des grossesses à risque leur demeure exclusif (Bernier 2001, p. 352 et 391-400).

D'autres actes réservés sont partagés, mais sans que le médecin perde le droit de les pratiquer. Ces nouveaux partages seront présentés dans les sections relative à chaque autre profession. Ils incluent par exemple le suivi des grossesses normales et les décisions concernant les mesures de contention et d'isolement.

¹ *Pour les infirmières auxiliaires, audiologues et orthophonistes, pharmaciens et sages-femmes, la discussion a lieu par la suite.*

Conséquemment,

« Le Groupe de travail reconnaît le rôle du médecin [...], confirme sa prépondérance à l'égard de la maladie et lui confère une expertise unique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Il en a fait le seul professionnel habilité à diagnostiquer les maladies et à déterminer le plan de traitement.

En effet, le médecin est le seul professionnel qui a été formé et qui détient les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain.

De plus, le médecin est présent dans toutes les activités du secteur de la santé que le Groupe de travail a jugé nécessaire de réserver à l'exception de la préparation et de la vente de médicaments » (Bernier 2001, p. 348)

Le champ d'exercice qui est finalement intégré à l'article 31 de la *Loi médicale* par la Loi 90 est exactement celui qui était recommandé par le Groupe Bernier, c'est-à-dire que :

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir » (Québec 2002, Loi 90, p. 14).

À la demande du Collège, « L'information, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des accidents », et ce « auprès des individus, des familles et des collectivités », est aussi ajoutée au champ de pratique des médecins, mais l'est aussi pour chacune des professions du système de santé (Bernier 2001, p. 6).

La proximité des positions du Groupe Bernier, du législateur et du Collège pourrait être due autant à la grande influence des médecins en général sur la perception des problèmes qu'à leur influence sur le processus de concertation. Il faut par exemple souligner que le Groupe Bernier est dirigé par un médecin et qu'il en inclut deux autres sur huit membres, ce qui fait de cette profession la mieux représentée au sein du groupe d'étude au coeur du processus².

² *Quelques médecins sont aussi parmi les membres du gouvernement et de l'opposition à plusieurs moments du processus aboutissant à la Loi 90, de sa mise en vigueur et de son application, notamment Philippe Couillard, Gaëtan Barrette et Réjean Hébert. La consultation des médecins ou leur implication directe a influencé chacune des réformes du système de santé.*

L'Office est quant à lui plutôt dirigé en 1993-1998 par un conseiller en orientation (Robert Diamant) puis en 1998-2003 par un avocat (Jean-K. Samson), avec comme vice-présidente une hygiéniste dentaire (Sylvie de Grandmont), en poste de 1993 à 2007

Le Conseil interprofessionnel est dirigé en 2000-2006 par un notaire (Jean-Paul Dutrisac).

Réfutation d'autres parties prenantes

Les revendications des autres professions sont en partie contestées par le Collège, en particulier la volonté de « partager la première ligne avec les médecins de façon autonome et sans supervision de ces derniers », mais aussi de manière plus générale, leurs efforts d'élargir leurs champs d'exercice et leur exercice hors de la coordination par des médecins. Les professionnels et surtout les non-professionnels oeuvrant hors du système public et offrant « une gamme étendue de services [...] assortis de promesses plus ou moins réalistes » sont particulièrement visés. L'interdisciplinarité elle-même est critiquée en ce qu'elle « ne compense pas [...] la fragmentation des soins et alourdit la tâche administrative » (Bernier 2001, p. 190).

Plusieurs failles de l'encadrement législatif et réglementaire sont aussi critiquées par le Collège : Rigidité qui « empêche les pratiques d'évoluer selon les besoins et [...] situations vécues; Échec de l'Office « à imposer aux divers ordres le respect de leur champ d'exercice »; Échec des ordres à « empêcher l'exercice illégal » et « à convaincre la population du bien fondé de leurs interventions »; « Confusion dans les rôles des divers professionnels et des autres intervenants » nuisant « à l'action des ordres en matière de protection du public » (Bernier 2001, p. 191).

Réflexions complémentaires sur la place des médecins

Orientation du système

Le Collège revendique à la fois moins et davantage d'encadrement. Pour lui-même, il souhaite augmenter sa liberté, notamment pour adapter les pratiques et la délégation d'actes. Pour les autres, il souhaite davantage de discipline, de manière à empêcher l'exercice illégal par des non-professionnels ou par des professionnels hors du cadre précisément délimité de leur rôle. Il revendique pour les médecins la liberté d'agir en toute autonomie presque à tous les niveaux, de même qu'un alignement plus serré de l'activité des autres intervenants de la santé et des services sociaux dans les limites de rôles enchâssés de manière réglementaire sous la supervision ou le contrôle de médecins. Clairement, l'ordre représentant les médecins demande un affranchissement des contraintes externes et un soutien de sa position de contrôle sur les autres intervenants non seulement des soins de santé, mais aussi des services sociaux. Il justifie cette demande par la protection du public, la cohérence des soins, l'allègement administratif, l'adaptation aux besoins et la crédibilité du système (Bernier 2001, p. 192-193).

D'autres problématiques sont soulignées par le Collège, notamment l'accès pour l'ensemble de la population aux services médicaux prioritaires, mais aussi les attentes accrues de la population. Il juge que ces attentes face au système de santé « tendent à faire de ce dernier un mythe faiseur de miracles qui a réponse à tout » (Bernier 2001, 190).

Position des médecins

Aucun autre ordre ne prend une telle position surplombante de jugement sur tous les autres ni ne s'oppose à l'interdisciplinarité et à la coordination collégiale. Le Collège semble très confiant dans l'évidence de la position centrale de sa profession pour la coordination des autres comme pour l'organisation du domaine médical considéré dans une perspective très large. De fait, les médecins ont exercé une influence prépondérante sur toutes les réformes médicales et la poursuite de cet état de fait semble avoir une très forte légitimité cognitive. La justification est largement implicite, associable à une normalisation ontologique d'une supériorité du jugement médical allant de soi autant au niveau organisationnel qu'à celui de la pratique des autres professions.

Pourquoi les médecins conservent-ils la mainmise sur la plus grande partie des juridictions de soins alors même que la plupart des autres parties prenantes, incluant le législateur, revendiquent depuis des années un plus grand partage des tâches et une plus grande autonomie pour les autres professions? Des explications émergent d'Abbott (1988).

Les définitions englobantes mais strictes que les médecins donnent aux problèmes solidifient leurs juridictions. C'est le cas pour leurs activités diagnostiques. Leur catégorisation en pathologies distinctes d'une gamme très étendue de préoccupations est en outre assez vague pour permettre l'adaptation. Ces définitions paraissent aussi claires et logiques grâce à leur ancrage culturel au sein d'un imaginaire médical largement partagé et valorisé. Par ailleurs, il existe un bon nombre de problèmes résiduels, non couverts efficacement par le système diagnostic des médecins. Toutefois, le domaine des médecins est plus englobant que celui de n'importe quelle autre profession, surtout en le considérant en bloc, sans égard pour sa subdivision entre spécialités médicales. De plus, les médecins contrôlent le diagnostic des autres professions, puisque celles-ci ne peuvent faire que des « évaluations » nécessitant d'être complétées par le jugement d'un médecin pour constituer un diagnostic. On peut comprendre que ceci fasse en sorte que les problèmes résiduels des médecins ne soient pas un facteur de faiblesse relativement aux autres professions. Ces facteurs contribuent à expliquer l'extension et la persistance de la mainmise des médecins sur la classification diagnostique.

L'inférence serait une juridiction solide pour la même raison, en plus d'être renforcée par le bon degré d'abstraction du système de connaissances médicales. En effet, le degré d'abstraction assure une juridiction lorsque la simplicité est assez grande pour que les patients acceptent les explications, mais assez complexe pour que le jugement du professionnel soit difficilement routinisable, en particulier dans l'identification des cas complexes. De surcroît, la faible tolérance face aux mauvais diagnostics réduit l'accueil d'autres systèmes d'inférence. En outre, puisque le modèle médical sert de référence, sa rationalité et sa solidité apparaissent comme évidentes. L'inférence est aussi bien protégée par le contrôle des médecins à la fois de la classification diagnostique et du choix de traitement.

Les activités liées au choix et à la mise en oeuvre du traitement constituent des juridictions moins solides pour les médecins. Elles sont renforcées par la nécessité du jugement médical dans le choix d'un traitement plutôt qu'un autre suite à un diagnostic. Cette nécessité du jugement médical est soutenue par un système assez équivoque pour que l'association ne semble pas pouvoir être faite par un profane ou un professionnel autre que médecin, tout en restant assez régulière pour ne pas paraître arbitraire.

La distance symbolique qui existe entre le patient et le médecin en termes de vocabulaire et de perception des problèmes renforce également les juridictions du médecin, de même que la distance qui est faite au niveau de la rémunération des services, puisque les actes du médecin sont habituellement payés par une assurance publique, alors que ceux des autres professionnels de la santé du Québec doivent être payés par le bénéficiaire s'ils sont posés hors d'un hôpital. La médecine actuelle fait aussi relativement peu d'erreurs, surtout en comparaison avec la médecine héroïque d'avant la consolidation du XXe siècle. La spécialisation nécessaire est grande, ce qui accroît la mainmise, mais d'autres professions acquièrent un approfondissement comparable. La capacité de mesurer le résultat par un nouveau diagnostic aide aussi à concurrencer les autres professions qui voudraient offrir un même traitement, mais qui n'ont pas le droit de pratiquer eux-même le diagnostic.

La difficulté d'accès aux médecins est le principal facteur d'affaiblissement de leurs juridictions. En effet, leur nombre n'est pas suffisant pour offrir les services accomplis par les autres professionnels. Des juridictions sont donc laissées ouvertes à d'autres que des médecins.

L'explication de la force des juridictions médicales est aussi à chercher dans les caractéristiques des autres professions, comme il sera présenté dans les sections suivantes.

En bref, il apparaît que la juridiction qui est confirmée pour les médecins se démarque fortement par son étendue et par sa force de celles qui sont accordées à toute autre profession. En effet, mis à part la préparation et la vente des médicaments, les médecins se font reconnaître une juridiction exclusive ou dominante sur la totalité des actes réservés des soins de santé physique du système public, de même que sur une bonne partie des actes de la pratique privée ou des services sociaux. Sans surprise, l'analyse de la négociation interprofessionnelle aboutissant à la Loi 90 montre que, dans le système public de santé physique et au-delà, les médecins bénéficient d'une très grande dominance et d'une incontestable centralité.

Infirmières

« Partout dans le monde, les patients cessent graduellement de percevoir les infirmières comme des intermédiaires [...] et les reconnaissent comme des soignantes à part entière apportant une expertise unique et une riche valeur ajoutée à la dynamique de soins. [...] De nombreux pays [...] soutiennent l'introduction de rôles infirmiers de pointe pour améliorer la performance de leurs systèmes de santé » (OIIQ 2012, p. 1).

Présentation de la profession

Les infirmières ont un soutien politique et organisationnel plutôt fort pour accroître leur statut et leur rôle en vue d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé. En outre, l'estime de la population envers les infirmières est grande (au 3^e rang de Léger 2016). Pourtant, elles ont peu de pouvoir et sont toujours largement subordonnées dans leur pratique et le développement de leur profession. Historiquement, des forces externes, typiquement masculines et médicales, ont contrôlé le nursing et continuent à le faire (Marquis 2006, ch. 19).

Les infirmières sont les plus proches et les plus fréquemment en contact avec le public vulnérable. Un point de vue est que cela fait d'elles les plus adaptées à coordonner les soins.

« En tant que groupe de fournisseurs de soins avec le domaine le plus large, la perspective du nursing est bien adaptée pour les impacts sociaux, culturels, économiques et politiques sur la santé humaine. Le nursing est le mieux positionné pour intervenir au nom et avec le public qu'il sert » (Ballou 2000, p. 181).

Sauf que les infirmières ne pourront donner de pouvoir aux bénéficiaires des soins si elles se sentent elles-mêmes impuissantes (Hagbaghery 2004). Les infirmières doivent donc gagner du pouvoir pour elles-mêmes pour ensuite pouvoir amener des changements sociopolitiques pour les autres. Il pourrait même s'agir de leur devoir, pour réformer positivement le système de santé :

« The nursing profession must be held accountable for being an integral force in shaping such a health care system. Indeed, nursing has a moral [and] professional obligation, to those within the profession and to the public, to be engaged in social reform and political processes and sociopolitical activism may be necessary for viability of both the public and nursing » (Ballou 2000).

Les raisons de la faiblesse de statut professionnel des infirmières sont principalement historiques et culturelles, et liées entre elles. Par exemple, la faible reconnaissance de leur qualité professionnelle, y compris par elles-mêmes, peut être associée à leur formation moindre que celle des professions plus prestigieuses. Cette formation elle-même a été maintenue basse par le jugement qu'une formation avancée n'est pas nécessaire pour des infirmières. En outre,

elles ont rarement été proactives dans leurs actions politiques ou leurs revendications relatives à l'organisation des systèmes de santé ou de leur propre profession. Cela pourrait venir en partie de leur vision négative de la politique et du pouvoir. Par rapport au mouvement féministe, elles ont été peu alignées alors même que la plupart des facteurs de leur subordination sont ceux de la subordination historique des femmes (Marquis 2006, ch. 19, p. 372-390).

Au niveau de la formation et de son lien avec la position sociale, les enjeux sont saillants. Le prérequis d'éducation est central dans l'identité et dans le prestige d'une occupation. Certains remettent carrément en question le statut de profession d'une occupation ne demandant pas de formation universitaire (« indeed, nursing is a vocational trade group » (Rabetoy 2003, p.1; cité par Marquis 2006, p.10). Au Québec, le niveau de formation des infirmières reste moindre que celui de la plupart des autres professions, moindre que dans les autres provinces et jugé insuffisant pour la pratique. Son rehaussement, demandé par l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) depuis au moins 1996, a néanmoins été refusé à plusieurs reprises et les pratiques d'embauche et l'organisation du travail continuent à peu différencier les bachelières, dites « cliniciennes », de celles qui n'ont qu'une formation collégiale. En Europe, la formation minimale a été rehaussée à l'équivalent du baccalauréat dans la plupart des pays après 2005. La situation aux États-Unis est similaire à celle du Québec, avec environ la moitié des infirmières n'ayant qu'une formation collégiale en 2008 (US DHHS 2010). Il faut aussi mentionner que les prérequis sont plutôt bas pour accéder aux programmes de formation en soins infirmiers, ce qui les distingue particulièrement négativement par rapport à ceux de médecine.

Au niveau de la rémunération, notamment, trois catégories d'infirmières sont à distinguer : les techniciennes ayant une formation collégiale, les cliniciennes ayant un baccalauréat (35% des infirmières) et, après le processus aboutissant à la Loi 90, les praticiennes spécialisées, disposant d'une formation de 2^e cycle universitaire. La rémunération indiquée ci-dessous est bonifiée par des primes pour le travail dans plusieurs régions, conditions, jours et heures de travail. Les infirmières de niveau collégial ont un taux horaire entre 23,85\$ et 35,50\$, pour une moyenne de 29,68\$, soit 10% de plus que les autres professionnels du secteur ayant une formation collégiale (27,63\$ en moyenne). Les bachelières ont un taux horaire entre 24,27\$ et 43,25\$, pour une moyenne de 33,76\$, soit 10% de moins que les autres professionnels du secteur ayant une formation de 1^{er} cycle universitaire (36,10\$ en moyenne). Les praticiennes spécialisées gagnent 15% de plus, entre 29,41\$ à 52,44\$, pour une moyenne de 40,93\$. Ceci reste nettement moins que les omnipraticiens, qui ont environ le même nombre d'années de formation (95,12\$ en moyenne) (Québec 2017). La rémunération de la profession infirmière est meilleure que celle des professions techniques, très fortement subordonnées aux médecins comme il sera décrit plus tard, mais moindre que celle des professions plus autonomes.

Avec la réduction des inégalités entre hommes et femmes qui a cours depuis quelques décennies et le rehaussement de la formation des infirmières, leurs principaux facteurs de subordination semblent s'amoinrir. Il est possible de croire que les juridictions historiques des infirmières ne correspondent plus à leur potentiel et qu'elles pourraient changer. Plusieurs associations d'infirmières mettent de l'avant des revendications. Elles sont d'ailleurs les principales revendicatrices durant l'élaboration de la Loi 90, laquelle finit par étendre significativement leur champ d'exercice. Par la suite, leur juridiction sera encore accrue par la Loi 21, entrée en vigueur en 2012 et attribuant aux infirmières de formation universitaire de nouvelles activités réservées en lien avec la santé mentale (OIIQ 2012, p. i-ii).

Négociation aboutissant à la Loi 90

Position relative aux autres professions

« Les infirmières/infirmiers sont fréquemment appelés à assumer des responsabilités qui sont rediscutées par les médecins [...] qui tendent alors à interpréter de façon restrictive le champ d'exercice de la profession » (Bernier 2001, p. 176).

L'Ordre professionnel des infirmières s'inscrit en opposition avec le Collège des médecins à plusieurs niveaux. De manière générale, les autres ordres professionnels du secteur public de soins de santé expriment des arguments qui ressemblent à ceux des médecins ou à ceux des infirmières, ou se positionnent par rapport à ceux-ci. Ces deux ordres peuvent donc être vus comme des pôles dans la négociation des juridictions ayant abouti à la Loi 90.

Aucune des autres professions n'appuie directement la légitimité des revendications des infirmières quant à l'accroissement de l'autonomie ou de leur juridiction exclusive ou partagée. En fait, neuf des treize ordres professionnels associés au système public de santé physique expriment même leur opposition, et ce même lorsqu'elles les appuient indirectement en utilisant les mêmes arguments pour justifier leur propre extension juridictionnelle. Sauf les médecins, les autres ordres s'opposent cependant seulement aux revendications des infirmières qui touchent directement leur propre juridiction. Les infirmières auxiliaires, les technologistes médicaux et les technologues en radiologie le font sans remettre en question la centralité du médecin (Bernier 2001, p. 177, 162-226 et 281-441). Les sages-femmes plaident quant à elles pour leur propre centralité et pour la subordination des infirmières dans le domaine spécifique des grossesses et des accouchements sans complications. Elles le font avec des arguments qui ressemblent à ceux des médecins (Bernier 2001, p. 177, 210-214 et 391-400). D'autres argumentent comme les infirmières pour justifier l'accroissement de leur propre autonomie tout en s'opposant à celui des infirmières dans leur domaine. C'est le cas des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux (Bernier 2001, p. 177, 162-226 et 281-441). C'est aussi le cas des podiatres et des

professionnels de la santé mentale (Bernier 2001, p. 177), mais ils ne sont pas couverts par cette étape du Groupe Bernier ou par le présent mémoire. Lorsqu'il sera question des infirmières auxiliaires, il sera aussi vu qu'un bon nombre de non-professionnels est aussi touché.

La légitimité des revendications des infirmières ne va donc pas de soi pour les professions voisines. Il faut dire qu'à l'occasion de la démarche aboutissant à la Loi 90, ce sont les infirmières qui revendiquent le plus fort accroissement de juridiction. Puisque les juridictions sont déjà occupées par d'autres professions, les autres professions perdent ce que les infirmières gagnent, ce qui pourrait expliquer leur résistance suivant Abbott (1988).

L'Office des professions et le législateur sont pourtant plutôt alignés avec les infirmières en ce qui a trait à la pertinence d'assouplir le système et d'encourager l'autonomie des professions et le travail en équipes de plusieurs types de professionnels. Ils justifient ces positions sur la base d'une amélioration de la santé publique, de l'accès et de l'efficacité des services offerts tout en modérant leurs coûts. Ils partagent même un grand nombre d'arguments.

En quelque sorte, l'OIIQ fait valoir ses revendications juridictionnelles en s'appuyant sur des pouvoirs extérieurs comme l'Office des professions et le législateur. Il s'agit d'un des facteurs de pouvoir suivant Abbott (1988) ou Bitektine (2015), comme vu au chapitre 3 du présent mémoire.

Revendications des infirmières

Que revendiquent les infirmières? Globalement, elles demandent un accroissement de leur autonomie par rapport aux médecins et de leur exclusivité de pratique par rapport à d'autres praticiens professionnels ou non. Plus précisément, elles décrivent cinq problématiques : Pratique réelle non-reflétée par leur champ d'exercice officiel; Chevauchements fréquents entre infirmières et médecins; Chevauchements d'autres catégories de professionnels; Non-professionnels pratiquant dans leur champ; et Formation en soins infirmiers à rehausser pour suivre les changements du contexte de pratique» (Bernier 2001, p. 176-178).

Les infirmières justifient le changement des juridictions par le progrès scientifique, pharmaceutique et technologique, par le vieillissement, par la santé publique, par la reconnaissance donnée ailleurs à des pratiques avancées.

Processus aboutissant à la Loi 90

Une reformulation du champ descriptif de la profession infirmière est proposée par le Groupe Bernier. Au cours du processus, il en ajustera plusieurs fois les termes. Au premier regard, ce ne sont que des changements de vocabulaire, mais ces subtilités ne sont pas sans conséquence sur la pratique ou sur la frontière des juridictions, en particulier avec les médecins. Ces ajustements sont faits à la lumière de rencontres tenues précédemment avec les diététistes, les technologues médicaux et les technologues en radiologie, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux, mais surtout suivant plusieurs rencontres et communications avec l'OIIQ et avec le Collège. La révision des juridictions paraît donc se faire à travers un processus de négociation indirecte, à travers le Groupe Bernier, puis le législateur.

Au début de la négociation, la définition courante de la profession est que « constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale » (Québec 1973, Loi sur les infirmières et les infirmiers, art. 36). Leur juridiction est presque aussi extensive que celle des médecins, mais elles leur sont toutes subordonnées par une division du travail et un contrôle intellectuel lorsque ce n'est pas directement dans la pratique.

Le Groupe Bernier en propose initialement une reformulation qui retire la contribution au diagnostic et qui remplace le contrôle des soins infirmiers par l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan infirmier. Ce retrait renforce la juridiction du médecin sur le diagnostic. Le remplacement du contrôle des soins par le plan infirmier rend moins directe la supervision des actions décidées par l'infirmière. La coordination de soins est ainsi cadrée non par une action directe de supervision, mais par un plan guidant un travail ensuite plutôt autonome, à la manière des ordonnances médicales. Ce libellé initial est que « l'exercice des soins infirmiers consiste à évaluer les besoins de santé de la personne, à déterminer et à assumer la réalisation du plan de soins infirmiers, à effectuer les traitements dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou de prodiguer les soins palliatifs » (Bernier 2001, p. 306).

En réaction, l'OIIQ produit une reformulation (OIIQ 2001) qui réintroduit un contrôle direct en parlant de surveiller et d'assurer le monitoring. Il cherche même à l'accroître en demandant d'officialiser le rôle de coordination par l'infirmière de tout ce qui a trait au plan de soins. L'ordre tente aussi de solidifier l'extension de son domaine au niveau psychosocial en précisant que l'évaluation, la surveillance et le monitoring par l'infirmière portent sur « l'état de santé

physique et mental », que l'infirmière assure un rôle en santé publique par « le suivi systématique des clientèles » et par l'intervention non seulement auprès des personnes, mais aussi de leur famille et des groupes. L'OIIQ revendique en outre pour l'infirmière le droit de moduler les traitements médicaux et d'initier des soins infirmiers. Il faut remarquer qu'il utilise le terme « prescrire » pour cette décision d'initier des soins, ce qui sera contesté. L'autorité de l'infirmière sera plutôt cadrée dans la préparation du plan de soins infirmier.

Cette contre-attaque rhétorique se fait aussi sans opposition manifeste aux médecins ou au Groupe Bernier en invoquant surtout une rationalisation visant la santé publique ou en soulignant des pratiques déjà en place. Des schèmes d'efficacité et de santé des population sont donc encore employés. Ils impliquent aussi des aspects de normalisation téléologique et historique pour cadrer les revendications comme allant de soi en fonction de la finalité d'efficacité et santé publique.

En bout de ligne, après des ajustements successifs par le Groupe Bernier et le législateur, le champ descriptif accordé aux infirmières par l'article 36 de la Loi 90 est que :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ». (Québec 2002, Loi 90, art. 36)

La subordination pratique des infirmières aux médecins est donc amoindrie et une part plus grande de la division du travail professionnel leur est officiellement reconnue même si les médecins gardent un contrôle consultatif, intellectuel et pratique important sur elles:

« Avec ce projet de loi, la profession d'infirmière fait un pas considérable [...] » (Bégin, 12 juin 2002).

Réaction particulière du Groupe Bernier et du législateur aux infirmières

Il apparaît que la plupart des modifications demandées par l'OIIQ sont rejetées par le Groupe Bernier. Ces demandes ajoutaient des précisions et une extension à la portée de plusieurs des termes. Elles dessinaient une juridiction significativement plus étendue non seulement que celle de la définition antérieure et de la proposition initiale du Groupe Bernier, mais aussi de la recommandation finale et de la juridiction accordée par le législateur dans la Loi 90.

Il est aussi notable que, pour plusieurs des éléments du champ descriptif, le législateur choisisse de revenir aux termes initiaux plutôt que de suivre la recommandation finale du Groupe Bernier. Cette prise de distance du législateur par rapport au Groupe Bernier survient uniquement pour les infirmières.

Beaucoup de responsabilités nouvelles sont reconnues aux infirmières, davantage même qu'elles n'en revendiquent initialement. Ceci inclut l'ajustement des médicaments et des traitements, les mesures de contention et d'isolement, le suivi des problèmes de santé complexes, l'initiation de mesures diagnostiques et thérapeutiques en première ligne, la détermination du plan de traitement infirmier et des pratiques avancées réservées à certains contextes et à certaines infirmières. Il s'agit toutefois en bonne partie de la reconnaissance de pratiques existant déjà sur le terrain. Le Groupe Bernier explique qu'il a « retenu une description du champ d'activité [...] qui : décrit adéquatement la nature des interventions [...]; permet une évolution [...]; se fonde sur la formation [...]; est davantage inspirée de la définition actuelle du champ [...] que des définitions qui ont cours ailleurs au Canada » (Bernier 2001, p. 302). Il recommande de leur réserver des activités « en continuité avec la loi [...] ainsi qu'avec les actes qui leur sont délégués », reconnaissant leur contribution « dans la réalisation de la majorité des activités [...] qu'il a jugé nécessaire de réserver (Bernier 2001, p. 302).

Une contestation de l'autonomie des infirmières est ainsi menée par des glissements qui ne sont pas justifiés très explicitement, mais qui semble aller de soi, pour des raisons de clarification formelles. Pour reprendre le vocabulaire de Boltanski (1991, 1993, 1999), le schème associé est plutôt domestique, plus précisément hiérarchique. En contraste, l'accroissement de la juridiction des infirmière est amené sur la base de pratiques déjà en place, donc de normalisation, ou encore de rationalisation instrumentale visant l'efficacité. Ce point est discuté au prochain chapitre.

Principaux objets de négociation

La revendication de juridiction par les infirmières semble donc avoir été le point le plus chaud de la réorganisation des professions du système public de santé physique. Voyons les principaux éléments discutés.

a) Évaluation

Sa définition oscille tout au long de la démarche. Celle qui est recommandée en bout de ligne ne porte plus sur « les besoins de santé », mais sur « l'état de santé ». Les activités diagnostiques à reconnaître aux infirmières sont ainsi restreintes par rapport à celles qui étaient d'abord proposées. En effet, l'évaluation des besoins couvrait tout le diagnostic tel que défini dans Abbott (1988), de même qu'une partie de l'identification du traitement. L'évaluation de l'état de santé est plus modeste, n'impliquant que la colligation d'informations préparant le diagnostic qui sera posé par un médecin. La demande du Collège à cet effet paraît donc avoir eu une influence importante, bien plus que l'avis de L'OIIQ.

En effet, c'est une extension importante qui était demandée par les infirmières : que l'exercice infirmier consiste non seulement « à évaluer [...] l'état de santé », mais aussi « à surveiller et à assurer le monitoring de l'état de santé physique et mental d'une personne » et « à prescrire des soins infirmiers et les conditions d'application des traitements médicaux » (OIIQ 2001). La juridiction demandée n'incluait pas l'identification du traitement médical, mais était néanmoins bien davantage qu'une évaluation de l'état de santé. Elle précisait surtout des contours contestés du domaine de l'infirmière, ce qui aurait facilité sa défense au niveau des problèmes de santé mentale et du suivi et de l'ajustement des conditions des traitements médicaux autant qu'infirmiers. Le législateur accepte de ramener l'évaluation à « l'état de santé ».

Un rôle important est cependant reconnu à l'infirmière dans sa liste d'activités réservées, incluant l'évaluation initiale, lors du premier contact, « préalablement à une orientation », « notamment à l'urgence, dans les CLSC, dans les services de première ligne, par téléphone ou télécommunication ». Elle implique « d'utiliser des moyens comme l'histoire de santé [...], l'examen physique, les tests et les échelles de mesure et l'évaluation des risques » pour « orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis ». Elle s'accompagne d'ailleurs du droit « d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon un protocole », lorsqu'un médecin ne peut être impliqué à temps (Bernier 2001, p. 312 et 316). Le rôle de triage de l'infirmière, qui faisait déjà l'objet d'ententes entre l'OIIQ et le Collège, est ainsi clairement officialisé par la loi (Bernier 2001, p. 312).

Par ailleurs, « la surveillance clinique, incluant le monitoring, invasif ou non » est reconnue « en toute autonomie » aux infirmières, incluant « l'interprétation des résultats » et « la détection précoce et [les] mesures de prévention des complications » (Bernier 2001, p. 311-312).

Le dépistage et la prévention des problèmes de santé sont accordés à l'infirmière, mais aussi à toutes les autres professions du secteur.

b) Coordination des soins

Cette autre divergence va d'un contrôle des soins accordé officiellement à l'infirmière, mais difficilement réalisé dans la pratique vu la résistance des autres professionnels, à une coordination réglementaire fonctionnant par la conjonction des ordonnances médicales, du plan de soins infirmiers et de l'autonomie des professionnels pour les actes réservés qui leurs sont accordés. Le « suivi systématique » qui était revendiqué pour les problèmes complexes a été jugé lié « à un rôle d'intervenant-pivot qui peut être assumé par différents professionnels » et « ne peut donc pas être confié à un professionnel en particulier ». Il a été remplacé par le « suivi infirmier », malgré l'inquiétude exprimée par l'OIIQ quant à l'ambiguïté de ce terme

(Bernier 2001, p. 316-318). Un rôle décisionnel est néanmoins officialisé pour l'infirmière par la Loi 90 qui amène des changements dans la *Loi sur les infirmières* de 2003, incluant la surveillance clinique incluant des ajustements thérapeutiques et l'ajout de la « détermination et la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers » (Québec 2003, *Loi sur les infirmières*).

c) Objet de la pratique infirmière

Un certain flottement survient aussi autour de l'objet de la pratique des infirmières. Il paraît unanime que l'infirmière porte son action sur la santé du patient, avec ce que cela implique de prise en compte de la complexité des situations réelles, par contraste avec le médecin qui se concentre davantage sur les déficiences diagnostiquées et sur des décisions de traitement assez abstraites. Au-delà de la santé physique, la prise en charge par l'infirmière est plus contestée, tant par le médecin et d'autres professionnels de la santé physique que par des professionnels de la santé mentale, des services sociaux et de la santé publique.

d) Choix et modulation du traitement par l'infirmière

Ces éléments restent controversés tant durant l'élaboration de la loi qu'en milieu de pratique. Une importante latitude est reconnue à l'infirmière dans le choix du traitement, à travers le plan de soins infirmiers. Le terme « prescription » lui est cependant proscrit et des limites importantes sont fixées dans sa capacité à moduler les traitements décidés par un médecin : elles peuvent ajuster « tous types de traitements médicaux », mais « selon une ordonnance », sauf pour « les traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments », qui peuvent être exercés sans ordonnance, en toute autonomie (Bernier 2001, p. 313).

e) Type d'actes posés par l'infirmière

Terrain d'un enjeu de présentation, avec des reformulations désignant ces actes comme étant plus routiniers que professionnels, en contraste avec les termes utilisés par l'OIIQ, davantage connotés de professionnalisme. Par exemple, « le traitement et la réadaptation » sont remplacés par « le rétablissement » (Québec, *Loi sur les infirmières*, 2003 par rapport à 1977).

f) Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont explicitement ajoutés au champ des infirmières, alors qu'ils sont retirés du champ des médecins, étant jugés inclus dans leur juridictions générale de soins.

g) Grossesse

Le suivi de grossesse et la contribution à l'accouchement sont déjà accordés implicitement avec les activités générales de surveillance clinique et de traitements médicaux, mais la juridiction de chaque profession impliquée est précisée pour baliser ce domaine contesté en particulier avec le médecin et la sage-femme.

h) Contention et isolement

L'usage de la force et de l'isolement deviennent aussi des droits explicitement accordés à l'infirmière et autres professionnel, répondant ainsi aux préoccupations témoignées par l'OIIQ dans son document (OIIQ 2001).

i) Organisation de la vie des malades

Des activités liées la vie quotidienne de personnes malades étaient revendiquées, mais n'ont pas été accordée sur le motif que ces activités ne correspondent pas aux critères retenus pour justifier la réserve d'une activité. Elles incluait la planification du congé, la recherche de contacts, l'évaluation de la capacité du client, de sa famille et des autres intervenants à effectuer les auto-soins et à soutenir les activités quotidiennes.

j) Pratique avancée et en projets-pilotes

Il s'agit de « réaliser des activités réservées à une autre profession » dans certaines conditions d'exception. Elle doit être prévue pour tenir compte des contextes particuliers et de l'évolution des professions ou des besoins du système de santé et de services sociaux. Elle participe à l'élargissement des champs de pratique notamment en reconnaissant et en diffusant de nouveaux rôles développés face aux impératifs du terrain. Avant la démarche aboutissant à la Loi 90, cette situation était « une réalité en Amérique du Nord ». L'Ontario avait déjà des règles pour l'encadrer. Elle existait au Québec, dans « un certain nombre de projets-pilotes » et en région isolée. Ces pratiques étaient « illégales en vertu des lois et règlements ». Des balises ont été suggérées « pour que cette pratique soit reconnue et autorisée », en distinguant les projets-pilotes et la pratique avancée. Un projet-pilote est un contexte où une activité réservée peut « être partagée, temporairement et à titre expérimental » selon « des conditions et des modalités déterminées conjointement par l'ordre professionnel dont les membres exercent déjà cette activité et celui dont les membres ou une catégorie d'entre eux se verraient attribuer l'activité ». Une pratique avancée est aussi autorisée après « une entente entre les ordres professionnels concernés ». Des pratiques avancées sont définies pour des infirmières en région isolée et en soins de première ligne, de même que pour des spécialités comme la cardiologie, la néonatalogie et les soins critiques. Elle permet la prescription d'examens et tests diagnostiques, de médicaments et de soins précisément déterminés, de même que le diagnostic en région éloignée et en première ligne (Bernier 2001, p. 272-273 et 319-321).

Réflexions complémentaires sur la place des infirmières

Pourquoi les infirmières sont-elles subalternes? Pourquoi revendiquent-elles un statut plus autonome? Pourquoi la place des infirmières est-elle soutenue?.

Les infirmières pourraient être des subalternes des médecins pour des raisons historiques et culturelles. Traditionnellement, les femmes étaient des soignantes, oeuvrant au chevet des malades de manière bénévole en extension du soin aux enfants et aux vieillards. Quelques-unes deviennent des expertes, sages-femmes et religieuses hospitalières, mais elles sont doublées, puis exclues par la professionnalisation des tâches de soins et leur monopolisation par les médecins. Les sages-femmes sont repoussées aux marges, à la santé reproductive des femmes, à la grossesse et aux accouchements, puis sont interdites vers 1850. Certaines continuent à exercer de manière clandestine. Leur profession ne redevient légale qu'en 1999 au Québec. La pratique des religieuses hospitalières demeure jusqu'au déclin des ordres religieux, quoique peu-à-peu limitée et mise sous l'autorité de médecins. Les hôpitaux militaires impliquent des femmes consacrées aux soins, sur le modèle des infirmières de Nightingale (1820-1910) et la profession moderne de l'infirmière s'y constitue durant le XIXe siècle en Grande-Bretagne et en Allemagne, puis mondialement vers 1900. Au Canada, les premières infirmières militaires servent sur le terrain durant la rébellion des Métis en 1885 et un contingent permanent est constitué en 1904 et employé dans les deux guerres mondiales. Une autorité leur est attribuée par rapport aux patients, notamment grâce à un statut d'officiers militaires. Elles sont cependant elles-mêmes sous l'autorité de médecins (Canada 2011).

En quelque sorte, les soignantes (traditionnellement féminines, en extension du soin aux enfants, aux vieux et aux malades) ont été doublées puis exclues par la professionnalisation des tâches de soins et leur monopole accordé aux médecins. Ensuite, des soignantes se maintiennent comme sages-femmes, aidantes « naturelles » et religieuses hospitalières, puis elles « reviennent » comme infirmières assujetties aux médecins. Avec l'essor général de place des femmes, les femmes soignantes (infirmières, sages-femmes, et mais aussi membres des autres professions, dont celle des médecins) accroissent à nouveau leur place depuis quelques décennies.

« Nursing, as a female-dominated profession, will have to work harder and fight longer than male-dominated professions to have a strong voice in health care policy » (Marquis 2006, p. 388)

AUTRES PROFESSIONS PLAIDANT PLUTÔT UN ACCROISSEMENT D'AUTONOMIE

L'ordre des infirmières a eu un plaidoyer nettement autonomiste non seulement pour les infirmières, mais pour l'ensemble des professions, pour un modèle où les soins seraient encadrés par des équipes interprofessionnelles plutôt que par la centralité des médecins. Les professions qui suivent font une certaine remise en question de la mainmise de la profession des médecins, mais le font essentiellement pour elles-mêmes, en demandant un droit plus grand d'exercer de manière autonome.

Sages-Femmes

La sage-femme est formée pour être responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale jusqu'à 6 semaines après la naissance pour la mère et le nouveau-né. Elle est une professionnelle autonome détenant un contrat avec un CSSS (avec un CLSC avant 2003). Ses services sont entièrement couverts par la RAMQ. Elle travaille au sein d'une maison de naissance ou d'un service de sages-femmes et fait partie d'une équipe multidisciplinaire du CSSS ou de l'hôpital de référence. La sage-femme effectue les examens cliniques qu'elle juge nécessaires et peut prescrire les échographies, les tests prénataux ainsi que différentes analyses de laboratoire. Son approche est axée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (OSFQ 2017).

Présentation de la profession

Ancienne et nouvelle à la fois, la profession de sage-femme peut exercer à nouveau officiellement en 1999 après avoir été restreinte pendant un siècle et demi. En effet, elle fait partie des premières à avoir été reconnues au Québec sous le régime français, en 1691, où les soins autorisés sont départagés entre médecins, chirurgiens et sages-femmes. Un réseau structuré de sages-femmes est mis en place, puis maintenu sous le régime anglais, après 1763. Leur statut légal est confirmé en 1788 par la première loi médicale et elles exercent de manière autonome jusqu'en 1850, puis à l'intérieur des maternités jusqu'en 1919. La création du Collège des médecins en 1847 assujettit les sages-femmes aux médecins et limite leurs possibilités de formation et de pratique. Les infirmières s'intéressent peu à leur profession des sages-femmes, du moins tant que celle-ci ne se présente pas comme une concurrente. Elles luttent par exemple contre l'accueil de sages-femmes britanniques en 1917. Officiellement, la profession disparaît des années 1920 aux années 1970 (UQTR 2017).

La population réclame ou appuie les services de sages-femmes à plusieurs occasions dans la première moitié du 20^e siècle, puis avec une grande ampleur dans les années 1970. La pratique obstétricale et la surmédicalisation sont alors critiquées en faveur d'une humanisation des soins. Un nombre grandissant de femmes « décident d'accoucher à la maison; souvent seules, mais parfois guidées par des femmes aptes à les aider. De façon autodidacte ou empirique, certaines de ces praticiennes deviennent des sages-femmes » (RSFQ 2017). L'idée d'officialiser la fonction refait surface, appuyée sur le fait qu'elle soit encore inscrite dans les textes de loi. En 1980, le ministère des Affaires sociales organise des colloques régionaux sur le thème et ses participants demandent le droit d'accoucher avec une sage-femme. La *Loi sur la pratique des sages-femmes* est adoptée en 1990 et des projets-pilotes sont lancés en 1993-1995. Le rapport d'évaluation de leurs effets confirme la pertinence de reconnaître la pratique en lui attribuant son ordre professionnel. Ses recommandations sont entérinées par la *Loi sur les sages-femmes* (Québec 1999, LSF), qui définit le champ d'exercice et amène la création de l'ordre, de même que d'un baccalauréat à l'UQTR pour la formation de sages-femmes. Leur pratique est autorisée en centres de naissances associés à des CLSC, puis en centres hospitaliers (2004) et à domicile (2005), avec une assurance responsabilité puis un financement public complet (2011).

Les médecins obstétriciens appuient ces développements au nom du droit de choisir (2003) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS) soutient le recours aux sages-femmes (MSSS 2015, p. 5-11). L'essor de la profession reçoit l'appui populaire et politique, de même qu'un appui officiel des autres ordres concernés.

La demande dépasse largement l'offre et l'écart n'a pas cessé d'augmenter depuis l'adoption de la loi. En 2010, seulement le tiers des femmes qui le souhaitent parviennent à obtenir les services d'une sage-femme et 2-3% des femmes ont accès à une maison de naissance. Une politique de 2008-2018 recommande pourtant que 10% des accouchements impliquent une sage-femme. Pour atteindre cette cible, il faudrait « un soutien concret au programme universitaire, pour l'attraction et la rétention des sages-femmes, pour la promotion de la pratique et celle de l'accouchement naturel ». Toutefois, « il faut se battre contre le lobbyisme médical et la méconnaissance de notre pratique chez bien des professionnel-les de la santé » et les conditions de pratique des sages-femmes laissent à désirer (Faille 2016). La formation de 4 ans ne se donne au Québec qu'à Trois-Rivières (à l'UQTR) et aboutit à une rémunération qui passe de 50 000 \$ à 55 000 \$ à l'époque des projets-pilotes (1994-1999) à 42 000\$ après les négociations de 2004 avec le MSSS. Elles accumulent aussi les heures supplémentaires impayées et ne reçoivent que 1\$ par heure de garde pour être disponibles 24 heures sur 24, cinq jours par semaine. Pourtant, ces disponibilités sont cruciales pour répondre aux besoins,

diminue les coûts et accroît la satisfaction en favorisant les accouchements naturels, l'allaitement maternel, l'autonomie et l'empowerment des femmes et des familles. Le remboursement du kilométrage à partir du point de service n'est pas adaptée à la réalité des sages-femmes, qui doivent souvent se déplacer à partir de leur domicile (Faillon 2016). Leur rémunération est remontée de 50 000 \$ à 90 000 \$ en 2017 pour une pratique à temps plein (UQTR 2017). Ceci correspond à un taux horaire au-dessus de la moyenne des professions (40\$/h en moyenne en 2017, comparable à celui des infirmières praticiennes spécialisées ou à celui des pharmaciens d'établissement, soit nettement plus que le 30\$/h des infirmières ou même que le 34\$/h des infirmières cliniciennes (Québec 2017)). Cependant, puisque leur travail implique de se déplacer à domicile et surtout d'être en attente de l'évolution des grossesses, elles sont rarement rémunérées à temps plein et leur rémunération annuelle reste inférieure à la moyenne des professions, incluant celles qui ne demandent pas de formation universitaire.

Au niveau de l'autonomie de la profession il est notable que les possibilités de prescription sont établies par le Collège et que le conseil consultatif jugeant des projets de règlements de l'Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ) est composé d'une seule sage-femme, de deux médecins, d'une infirmière, d'un pharmacien et d'un représentant du public (Québec 1999, LSF, art. 71 à 77). Il apparaît donc que la profession médicale garde un contrôle étroit sur l'évolution de la profession des sages-femmes.

Bref, l'appui est fort pour l'essor de la profession, mais cet appui ne semble pas se traduire par des décisions politiques et administratives pour pleinement le réaliser.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Un dialogue se fait entre le Groupe Bernier et l'OSFQ, faisant évoluer les avis quant au champ descriptif et aux activités attribuées aux sages-femmes. La Loi 90 n'inclura cependant pas la profession de sage-femme et le libellé de la loi de 1999 sera maintenu. La raison est peut-être que la profession de sage-femme est alors en cours d'établissement, en parallèle.

La juridiction obtenue est quasi-exclusive ou dominante de façon pratique sur les grossesses et les accouchements normaux associée à certains lieux de pratique et à l'absence d'un médecin. Ce partage d'une juridiction auparavant en principe exclusive aux médecins suit donc un arrangement de division du travail. En outre, la juridiction est fortement encadrée par une subordination intellectuelle et consultative dominée par les médecins. Les autres professions impliquées sont cependant placées en subordination pratique relativement aux sages-femmes.

La place des sages-femmes est revendiquée largement en rappelant leur normalité historique, leur efficacité pour les bénéficiaires et la santé publique, de même que le soutien général et l'approbation d'un rôle accru par la population, les experts et les institutions. Elle est limitée par les arguments soutenant la place des médecins. Le résultat est une prise d'une partie de la juridiction obstétrique auparavant exclusive aux médecins.

Au cours du processus, l'emphase est un peu augmentée sur les activités de soins de la sage-femmes, son action est étendue pour inclure explicitement non seulement la grossesse et la période post-natale, mais aussi le travail et l'accouchement. Les services professionnels sont aussi ajoutés aux soins. La finalité « de permettre une naissance normale par voie vaginale » qui était au libellé initial (Bernier 2001, p. 394) n'est plus précisée dans le libellé final, car elle est jugée évidente dans le champ.

L'OSFQ demande que soient incluses les activités de prescrire, effectuer et interpréter des tests et analyses, mais le Groupe Bernier juge que la sage-femme prend connaissance de l'analyse faite par une autre intervenant plutôt que de faire réellement une interprétation elle-même. Cet aspect finit par être retiré sur le motif qu'il constitue un élément constitutif de l'évaluation professionnelle. Le Groupe Bernier refuse aussi d'inclure l'examen dans les activités réservées, considérant qu'il ne constitue pas une activité réservée à une profession, faisant plutôt partie des moyens utilisés pour dispenser les soins et services. Par ailleurs, il défend l'exclusivité du mot « diagnostic » pour les médecins et soutient que les listes de médicaments, tests et examens pouvant être prescrits par les sages-femmes doivent être établies par le Collège. Ni l'OSFQ ni le Groupe Bernier ne remettent en question que les grossesses et les accouchements anormaux soient réservés aux médecins, que les accouchements normaux soient aussi réservés aux médecins lorsque l'un d'eux est présent ou que le domaine de la sage-femme s'étende du début de la grossesse jusqu'à la période post-natale. Le Groupe Bernier ne précise pas non plus de limite pour la période post-natale et parle d'introduction d'un instrument, du doigt ou de la main au-delà des grandes lèvres plutôt que de désigner l'usage de la ventouse et les autres actes spécifiques. La réanimation lui est aussi attribuée, de même que le droit d'agir de manière autonome en cas d'urgence ou d'absence d'intervention médicale. Après révision avec les autres ordres, dont celui des médecins, le Groupe Bernier ajoute le droit d'administrer par intraveineuse les médicaments autorisés, de même que le dépistage des conditions anormales, critère de transfert à un médecin.

Le champ d'exercice et les activités réservées à la sage-femme restent donc ceux de la *Loi sur les sages-femmes* de 1999 :

« Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale.

Ces soins et services professionnels consistent : 1° à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant ; 2° à pratiquer l'accouchement spontané ; 3° à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né (Québec 1999, LSF, c. 24, a. 6). Le conseil et l'information aux parents et au public fait aussi partie de leurs responsabilités. (Québec 1999, LSF, c. 24, a. 7). Aux fins de donner les soins et les services professionnels [...], une sage-femme peut prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste établie par règlement [...], suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement. Aux mêmes fins, une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter un examen ou une analyse mentionné dans la liste [...] ».

Pharmaciens

« Une bonne dose de savoir – Partenaire indispensable [...], le pharmacien fournit les soins pharmaceutiques requis en fonction des besoins des patients » (Québec 2017).

Présentation de la profession

Les pharmaciens sont les experts du médicament. De préparateurs de médicaments, ils sont devenus spécialistes de l'usage des médicaments. Au Québec, le pharmacien est le seul à encadrer l'ensemble des activités entourant la dispensation de la majorité des médicaments à usage humain (Québec 1973, *Loi sur la pharmacie*, cité par CSBE 2014, p. 128). Seul un pharmacien peut posséder une pharmacie et être responsable de son volet spécifiquement « pharmacie » (Bussières, 2012 dans CSBE 2014, p. 132).

Certains sont pharmaciens industriels et participent à la R&D, à la promotion et à la fabrication de produits pharmaceutiques. La plupart exercent toutefois en tant que propriétaires ou employés de pharmacies, ou encore comme pharmaciens d'hôpitaux. L'autonomie entrepreneuriale des pharmaciens propriétaire est grande, mais leur pratique est toujours subordonnée à celle des médecins dont ils doivent suivre les prescriptions pour vendre un médicament d'ordonnance. En plus de préparer et de vendre ces médicaments, ils conseillent les clients et les professionnels de la santé et exercent une surveillance quant aux médicaments prescrits. Pour le conseil aux clients et la surveillance pharmaceutique, leur juridiction devient plus autonome tout en restant en subordination vis-à-vis de médecins. Leur rôle de conseiller est reconnu officiellement par la Loi 90. Le droit d'exercer leur jugement professionnel sur les prescriptions, de même que de les modifier, devient officiel avec la Loi 41 de 2011. Le champ professionnel du pharmacien est donc en évolution depuis quelques décennies.

L'importance des pharmaciens est accrue avec celle du médicament, qui occupe une place de plus en plus grande dans les systèmes de santé des pays industrialisés. Le médicament est devenu le complément habituel, voire le substitut des soins médicaux (Comanor & Schweitzer 2007). Au moins un médicament d'ordonnance est consommé régulièrement par 55% des Québécois en 2013 et 27% déclarent en consommer quotidiennement trois ou plus (CSBE 2014).

Par opposition avec les médicaments en vente libre, les médicaments d'ordonnance ne peuvent être vendus que suivant la prescription d'un médecin (ou d'autres professionnels dans quelques cas). Ces médicaments d'ordonnance sont aussi payés par le régime public de manière croissante depuis 1961. D'abord, la couverture s'applique à ceux qui sont administrés en hôpital, puis leur gratuité est étendue aux prestataires de l'aide sociale, aux personnes atteinte de certaines pathologies, etc. En 1992, 1,5 millions de Québécois restent néanmoins sans assurance pour leurs médicaments. En 1996, un régime public (le « RGAM ») est institué pour soutenir

ceux dont les thérapies médicamenteuses ne sont pas couvertes par un régime privé d'assurances. Ce régime demande une contribution à l'achat et le déboursement d'une prime annuelle ajustée au du revenu. La gratuité est rétablie pour certaines clientèles en partir de 1999. Des études et des sondages témoignent que ce programme améliore l'accès aux médicaments essentiels en particulier pour les travailleurs à faible revenu, les personnes ayant des coûts de médicaments très élevés et les enfants (CSBE 2014, p. 65-71). Outre une franchise qui demeure pour certains, les médicaments d'ordonnance sont alors presque entièrement couverts par une assurance publique ou privée, ce qui enlève grandement la contrainte financière qui limiterait l'augmentation de la demande, le nombre de prescriptions et la quantité et le prix de vente, ce qui pourrait expliquer l'explosion de la consommation et des dépenses en médicaments.

Le pharmacien propriétaire a une liberté importante quant aux prix des médicaments et aux honoraires qu'il peut facturer. Ses limites lui sont données par son code de déontologie, qui stipule notamment que le pharmacien « doit demander un prix juste et raisonnable » et qu'il ne doit pas promouvoir la consommation de médicaments (Québec 2008, articles 47, 97, 98 et 104). (CSBE 2014, p. 138). Pour les bénéficiaires du régime public, un encadrement des prix est négocié par l'AQPP et le MSSS et inscrit dans le Manuel des pharmaciens (RAMQ 2007).

La population est satisfaite, avec un taux de confiance élevée envers les pharmaciens, dans le premier cinquième des professions (Léger 2016). Le nombre de pharmaciens est en croissance, avec même une pénurie malgré leur rémunération élevée (41-52\$/h) par rapport aux années d'études nécessaires (un baccalauréat suivi d'un stage) (Québec 2017).

Le coût de l'assurance publique et son augmentation rapide menacent toutefois sa viabilité (de 1997 à 1999, +15%/année). « Le défi consiste à ralentir les coûts du régime, tout en maintenant un accès raisonnable aux médicaments. Les efforts doivent être déployés pour préserver la protection sociale mise en place, mais la capacité de payer individuelle et collective doit être prise en compte » (MSSS 1999, dans CSBE 2014). De manière générale, « le rythme de croissance annuel des dépenses en médicaments d'ordonnance demeure supérieur à celui du produit intérieur brut (PIB) et des dépenses totales du système de santé et de services sociaux ». (CSBE 2015, p. 1). Déjà en 2002, on s'en inquiétait alors que le coût annuel moyen était passé de 575\$ à 760\$ par participant de 1998 à 2000 (+16%/an). Le nombre d'ordonnances avait augmenté de 10%/an et le coût par ordonnance de 5%/an (RAMQ 2002, p.15-17).

Plusieurs actions gouvernementales ont eu lieu en réponse, dont la création en 2001 du « Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec (comité Montmarquette) », qui recommande de maintenir la mixité privé-public du RGAM (Montmarquette, 2001 dans CSBE 2014, p.71). Plusieurs mesures sont mises en

place en 2002 et 2003, en parallèle celle de la Loi 90. Une large consultation publique est organisée en 2005 au sujet d'une politique du médicament, adoptée en 2007 et visant « l'accès équitable et raisonnable [...], l'établissement d'un prix juste et raisonnable ainsi que l'usage optimal [...], en plus de traiter de la place de l'industrie pharmaceutique au Québec » (CSBE 2014).

L'expansion du coût des médicament s'est tout de même poursuivie, faisant dire au Commissaire à la Santé et au Bien-être du Québec, « Nous sommes très préoccupés par la forte croissance des coûts des médicaments. L'usage qui en est fait inquiète également ». Il signale aussi des iniquités d'accès, des problèmes d'usage et des événements indésirables liés à la médication (CSBE 2015). Le coût brut du système public pour les médicaments prescrits augmente encore de 5% entre 2013 et 2014. Les dépenses en médicaments d'ordonnance pour les régimes public et privés représenteraient en 2014 près de 7,7 G\$ pour le Québec et 28,8 G\$ pour le Canada. À titre de comparaison, les dépenses canadiennes étaient de 26 G\$ en 2010 et de 2,5 G\$ en 1985 (ICIS 2016). Ces dépenses ont donc été multipliées par 11,5 entre 1985 et 2014, c'est-à-dire 8 fois par habitant.

Alors même que le prix du médicament baisse légèrement (-2,7% dans la dernière décennie), le total des coûts associés aux médicaments continue d'augmenter. Cette croissance s'explique donc par d'autres facteurs, lesquels incluent les changements démographiques, les attentes croissantes, la prévalence accrue de certaines maladies, l'élargissement des indications pour certains produits et les médicaments de nouvelle génération, « souvent plus coûteux [...], alors que la valeur ajoutée d'un grand nombre d'entre eux est remise en question » (CSBE 2015, p. 2).

Au-delà des coûts, 4-10% des hospitalisations, 10-20% des visites à l'urgence et 32% des événements indésirables en établissement sont liés à la médication, principalement à l'utilisation concomitante de nombreux médicaments chez les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques dans les pays industrialisés. Aux États-Unis, la médication inadéquate serait même entre la 4e et 6e cause de mortalité (OPQ 2016, 13 déc.). Bon nombre de prescriptions sont aussi inappropriées, non-basées sur des normes reconnues ou posant des risques d'effets indésirables plus grands que les espérances d'effets bénéfiques. De surcroît, les écarts de coûts pour une même ordonnance sont importants d'une pharmacie à l'autre et selon qu'ils sont défrayés par un régime public ou privé. Les assurances privées demandent aussi des primes très variables et non-proportionnelles au revenu. Un manque de supervision gouvernementale est aussi à déplorer. Par exemple, aucun mécanisme de révision de la pertinence des médicaments inscrits n'est mis en œuvre (CSBE 2015). Pour mieux répondre aux besoins en santé et mieux contrôler les coûts, le Commissaire à la Santé et au Bien-être recommande d'améliorer la pratique prescriptive, la prise en charge pharmacologique et l'usage des médicaments (CSBE 2015).

La définition du champ professionnel du pharmacien est assurément influencée par la préoccupation relative au bon usage des médicaments. De façon très concrète, l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) est convaincu que les pharmaciens doivent s'impliquer de façon grandissante pour assurer un usage optimal des médicaments : « L'usage inapproprié des médicaments coûte cher pour la société, tant du point de vue humain que financier. Le temps est venu d'aborder les réformes dans le domaine de la pharmacie sous cet angle » (OPQ, 13 déc. 2016). Cette préoccupation renforce les revendications des pharmaciens.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Recentrer sur le patient plutôt que sur le médicament a été l'action principale de l'OPQ, « le médicament étant l'outil du pharmacien et non plus le centre de sa pratique » (OPQ 2001). Il s'agit d'un repositionnement important pour la profession, changeant son objet et élargissant son champ de pratique au-delà du rôle de préparateur de médicaments en consacrant son rôle d'intervenant dans la santé des bénéficiaires.

Sans céder la juridiction totale sur la dispensation des médicaments, les pharmaciens revendiquent le partage d'une partie de la juridiction médicale qui est liée au suivi de l'état du patient, voire du jugement sur la détermination du traitement. Minimale, la juridiction revendiquée est consultative relativement à la prescription des médicaments.

Le Groupe Bernier incluait déjà le conseil sur l'utilisation du médicament dans son libellé initial pour le champ de pratique. Il a accepté la vision de l'OPQ et modifié le libellé en plaçant la préparation des médicaments après le conseil (Bernier 2001, p. 372-373). Cette simple inversion mettait de l'avant le rôle du pharmacien auprès des patients.

Le champ de pratique des pharmaciens est défini ainsi par le Groupe Bernier :

« L'exercice de la pharmacie consiste à donner des conseils sur un usage efficace et approprié des médicaments afin notamment de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir et de rétablir la santé » (Bernier 2001, p. 17)

Au-delà de cette inversion, le groupe n'a pas apporté de changements significatifs à son libellé initial pour le champ de pratique des pharmaciens.

Le droit de vendre des médicaments n'y est pas mentionné. Il s'agit pourtant d'un trait distinctif et important, voire central, dans la pratique de la plupart des pharmaciens. Cette activité lui est même exclusivement réservée. Initialement, l'activité de « remettre, contre rémunération ou non, les médicaments » lui était réservée, puis la décision a été prise de libérer de la réserve

professionnelle la remise de médicaments sans rémunération et de ne laisser aux pharmaciens que l'exclusivité pour « vendre des médicaments », par souci d'harmoniser le vocabulaire et de favoriser la concordance entre les lois du Québec, des autres provinces et du palier fédéral. (Bernier 2001, p. 369-376). Le résultat réduit un peu la juridiction du pharmacien. Il est notable que ce droit n'ait pas été mentionné au champ de pratique et l'OPQ elle-même a questionné le Groupe Bernier à ce sujet, sans qu'il ait été possible de trouver une trace de réponse écrite.

La « transmission des renseignements au client lors d'une vente de médicament » avait été indiquée dans la liste d'activités réservées du libellé initial. Dans le processus, le Groupe Bernier a jugé que cette responsabilité était déjà couverte par le rôle de conseiller apparaissant en tête dans le champ de pratique, de même que par le Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, lequel module la vente des médicaments et inclut d'informer les clients à l'égard de tous les médicaments visés, qu'ils soient sous ordonnance ou non. Ceci n'a pas été l'objet d'une discussion avec l'OPQ qui a pu être identifiée. Dans le libellé final, cette activité est retirée et l'obligation de suivre les modalités du Règlement lors de la vente de médicaments est maintenue.

« Émettre une opinion pharmaceutique » a aussi été ajouté par le groupe de travail comme activité réservée en la décrivant comme « un avis motivé d'un pharmacien, portant sur l'historique pharmacothérapeutique d'un bénéficiaire, dressé sous l'autorité d'un pharmacien ou portant sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur ». C'est donc une opinion argumentée en réponse à un prescripteur (Bernier 2001, p. 374). Cette activité réservée n'était pas demandée par l'OPQ et semble moins un droit accordé qu'une invitation à collaborer de cette manière avec les prescripteurs.

La surveillance et l'ajustement des thérapies médicamenteuses ne sont pas mis au champ de pratique non plus, même si elles font partie des activités réservées depuis le libellé initial du Groupe Bernier.

Cette activité a même amené l'OPQ à revendiquer le droit de faire certains examens physiques et de réquisitionner ou au moins d'avoir accès aux résultats d'examens médicaux (Bernier 2001, p. 373). Le Groupe Bernier a rejeté le droit de prescrire des examens, dans un souci de limitation des coûts. Il a toutefois acquiescé à l'importance pour les pharmaciens d'accéder aux résultats des examens prescrits par d'autres, principalement les médecins. L'accès aux résultats n'a néanmoins pas été inscrit à la liste des activités réservées du pharmacien. Il a été recommandé de la mettre en place en instaurant « une dynamique d'interdisciplinarité qui fasse en sorte que

chacun mette à la disposition des autres professionnels [...] l'information dont il dispose [...] lorsque les renseignements sont susceptibles d'être utiles à un autre intervenant » (Bernier 2001, p. 374). Cela n'a pas été systématiquement mis en place par la suite.

Pour la surveillance et l'ajustement des thérapies médicamenteuses, le Groupe Bernier élabore sa recommandation après la révision d'ensemble. Il accorde l'autorisation de prescrire la contraception orale d'urgence pour préserver des acquis, mais sous réserve d'avoir reçu une formation particulière et l'attestation correspondante (Bernier 2001, p. 18). Il propose aussi un volet de pratique avancée où le pharmacien ajusterait la posologie sans ordonnance médicale, en fonction du monitoring pharmacothérapeutique (Bernier 2001, p. 18), ce monitoring étant défini comme « l'ensemble des actions prises par le pharmacien afin de s'assurer que l'évolution du patient est compatible avec les objectifs thérapeutiques élaborés par le médecin ou l'équipe de soins, que le patient tire le maximum du traitement médicamenteux et qu'il n'est victime d'aucune réaction indésirable [...] » (OPQ, juin 2001). Le rôle du pharmacien dans cette activité serait en quelque sorte d'assurer que le traitement se passe en conformité avec les objectifs fixés par un médecin ou une équipe de soins probablement dirigée par des médecins. Par ailleurs, les conditions d'exercice de cette activité seraient à négocier avec le Collège (Bernier 2001, p. 377). L'action des pharmaciens sur la prescription reste donc étroitement balisée par la profession médicale.

Les pharmaciens gagnent sur ces activités une juridiction subordonnée, sauf pour la contraception orale d'urgence, où ils reçoivent une autonomie limitée par une subordination intellectuelle liée notamment à une formation supplémentaire.

Réflexions complémentaires sur la place des pharmaciens

Les pharmaciens acceptent que la majeure partie des médicaments soient prescrits par des médecins, mais revendiquent le droit d'exercer leur jugement sur ces prescriptions et de les modifier lorsqu'ils le croient nécessaire, de même que d'avoir accès à des résultats d'examen et de pouvoir prescrire d'eux-mêmes.

Le Groupe Bernier et la Loi 90 ne touche pas beaucoup les activités commerciales ou les activités de recherche des pharmaciens, mais concernent plutôt les actes qu'ils peuvent poser dans leur relation avec les patients, ou la clientèle. Les pharmaciens propriétaires de pharmacies communautaires, ceux qui sont leurs employés, ceux qui travaillent en milieu hospitalier et ceux qui travaillent en recherche, notamment dans l'industrie privée, sont donc touchés de manière différente par les changements apportés par la Loi 90.

Orthophonistes et audiologistes

« L'exercice de l'orthophonie et de l'audiologie consiste à évaluer les fonctions de l'audition et du langage, incluant la voix et la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention, à en assurer la mise en oeuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication », champ descriptif final du Groupe Bernier (Bernier 2001, p. 435).

Présentation de la profession

Orthophonistes et audiologistes sont regroupés depuis leurs origines comme profession au Québec. La Société de logopédie et d'audiologie (1955-1964) devient la Société d'orthophonie et d'audiologie (1964-1974). Le Code des profession reconnaît la Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes (1974-1994), renommée Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) en 1994 (OOAQ 2007). Ils constituent deux spécialités d'une même profession. La plupart sont des orthophonistes (86%) et des femmes (96%) (OOAQ 2017).

Leur nombre est jugé insuffisant à l'époque du processus aboutissant à la Loi 90, comme l'explique la fondatrice de leur programme de formation au Québec, Germaine Huot : « Il devient très difficile de combler les besoins d'une clientèle qui se fait de plus en plus diversifiée, exigeante et trop souvent empreinte de lourdes séquelles pathologiques » (OOAQ, 2007). Le p-d.g. de l'OOAQ en 2007 juge que « L'accessibilité et la disponibilité aux services de l'audiologiste et de l'orthophoniste demeurent toujours [...] difficiles. D'une part, les délais d'attente [...] sont démesurément longs (souvent plus de deux années) et, d'autre part, la disponibilité des services est souvent limitée au minimum, faute de professionnels pour les dispenser » (Beaulieu 2007). La formation semble être le facteur limitant depuis plusieurs décennies. Il s'agit donc d'une autre profession pour laquelle la demande dépasse l'offre.

La formation initiale et continue est jugée adéquate par le Groupe Bernier pour toutes les activités professionnelles qui feront l'objet d'une réserve. L'ordre lui-même considère toutefois que la formation de ses membres est à améliorer, car « l'exercice de l'audiologie et de l'orthophonie requiert des compétences élaborées, s'appuyant sur des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être étendus. Les champs des connaissances se développent continuellement et exigent [...] des enseignements théoriques et cliniques de pointe » (Beaulieu 2007). Le niveau de formation minimal est rehaussé à la maîtrise en 2008. Un baccalauréat suffit toutefois à l'époque du processus.

Leur rémunération est dans la moyenne des professions nécessitant des études de baccalauréat (33,94\$/h), si on exclut les pharmaciens et les sages-femmes. Elle est de 33,34\$ (23,43\$ à 43,25\$) (Québec 2017).

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le dialogue entre l'OOAQ et le Groupe Bernier amène des changements de termes, mais s'avère assez fermé. Il n'est pas accordé d'utiliser « diagnostic » ou « prescription », termes globalement réservés aux médecins. En outre, aucune concession n'est faite quant aux activités réservées, sauf le droit de prescrire et d'ajuster une aide auditive.

Lors de la première rencontre, l'OOAQ indique qu'il juge la proposition intéressante, mais exprime plusieurs préoccupations et demandes de changement. Il clarifie ses arguments dans un document déposé entre sa première et sa deuxième rencontre avec le Groupe Bernier (OOAQ 2001).

Un refus net est apporté à la demande d'utiliser le terme « diagnostiquer » plutôt que « évaluer » et « prescrire un plan de traitement » plutôt que « établir un plan d'intervention ». L'ordre justifie sa revendication de ces termes en expliquant que ce sont des concepts régulièrement présents et utilisés dans le domaine. (Bernier 2001, p. 362-363).

Relativement au diagnostic, le Groupe Bernier explique que « l'exercice de cette activité est réservée au médecin », car « ce dernier possède les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain » et que « plusieurs autres professionnels de la santé se partagent [...] l'évaluation en fonction de leur champ respectif » (Bernier 2001, p. 363).

Relativement au plan d'intervention ou de traitement, le Groupe Bernier juge que la première expression « s'avère plus appropriée, entre autres dans le secteur scolaire » (Bernier 2001, p. 363). L'ordre insiste sur l'importance d'utiliser les deux termes en indiquant « que le professionnel détermine le plan de traitement et d'intervention ». Selon l'ordre, « un plan de traitement réfère davantage à une pathologie et est une terminologie employée dans le réseau de la santé alors que le plan d'intervention a une connotation différente, réfère plutôt à une difficulté et représente un concept issu du milieu de l'éducation ». Le Groupe Bernier se réserve la décision à plus tard et intègre cette demande lors de sa révision d'ensemble (Bernier 2001, p. 364-367).

Relativement à la prescription de traitement, le Groupe Bernier « considère qu'elle est implicitement incluse dans la détermination et la mise en oeuvre du plan d'intervention, incluant le choix des moyens [...] ainsi que [...] l'identification de la contribution des autres intervenants ». Il ajoute que « la détermination du plan d'intervention constitue un moyen souple de conserver le contrôle sur le traitement » (Bernier 2001, p. 363).

L'ordre questionne l'expression « mise en oeuvre du plan de traitement », dont le sens ne lui paraît pas clair. Le Groupe Bernier explique que l'expression « implique que le professionnel

prend les moyens pour que le plan de traitement se réalise », y compris en impliquant un autre professionnel, mais que « le professionnel qui a déterminé le plan de traitement en demeure responsable », sauf lorsque le patient est transféré à un autre professionnel (Bernier 2001, p. 363).

Ajouter la dysphagie au champ de pratique est demandé par l'ordre, mais l'ajout n'est pas effectué « car l'investigation et le traitement de ce symptôme s'intègrent à l'activité d'évaluation et de traitement en général ». Elle n'est donc pas exclue du champ de l'orthophonie, mais le Groupe Bernier « ne souhaite pas [...] attribuer ce traitement à une profession en particulier ». De plus, « le Groupe s'est donné comme règle que la majorité des membres doivent exercer une activité pour qu'elle puisse être réservée ». Or, seulement une centaine d'orthophonistes exercent dans ce domaine particulier (Bernier 2001, p. 363-364) (i.e. moins de 10% des orthophonistes en 2001) (OOAQ 2017). L'ordre insiste pour l'ajout de la déglutition tant dans son champ que dans ses activités réservées, restreignant ainsi sa revendication relative à la dysphagie à cet aspect. Il explique que « l'orthophoniste est appelé sur une base régulière à réaliser des évaluations du fonctionnement de la parole, ce qui l'amène à examiner le fonctionnement de la langue et notamment de la propulsion linguale. [...] La rééducation du trouble de la parole exige souvent une rééducation [...] de la propulsion linguale. En ce sens, l'Ordre croit que l'on devrait également réserver l'acte de l'évaluation de la déglutition aux orthophonistes ». Le Groupe Bernier refuse en se référant à la Classification québécoise – Processus de production du handicap (Fougeyrollas 1998), une thèse de doctorat en anthropologie décrivant les aspects sociaux de la définition du handicap. Il rapporte que « la déglutition et ses problèmes sont associés aux aptitudes reliées à la digestion [...] ». En conséquence, même « si certains orthophonistes ont développé une expertise particulière à cet égard [...], d'autres professionnels, les diététistes et les ergothérapeutes, par exemple, interviennent également auprès des personnes qui souffrent de problèmes de déglutition ». L'ordre conteste la justesse de la définition, mais se range à l'opinion que « le libellé proposé n'empêche pas les orthophonistes d'agir auprès de clientèles qui souffrent de troubles de la déglutition » (Bernier 2001, p. 363-365). L'ordre revendiquait une juridiction totale sur le problème de déglutition, mais cette juridiction demeure partagée.

L'introduction d'un instrument dans la bouche « sans aller au-delà du larynx » et dans l'oreille « sans aller au-delà du tympan » est un ajout demandé par l'ordre aux activités réservées. C'est cependant seulement au-delà du larynx et du conduit auditif externe que le Groupe Bernier choisit de réserver des activités. En-deçà, les activités ne sont pas réservées. Ne pas les indiquer n'empêche donc pas les orthophonistes et audiologistes de les exercer (Bernier 2001, p. 366).

Le lavage des oreilles pour extraire les bouchons de cérumen a aussi été l'objet d'une discussion. Tant qu'il n'implique pas l'utilisation de médicaments sur ordonnance ou d'autres procédés réservés, le jugement du Groupe Bernier est qu'il ne constitue pas une activité à réserver.

L'ajustement des aides auditives est aussi demandé comme activité à réserver aux audiologistes. En appui, l'ordre fait notamment référence aux « problématiques liées à la suramplification auditive ». Le Groupe Bernier réserve son jugement pour l'étape finale de son processus, mais accorde « l'ajustement d'une aide auditive dans le cadre d'une intervention audilogique » de manière à permettre à l'audiologiste « de compléter son intervention » (Bernier 2001, p. 366-368).

Les activités réservées aux orthophonistes et aux audiologistes sont séparées à la demande de l'ordre. L'orthophoniste se voit réserver deux activités : « évaluer les troubles du langage, incluant ceux de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophonique »; et « prescrire un système alternatif et compensatoire à la communication ». L'audiologue se voit réserver trois activités semblables : « évaluer les troubles de l'audition dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention audilogique »; « prescrire une aide auditive » et « ajuster une aide auditive dans le cadre d'une intervention audilogique » (Bernier 2001, p. 17 et 365-368).

Réflexions complémentaires sur les orthophonistes et audiologistes

Malgré que la prescription et l'ajustement d'aides auditives soient accordés comme activités réservées aux audiologistes par la Loi 90, l'OOAQ revendique encore en 2007 la « prescription des aides auditives et des aides de suppléance à la communication » aux seuls audiologistes et orthophonistes, « pour diminuer les risques de préjudice » (Beaulieu 2007). Il s'agit d'une revendication touchant la juridiction des ergothérapeutes et des médecins sur ces activités.

Ceci illustre que le processus aboutissant à la Loi 90 n'est qu'un moment dans la dynamique de compétition pour les juridictions qui caractérise le système des professions. En particulier, un bon nombre de chevauchements subsistent pour les orthophonistes et audiologistes avec les ergothérapeutes, les diététistes et les médecins. Ils exercent aussi à l'interface du secteur de l'éducation, où ils vivent d'autres chevauchements et utilisent une terminologie distincte. De tels partages flous sont propices à des conflits de juridiction.

Diététistes

Pour « une saine alimentation [...] le diététiste-nutritionniste peut évaluer l'état nutritionnel des personnes, développer des programmes éducatifs ou contribuer à l'enseignement » (Québec 2017).

Leur champ de pratique est défini ainsi : « L'exercice de la diététique et de la nutrition chez l'être humain consiste à évaluer l'état nutritionnel, à déterminer et à assurer la mise en oeuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir et rétablir la santé ». Deux activités leur sont réservées : « Déterminer le plan de traitement nutritionnel [...] lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie »; et « Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé ». (Bernier 2001, p. 12).

Présentation de la profession

Un baccalauréat est nécessaire pour exercer la profession, dont la rémunération est sous la moyenne des autres du secteur, même en n'incluant pas les pharmaciens ou les sages-femmes (33,94\$). En effet, les diététistes gagnent entre 22,74\$ et 41,88\$ pour une moyenne de 32,31\$ (Québec 2017). Le public québécois leur accorde une confiance légèrement sous la moyenne de celle qui est accordée aux autres professions (Léger 2016). On peut noter que le Groupe Bernier souligne que leur formation est composée non seulement de cours et de stages consacrés aux activités réalisées, mais aussi de cours qui « apportent des connaissances supplémentaires », de nature abstraite, « dont ceux de biochimie, physiologie, anatomie et alimentation humaine » (Bernier 2001, p. 284). Dans l'optique d'Abbott, le Groupe Bernier semble ainsi accorder une justification du statut professionnel des diététistes.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Après une première rencontre avec le Groupe Bernier, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) présente ses propositions de changement dans un document écrit (OPDQ 2001).

Le champ de pratique attribué par le Groupe Bernier est maintenu tel quel jusqu'à la formulation finale, sauf pour une légère réorganisation de l'une des phrases et l'ajout de la finalité « pour maintenir ou rétablir la santé ». L'OPDQ propose un seul changement, à savoir d'insérer « de cette personne » pour préciser en fonction de quels besoins adapter l'alimentation. Le Groupe Bernier l'a refusée « puisqu'elle limite l'intervention [...] aux individus alors que celle-ci peut aussi s'adresser à des groupes ou revêtir un caractère communautaire ». L'OPDQ s'est dit d'accord (Bernier 2001, p. 287-289).

Les activités réservées sont précisées et limitées au cours du processus. Le Groupe Bernier propose initialement que les activités réservées aux diététistes soient « lorsque la nutrition est un élément déterminant du traitement d'une maladie : élaborer des régimes diététiques; surveiller l'état nutritionnel des personnes », sous ordonnance et selon un protocole. (Bernier 2001, p. 286).

L'exigence du protocole est retirée des activités réservées pour être indiquée ailleurs comme clause d'adaptation et instrument de gestion de l'organisation du travail au niveau local (Bernier 2001, p. 10-11).

L'exigence de l'ordonnance est contestée par l'ordre, qui exprimait son inquiétude qu'un diététiste ait à attendre une ordonnance avant d'agir. Le Groupe Bernier explique que « en aucun temps, les diététistes devront attendre une ordonnance ou un protocole pour intervenir », que cette condition a « pour effet de décrire une clientèle plutôt que d'édicter une condition d'exécution » (Bernier 2001, p. 288). Les diététistes peuvent toujours faire des recommandations nutritionnelles, mais l'activité ne leur est réservée que lorsqu'une ordonnance établit que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement d'une maladie. Le Groupe Bernier explique que « la réserve d'une telle activité crée une obligation de ne recourir qu'aux services d'une diététiste ou d'une nutritionniste membre de l'Ordre pour déterminer le plan de traitement », de même que pour « la surveillance de l'état nutritionnel » des personnes pour lesquelles une ordonnance a identifié que la nutrition est un facteur déterminant pour le traitement d'une maladie. Il termine de préciser que « dans les autres situations, il n'y a pas d'obligation de recourir aux membres de l'Ordre » (Bernier 2001, p. 288). L'identification et la décision de traiter tous les problèmes attachés à une pathologie sont donc gardés hors de la juridiction des diététistes. Leur autonomie ne touche donc que des problèmes bénins, lorsqu'aucune pathologie n'est impliquée.

L'ordre demande plusieurs autres changements. Le Groupe Bernier accepte de modifier « est un élément » par « constitue un facteur ». Il n'accepte toutefois pas de préciser « déterminant d'une maladie ou de conditions associées à un ou des problèmes nutritionnels », expliquant que « selon sa compréhension, les conditions associées qui sont visées ici sont celles relatives à la dénutrition » et que « la dénutrition est considérée comme une maladie et qu'elle est donc incluse dans le libellé retenu » (Bernier 2001, p. 287).

L'ordre demande aussi que lui soit réservé l'évaluation des besoins nutritionnels, ce que le Groupe Bernier ne retient pas, « celle-ci étant implicitement incluse dans la détermination du plan de traitement nutritionnel ». L'ordre réitère sa demande lors de la deuxième rencontre, sans modifier la position du Groupe Bernier (Bernier 2001, p. 288-290).

La possibilité de prescrire des médicaments et des tests diagnostiques est discutée. L'ordre explique qu'il est « possible que l'alimentation thérapeutique fasse appel à des substances qui font partie de la liste des médicaments, certaines vitamines par exemple ». Le Groupe Bernier maintient la même position qu'à l'égard des autres professions qui ont fait cette demande. Il explique que « le recours aux tests de laboratoire doit être limité afin d'éviter la duplication et de respecter la tendance à vouloir réduire les demandes de tests diagnostiques auprès des laboratoires médicaux ». Il justifie aussi cette position ferme par son souhait « que s'instaure une véritable dynamique d'interdisciplinarité » et que « l'accès aux résultats des examens de biologie médicale » prescrits par les médecins « constitue un bel exemple de collaboration interdisciplinaire ». Il recommande d'ailleurs « que des mesures soient prises afin que les résultats des tests diagnostiques soient facilement accessibles tant aux diététistes qu'à d'autres professionnels à qui ils permettent d'assurer un meilleur suivi » (Bernier 2001, p. 289-290). Cet accès « vise particulièrement les situations entre les professionnels qui ne travaillent pas dans le même établissement » et « ceux qui travaillent en dehors des établissements ». A cet effet, le Groupe Bernier suggère la mise en place du dossier unique (Bernier 2001, p. 68-71). Le Groupe Bernier ajoute que « il en va de même pour le droit de prescrire des substances contrôlées », généralement réservé aux médecins. Il explique que « là encore le travail de collaboration entre les diététistes et le médecin traitant doit se poursuivre ». La prescription de tests ou de médicaments et autres substances contrôlées n'est donc pas accordée aux diététistes.

L'ordre demande aussi que ce soit la détermination du « plan de soins médico-nutritionnel » plutôt que du « régime diététique » qui soit réservée aux diététistes. Le Groupe Bernier accepte de reconsidérer « régime diététique », mais opte pour « plan de traitement nutritionnel ». Sa justification porte sur l'importance de bien distinguer les outils de planification de soins des diverses professions : « le plan de soins est généralement associé à l'activité de l'infirmière et le terme médico-nutritionnel fait référence aux médecins; il importe de conserver la spécificité de la profession de diététistes » (Bernier 2001, p. 287-288).

Réflexions complémentaires sur la place des diététistes

Lorsque le Groupe Bernier soutient l'importance d'avoir des termes distincts pour les outils de planification de traitement utilisés par le diététiste, l'infirmière et le médecin, il invoque l'importance de bien distinguer leurs activités.

L'uniformisation des termes décrivant des choses similaires est pourtant soutenue par le Groupe Bernier a plusieurs autres occasions durant la négociation aboutissant à la Loi 90.

En outre, l'évaluation est gardée hors du domaine du diététiste. Toutes ses activités réservées sont conditionnelles à des ordonnances. Le diagnostic est donc placé hors de portée des diététistes. La prescription de médicament est aussi refusée. Ceci garde ce domaine privilégié de prescription entre les mains de médecins. L'ensemble des activités professionnelles des diététistes est ainsi fermement gardé sous le contrôle des médecins. Toutes les activités que les diététistes peuvent accomplir de manière autonome peuvent aussi être réalisées par des non-professionnels.

Cela pourrait être interprété comme la défense d'un statut particulier pour certaines professions, en établissant que leurs activités sont d'une autre sorte, ce qui les protège du maraudage interprofessionnel. Les médecins et les infirmières semblent ainsi recevoir un traitement particulier qui protège leurs juridictions essentielles. D'ailleurs, on peut remarquer que toutes les professions sauf celles des médecins et des infirmières reçoivent des activités réservées à des éléments spécifiques, alors que les médecins peut accomplir presque tout ce que les autres professions peuvent faire, de même pour les infirmières lorsqu'une ordonnance médicale leur permet de le faire. La législation qui en résulte semble privilégier la protection des juridictions des médecins et des infirmières en tant qu'exécutantes des ordonnances médicales.

Physiothérapeutes

« Plan de match pour se remettre sur pied – Évaluer le trouble, planifier la réadaptation, appliquer le traitement : aucune incapacité physique n'échappe à un physiothérapeute » (Québec 2017).

La réadaptation en réponse à des incapacités physiques est le centre d'attention de la physiothérapie. Elle revendique l'évaluation, la planification de réadaptation et le traitement visant la remise sur pied pour tous les types d'incapacités physiques. Il s'agit donc d'une revendication d'autonomie dans la prise en charge de tous les types d'incapacités en incluant le diagnostic, l'inférence et le traitement.

Présentation de la profession

La physiothérapie requiert un baccalauréat et permet une rémunération horaire plus élevée que celle des autres professions de la santé qui demandent des études universitaires de premier cycle si on exclut les sages-femmes et surtout les pharmaciens. Les physiothérapeutes ont un taux horaire allant de 25,49\$ à 45,42\$, avec une moyenne de 35,46\$, alors que les autres professions gagnent 33,94\$ en moyenne. En incluant les pharmaciens et les sages-femmes, la moyenne est de 36,10\$ pour les professions de la santé demandant un baccalauréat. Il est à noter que la rémunération horaire des professions demandant une formation collégiale est nettement plus basse (27,63\$) (Québec 2017). Le public québécois fait relativement confiance aux physiothérapeutes, un peu au-dessus de la moyenne avec 81% des Québécois leur faisant confiance (Léger 2016). Parce que le paiement de leurs honoraires n'est pas couvert par le régime public lorsqu'ils ne sont pas en milieu hospitalier, leur capacité d'exercer de manière autonome est limitée. Certaines assurances couvrent les services de physiothérapeutes, mais demandent parfois une évaluation médicale au préalable. Ils fonctionnent donc généralement dans un milieu où ils sont en partie subordonnés aux médecins, malgré leur pratique effective le plus souvent autonome et leur revendication d'autonomie.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le champ de pratique accordé : « L'exercice de la physiothérapie consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, à déterminer le plan de traitement et à réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal » (Bernier 2001, p. 18).

Un certain dialogue est mené entre l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) et le Groupe Bernier. Des activités sont ajoutées et plusieurs reformulations sont faites pour correspondre à la pratique en cours. Toutefois, l'empiètement sur le diagnostic et sur le jugement médical est refusé de manière ferme et plusieurs changements sont faits sans être présentés aux physiothérapeutes (Bernier 2001, p. 383-390).

La proposition initiale du Groupe Bernier n'a pu être appuyée sur un document écrit fourni à cette fin par l'OPPQ, car l'ordre n'a pas remis de mémoire au préalable. Il a toutefois transmis de la documentation entre les première et deuxième rencontres de discussion (OPPQ, 2001).

Suite à la discussion, le volet cardiorespiratoire est ajouté au champ, « puisque de nombreux physiothérapeutes interviennent à ce niveau ». De plus, le terme « incapacités » vient remplacer « désordres », car ce terme « n'est généralement pas associé au secteur de la réadaptation ». (Bernier 2001, p. 384). À la demande de l'ordre, la prescription d'appareils suppléant une déficience physique, « prévue dans la réglementation qui accompagne la *Loi sur l'assurance maladie* », est ajoutée dans les activités réservées (Bernier 2001, p. 385-386).

L'usage du terme « diagnostic » est revendiqué « en raison du fait que le diagnostic en physiothérapie constitue l'aboutissement de l'évaluation et que, sans se substituer au diagnostic médical, il vient le préciser ». Non seulement le Groupe Bernier ne le concède pas, mais il retire l'identification des incapacités, le jugeant comme étant « une des dimensions de l'évaluation », apparaissant déjà dans le libellé. Il réaffirme le choix de réserver le terme « diagnostic » aux seuls médecins et d'utiliser « évaluation » pour tous les autres groupes. L'ordre accepte en reconnaissant l'importance de l'uniformité dans la terminologie (Bernier 2001, p. 384-385). Le Groupe Bernier explique l'extension du terme en disant « il est implicite qu'une évaluation se traduit par l'établissement d'une opinion ou une impression clinique ou professionnelle ». La différence n'apparaît toutefois pas clairement entre la réalité de ce que constitue un diagnostic aboutissant à un jugement médical et celle d'une évaluation aboutissant à une opinion ou une impression clinique. Dans les deux pratiques, il s'agit de colliger l'information et de déterminer à quelle catégorie appartient le problème, étape préalable au choix d'une solution, ou d'un traitement.

Cette tension semble aussi présente dans la discussion relative aux activités réservées. Ainsi, le Groupe Bernier parle d'évaluer la fonction d'une personne « symptomatique » alors que l'ordre demande qu'il soit question d'une personne « présentant une déficience ou une incapacité » (OPPQ 2001). L'enjeu de cette différence de termes est de reconnaître ou non l'activité d'aller au-delà de la colligation des symptômes pour faire une assignation à une catégorie diagnostique.

L'usage d'aiguilles est ce qui mobilisé le plus d'argumentation. Cette activité n'était pas incluse dans la proposition initiale du Groupe Bernier. L'OPPQ expose toutefois que des aiguilles sont utilisées par les physiothérapeutes pour amener une diminution de douleur, une stimulation intramusculaire ou une réduction d'inflammation. L'ordre souligne la pertinence de cette activité, de même que son caractère suffisamment préjudiciable qu'elle soit réservée.

L'ordre explique qu'il « s'agirait d'un moyen thérapeutique courant », « utilisé par les physiothérapeutes hors-Québec », soutenu par une position claire de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP 2001), « sans toutefois s'inspirer de la philosophie chinoise », mais correspondant plutôt « à la réalité scientifique », se distinguant ainsi de l'activité des acupuncteurs.

En justification de leur usage d'aiguilles, les physiothérapeutes mobilisent plusieurs types d'arguments intéressants. L'OPPQ en invoque le caractère courant ici et ailleurs, faisant appel à l'approbation d'autorités et du nombre, soulignant ainsi sa légitimité sociopolitique, voire sa légitimité cognitive, sa normalité allant de soi. L'ordre dissocie aussi clairement l'usage d'aiguilles ses membres de celle des acupuncteurs en opposant à leur logique traditionnelle de philosophie chinoise une base scientifique. Il se positionne au niveau de la justification abstraite en invoquant encore l'approbation, mais par la science, de haute valeur culturelle. Par exemple, il distingue explicitement les « points-gâchettes » (*trigger points*) ciblés par les physiothérapeutes des points d'acupuncture ciblés par les acupuncteurs. Il souligne aussi que leur objectif n'est pas de soigner les organes comme en acupuncture. Clairement, l'ordre cherche à faire associer les physiothérapeutes non pas à une profession de médecine alternative, mais aux professions scientifiques ayant une plus grande légitimité cognitive et un plus haut statut.

Le Groupe Bernier reconnaît la pertinence d'une électrostimulation, mais remet en question celle de l'insertion d'aiguilles sous le derme. Il laisse en suspens l'inclusion de cette activité réservée et questionne l'ordre sur la part de cet enseignement. L'ordre démontre que ses gradués reçoivent une formation anatomique et physiologique suffisante pour juger des modalités thérapeutiques en général, incluant l'usage d'aiguilles. La modalité impliquant une stimulation avec des aiguilles est toutefois acquise par une formation continue comparable à ce qui existe ailleurs au Canada et attestée par l'Association canadienne de physiothérapie (OPPQ 2001). Le Groupe Bernier accepte d'inclure l'utilisation d'aiguilles parmi les activités réservées, mais en l'accompagnant de conditions et limites qui ne sont pas présentées à l'ordre pour discussion : attestation de formation complémentaire et restriction à l'objectif de réduire l'inflammation en complément avec l'utilisation d'autres moyens.

Deux autres activités sont aussi ajoutées par le Groupe Bernier en fin de processus, suivant les discussions avec d'autres ordres professionnels et sans présentation à l'OPPQ. La première est « utiliser les formes d'énergie invasives à des fins d'évaluation et de traitement », ce qui évite aux physiothérapeutes d'avoir à recourir à un technologue en radiologie, à une infirmière ou à un médecin pour continuer à utiliser des techniques comme la diathermie à onde courte ou les ultrasons. La seconde est de « contribuer aux traitements reliés aux plaies ». Elle « vise à permettre aux physiothérapeutes de continuer d'intervenir, entre autres, auprès des grands brûlés et des amputés » et de « traiter les plaies de pression sévères » dans « la perspective d'obtenir un rendement fonctionnel ».

Les manipulations vertébrales et articulaires sont aussi ajoutées comme activité réservée, pour tenir compte d'un jugement de la Cour d'appel reconnaissant « que les physiothérapeutes peuvent pratiquer des manipulations vertébrales afin d'obtenir le rendement fonctionnel maximum d'une personne » (Thomas c. Ordre des chiropraticiens 2000). On voit ici un bel exemple de la diversité d'acteurs ayant un impact sur la division des rôles au sein du système de santé. Toutefois, parce que ces manipulations présentent un risque de préjudice sérieux, elles sont autorisée sous réserve d'une attestation de formation continue par l'OPPQ.

Réflexions complémentaires sur la place des physiothérapeutes

La négociation de l'OPPQ et du Groupe Bernier montre l'importance des différences de pouvoir dans les stratégies et leurs résultats.

En effet, les revendications de l'OPPQ ont plusieurs fois été soutenues par une stratégie de normalisation, un type d'argumentation visant à en établir la légitimité cognitive, ce qui souligne que les arrangements juridictionnels revendiqués n'allaient pas de soi. Elles sont aussi souvent appuyées par une stratégie d'approbation et plus particulièrement de positionnement par rapport à des autorités (autres organisations, soutien général, nature scientifique, etc.). Cette stratégie est à la frontière des stratégies visant la légitimité cognitive. Dans les deux cas, des juridictions des physiothérapeutes sont défendues par des actions affirmant leur crédibilité ou leur normalité plutôt que par des argumentations rationnelles ou morales. Le jugement passif que ces actions sollicitent concerne les facteurs de pouvoir que sont la légitimité cognitive et sociopolitique (Schéma 3.1 et Tableau 6c). Réciproquement, son avis a plusieurs fois été négligé sans justification explicite. Il semble donc que les arguments n'ont joué qu'un rôle secondaire dans leur négociation. Ceci illustre que l'action rhétorique n'y est qu'un facteur parmi d'autres.

Il serait intéressant d'examiner si les démarches des ostéopathes et des acupuncteurs impliquent les mêmes difficultés et arguments dans leur justifications professionnelles.

Ergothérapeutes

« L'ergothérapeute aide les personnes atteintes d'une incapacité physique, psychologique ou mentale à mieux s'adapter à la vie quotidienne et à retrouver le chemin de l'autonomie » (Québec 2017).

Présentation de la profession

Un baccalauréat donne accès à la profession d'ergothérapeute. On peut noter que le Groupe Bernier distingue bien les cours théoriques en détaillant ce qu'ils incluent alors qu'il mentionne sans détails les « cours ciblant [...] l'acquisition des connaissances et habiletés nécessaires à l'exercice des activités réservées » (Bernier 2001, p. 292-293). Ceci soutient l'idée d'Abbott (1988) que les connaissances académiques, abstraites, sont centrales pour la justification professionnelle.

Son taux horaire est un peu supérieur à celui des autres professions de la santé demandant des études de premier cycle, si on exclut les pharmaciens et les sages-femmes. Ce taux va de 25,50\$ à 45,42\$ pour une moyenne de 35,46\$, par rapport à une moyenne de 33,94\$ pour les autres professions (Québec 2017).

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le champ finalement accordé est exprimé ainsi :

« L'exercice de l'ergothérapie consister à évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, à déterminer une stratégie d'intervention, à développer ses aptitudes, à compenser ses incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter son environnement dans le but de rétablir son autonomie » (Bernier 2001, p. 13).

Malgré un bon nombre de demandes d'ajustements par l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec (OEQ), le libellé final ne diffère pas beaucoup de la proposition initiale. Un document soumis par l'ordre (OEQ, 2001) a constitué la base de cette proposition initiale et l'OEQ a exprimé que « la majorité des éléments soumis par l'Ordre » sont intégrés et que le libellé initial « cerne bien le champ de l'ergothérapie ». Un nombre important de demandes d'ajustement est néanmoins fait et débattu par la suite. Quelques-unes sont acceptées. Globalement, le Groupe Bernier se montre peu conciliant envers les demandes faites par l'OEQ en cours de processus (Bernier 2001, p. 291-300).

L'ordre se questionne « sur le niveau de compréhension du public d'un tel libellé ». Une reformulation est faite pour davantage de clarté pour le public et pour prendre davantage en considération la réalité d'intervention en réadaptation et son processus (Bernier 2001, p. 294-295).

L'évaluation de l'admissibilité à des programmes sociaux est revendiquée comme activité réservée aux ergothérapeutes. Elle ne leur était pas réservée dans la proposition initiale du Groupe Bernier. L'ordre fait valoir « qu'il existe un risque de préjudice grave lorsque le professionnel atteste des aptitudes physiques, intellectuelles et psychosociales d'une personne et émet une opinion qui devient prépondérante pour décider, par exemple, de l'admissibilité à des programmes d'aide financière ou de réadaptation physique, de l'accès à un emploi ou à des études, de l'exercice d'un droit ou d'un privilège ». Ce type de rôle évaluatif faisait partie du noyau d'activités à réserver et le Groupe Bernier avait déjà témoigné qu'il « accorde une grande importance aux fonctions évaluatives [...] notamment dans le contexte de l'exercice d'un droit ou de l'accès à un programme ou à un service ». Cette activité réservée a donc été ajoutée. Leur prérogative a cependant été limitée à l'évaluation des habiletés fonctionnelles. En fin de processus, dans la phase d'harmonisation globale qui a suivi les discussions avec les ordres, le Groupe Bernier a décidé de rendre plus concise la finalité associée à ces évaluations, laquelle devient « pour permettre d'exercer un droit ». Il n'est plus précisé qu'elle concerne « l'accès à un service ou à une prestation », car « l'expression [...] comprend des services, des prestations [...] sans qu'il soit nécessaire de les énumérer » (Bernier 2001, p. 296-299).

La planification des congés est revendiquée, mais écartée sans discussion (Bernier 2001, p. 294).

De manière semblable, la prescription d'appareils suppléant à une déficience physique est accordée comme activité réservée, mais l'optique est de la permettre lorsqu'une telle prescription est exigée pour des fins de remboursement par des tiers payeurs. Il s'agit avant tout d'un rôle d'évaluation en vue de l'allocation de ressources, en particulier par des assureurs externes (Bernier 2001, p. 296-298).

Préciser les types d'appareils pouvant être prescrits est proposé par l'ordre, mais le Groupe Bernier préfère ne pas inclure de liste explicite, pour éviter une énumération qui pourrait s'avérer par la suite indûment restrictive. Par exemple, il est question de l'aide technique à la communication apporté par les ergothérapeutes et la détermination des besoins en vue de l'attribution de ces aides. Cette aide n'entrait pas dans l'énumération proposée par l'ordre, mais constituait un type d'appareils devant continuer à pouvoir être prescrit par la profession. Le type d'appareil pouvant être prescrit n'est donc pas précisé (Bernier 2001, p. 296-298).

Préciser le type d'environnement de l'ergothérapie est demandé à plusieurs occasions et dans plusieurs documents, mais le Groupe Bernier repousse ces demandes en expliquant que « toute énumération revêt un caractère limitatif ». Il maintient que de telles précisions ne sont à faire que lorsqu'elles sont essentielles pour la compréhension du domaine d'intervention. L'ordre

insiste sur l'importance de distinguer l'environnement physique et social et les aspects physiques et mentaux des habiletés fonctionnelles, mais le Groupe Bernier reporte ces considérations à l'étude de la problématique de la santé mentale qu'il entreprend quelques mois plus tard (et qui mènera à la Loi 21). Le volet mental de l'intervention de l'ergothérapeute n'est donc pas considéré et l'expression « habiletés fonctionnelles » est jugée assez englobante pour inclure les aspects physiques et mentaux (Bernier 2001, p. 295).

De même, le Groupe Bernier n'a pas jugé pertinent de préciser que la dysphagie fait partie des problèmes fonctionnels traités. La justification est « qu'il s'agit d'une intervention auprès d'une clientèle particulière ». Or, le Groupe Bernier a « opté pour une approche qui identifie les activités professionnelles à risque de préjudice et ce, quelle que soit la personne en cause ». Il juge également « que les activités qu'il a réservées [...] couvrent les interventions à risque de préjudice auprès des personnes dysphagiques ». L'ordre exprime sa préoccupation que la contribution des ergothérapeutes à leur égard soit mal reconnue. Le Groupe Bernier répond qu'il n'a « aucunement l'intention de limiter la contribution des différents intervenants » et que la contribution des ergothérapeutes à une activité liée à la dysphagie comme la fluoroscopie ne justifie pas qu'elle leur soit réservée. Leur participation n'est toutefois pas empêchée, « dans une perspective d'approche interdisciplinaire » (Bernier 2001, p. 297-298).

Les ergothérapeutes revendiquent aussi de se voir associer la réserve de certaines techniques invasives. Le Groupe Bernier considère toutefois « que cela ne s'avère pas nécessaire [...] compte tenu du fait que les activités réservées à cet égard se situent au-delà de certaines barrières physiologiques que les ergothérapeutes ne franchissent pas [...]. Toute intervention qui se situe en deçà de ces barrières est permise » (Bernier 2001, p. 299).

Réserver le champ descriptif est aussi demandé par l'ordre « de manière à ce que nulle personne non-membre de l'ordre ne puisse prétendre exercer la profession telle que définie ». Il demande aussi le rattachement des principales activités à ce champ. Ce changement structurel dans la démarche du Groupe Bernier n'est pas considéré comme « une avenue à privilégier considérant le mandat [...] d'assouplir, d'alléger et de simplifier le système tout en favorisant la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité ». Le champ reflète « l'essence de la profession ainsi que sa finalité ». Il est aussi défini en suivant un critère de concision fixé au début des travaux. Ce sont des activités spécifiques qui sont réservées, d'où l'importance de les garder distinctes (Bernier 2001, p. 294-295).

Réflexions complémentaires sur la place des ergothérapeutes

L'explicitation du rôle évaluatif des ergothérapeutes donne l'occasion de souligner une fonction importante des professions et en particulier de celles du système public de santé : l'aiguillage vers d'autres services ou vers certains droits, incluant le paiement des honoraires ou du matériel par l'État ou des compagnies d'assurances privées. Quelques professions ouvrent ainsi des accès, ou non, jouant les intermédiaires, ou les entremetteurs (*brokers*). Plusieurs professions voient ainsi leur autonomie balisée dans le droit d'accomplir des activités ou de les voir remboursées, par exemple. S'il y a beaucoup d'autres intervenants dans le parcours de soins, l'autonomie est bien moins grande sur les juridictions impliquées, mais cette inclusion peut permettre d'y exercer un certain contrôle. Celui-ci peut être dominant de manière pratique, intellectuel, ou consultatif. À la limite, si les autres intervenants occupent une grande place ou exercent une autonomie importante, le professionnel est un « intermédiaire devant négocier [...] dans un labyrinthe dicté par d'autres » (Abbott 1988, p. 50).

Les médecins occupent une telle position avec beaucoup de pouvoir, ce qui fait d'eux des portiers (*gatekeepers*) contrôlant l'accès à une portion importante des services de santé, des équipements et de la médication, même lorsqu'ils ne sont pas couverts par des assurances publiques ou privées. Dans une bien moindre mesure, c'est le cas des infirmières au triage des hôpitaux. Les ergothérapeutes accomplissent ce rôle en catégorisant les bénéficiaires relativement à l'admission à divers programmes et droits. Comme les physiothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les ergothérapeutes contrôlent aussi l'accès à diverses prothèses et autres équipements paliant à des déficiences. Le lecteur attentif aura relevé que cette activité correspond bien à la catégorisation diagnostique et à la décision de traitement, même si ces activités sont soigneusement gardés sous le monopole formel des médecins. Cette subordination permet à certaines professions dominantes d'exercer du contrôle au-delà de ce qu'elles peuvent accomplir elles-mêmes.

Travailleurs sociaux

« Le travailleur social aide les gens à résoudre ou à prévenir des problèmes d'ordre personnel, familial ou social comme la violence, le suicide et la délinquance » (Québec 2017).

Présentation de la profession

Les travailleurs sociaux pratiquent peuvent pratiquer après une formation universitaire de premier cycle. Leur taux horaire (23,49\$ à 43,25\$, pour une moyenne de 33,37\$) est dans la moyenne des autres professions nécessitant des études de baccalauréat (33,94\$), si on exclut les pharmaciens et les sages-femmes (Québec 2017). Ils interviennent auprès de clientèles

particulièrement vulnérables (mineurs dont la sécurité ou le développement est compromis et majeurs sous un régime de protection) et peuvent influencer leur prise en charge dans le système public de santé physique. Les travailleurs sociaux pratiquent toutefois surtout à l'extérieur de cette partie du système de santé, au sein des services sociaux.

Les thérapeutes conjugaux et familiaux sont intégrés dans l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec (OTSQ) en 2001, en marge de la démarche aboutissant à la Loi 90. Ainsi, « l'Ordre a réalisé une première [...] canadienne, réunissant [...] des professionnels spécialistes de l'individu, du couple et de la famille. Plus tard, en 2009, [...] la dénomination devient l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec » (OTSTCFQ 2017).

L'OTSQ positionne les travailleurs sociaux avec la mission de « défendre et promouvoir les intérêts du public et pour porter bien haut la flamme de la solidarité sociale, de la justice et de l'équité » (OTSTCFQ 2017). Néanmoins, le public leur fait un peu moins confiance qu'à la moyenne des professions (Léger 2016).

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le domaine des travailleurs sociaux touche à la santé physique, mais parmi un ensemble plus vaste de problèmes personnels, familiaux ou sociaux. La démarche du Groupe Bernier relative aux soins de santé physique du système public a inclus un dialogue avec leur ordre. Son rapport de 2001 inclut même une section consacrée aux travailleurs sociaux. La Loi 90 ne les inclut toutefois pas spécifiquement, sauf indirectement, en modifiant les modalités de certaines activités de leur pratique. C'est plutôt la Loi 21 de 2009 qui ajustera directement le champ de pratique et les activités réservées des travailleurs sociaux.

Le champ de pratique des travailleurs sociaux est défini ainsi : « L'exercice du travail social consiste à évaluer les besoins psychosociaux et communautaires, à déterminer les stratégies et les plans d'intervention, à en assurer la mise en oeuvre afin de rétablir ou d'améliorer le fonctionnement social des personnes, des familles et des collectivités ». Deux activités leur sont réservées : « Procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne mineure dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis; d'une personne majeure en vue de l'ouverture ou de la révision d'un régime de protection; en application d'une loi » et « Décider de l'utilisation et du maintien d'une mesure de contention ou d'isolement » (Bernier 2001, p. 21). Aucune activité n'était précédemment réservée aux travailleurs sociaux.

Les travailleurs sociaux se voient donc confirmer leur rôle central dans l'évaluation des clientèles vulnérables. En cours de processus, le Groupe Bernier a restreint et précisé ce qui est

inclus dans l'activité d'évaluation réservée aux travailleurs sociaux, en changeant « personnes dont la condition est perturbée » pour qu'elle devienne la définition plus énumérative qui est présentée au paragraphe précédent. Cette restriction du domaine réservé a été demandée par l'OTSQ elle-même pour éviter d'empêcher les personnes non-membres d'exercer des activités prévues, en particulier dans les Centres jeunesse. La définition proposée par le Groupe Bernier a été acceptée par l'ordre « sous réserve de précisions futures concernant le concept de protection ». Après la révision d'ensemble, le Groupe Bernier précise davantage le moment et le type de clientèle pour lesquels l'activité est réservée à un travailleur social. Il précise aussi « que d'autres professionnels du secteur de la santé mentale seront aussi appelés à réaliser cette activité » (Bernier 2001, p. 419-426).

La contention et l'isolement ont été les objets de la discussion avec l'OTSQ qui ont amené l'impact le plus remarquable sur la Loi 90. En effet, le Groupe Bernier « a été sensibilisé aux préjudices [...] lorsqu'il y a utilisation et maintien de mesures exceptionnelles comme la force et l'isolement. [...] Malgré que [la loi] balise l'utilisation de ces moyens [...], le groupe de travail a décidé de recommander que cette activité soit réservée [...] aux travailleurs sociaux, aux médecins et aux infirmières ». La formation des travailleurs sociaux a été jugée suffisante pour prendre décision de l'utilisation de ces mesures. Toutefois, il a été jugé « important d'adapter les programmes de formation pour permettre l'exercice [...] de cette activité sur le terrain ». De plus, « puisqu'il s'agit d'une activité nouvelle confiée à ces professionnels », le Groupe Bernier « souhaite qu'une formation continue soit suivie par les membres qui sont susceptibles de l'exercer ». (Bernier 2001, p. 420-421).

Pendant le processus aboutissant à la Loi 90, aucun document écrit n'a été présenté par l'OTSQ. Plusieurs discussions sont néanmoins rapportées par le Groupe Bernier.

Réflexions complémentaires sur la place des travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux reçoivent une importante juridiction de contrôle d'accès (*gate keeping*), comme les ergothérapeutes et les médecins. Leur domaine de contrôle est toutefois plutôt l'accès aux services sociaux.

L'implication des travailleurs sociaux dans le processus aboutissant à la Loi 90 amène aussi la reconnaissance de la dimension communautaire en plus des dimensions psychosociales de la santé, « confirmant ainsi l'exercice du travail social auprès des collectivités ». Le rôle des travailleurs sociaux non seulement dans la mise en œuvre des interventions, mais aussi dans la décision de les entreprendre ou dans leur planification est aussi explicité.

AUTRES PROFESSIONS ACCEPTANT PLUTÔT LE LEADERSHIP DES MÉDECINS

Les professions qui suivent ne remettent pas en question la centralité des médecins dans les propos qui ont pu être consultés.

Infirmières auxiliaires

« Fidèle collaborateur des infirmiers, des médecins et des autres professionnels de la santé, l'infirmier auxiliaire est également très près des patients » (Québec 2017).

Présentation de la profession

Les infirmières auxiliaires sont essentiellement des aides. Leur formation, un diplôme d'études professionnelles (DEP) de 2 ans, les distingue de toutes les autres professions. En effet, leur formation est la seule du système professionnel québécois à ne pas devoir être précédée d'un secondaire V, et même la seule à ne pas demander des études collégiales. Elle est en fait similaire à la formation des métiers. Leur rémunération de base (24,47\$/h en moyenne en 2017, soit environ 49 000 \$/an), est inférieure à celle des salariés des organisations de plus de 200 employés au Québec (61 000 \$/an), même si les infirmières auxiliaires bénéficient d'un système de primes qui rehaussent leur rémunération globale, comme les infirmières (Québec 2017).

Dans le système de santé, les infirmières auxiliaires sont en fait comparables aux préposés aux bénéficiaires (PAB) dans leur niveau d'études, leurs conditions de travail et leurs fonctions. En effet, devenir PAB demande aussi un diplôme d'études professionnelles, de 7 mois plutôt que 2 ans. La rémunération des infirmières est plus élevée de 20%, mais les PAB bénéficient du même système de primes (Québec 2017). Les fonctions des infirmières auxiliaires sont un peu moins associées aux soins de base et à l'assistance physique, mais plusieurs de leurs activités réservées peuvent aussi être accomplies par les PAB dans les milieux de vie substitut ou en situation d'urgence, incluant l'administration des médicaments « par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale et par inhalation ainsi que l'insuline par voie sous-cutanée ». Tous les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne ou d'aide pour les auto-soins peuvent aussi être accomplis par les PAB, car ils ne sont pas considérés comme des activités réservées (Bernier 2001, p. 8-9). Les fonctions des infirmières auxiliaires se distinguent de celles des PAB par l'autorisation à accomplir ces tâches en milieu hospitalier.

Négociation aboutissant à la Loi 90

La plupart des actes précédemment délégués aux infirmières auxiliaires ou faisant partie de la pratique courante sont repris dans les activités réservées par la Loi 90, à l'exception du service interne et externe dans les salles d'opération. Leur formation est jugée globalement adéquate, sauf pour l'usage des voies intraveineuses, mais la recommandation du Groupe Bernier est néanmoins d'en permettre l'exercice en rehaussant la formation, « car il s'agit d'une mesure nécessaire d'adaptation de la pratique aux réalités du milieu ».

L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) demande plusieurs élargissements de son champ de pratique (OIIAQ 2001), notamment que soient ajoutés « les éléments d'enseignement et d'information ainsi que la contribution [...] aux méthodes diagnostiques [...] ». Or, le Groupe Bernier avait déjà décidé que « l'enseignement et la recherche feront l'objet d'une disposition [...] pour l'ensemble des professions », tout comme l'information. Cet élargissement n'est donc pas fait au champ lui-même. La contribution aux méthodes diagnostiques est quant à elle reconnue dans l'inclusion au champ de la contribution à l'évaluation de l'état de santé et par les activités réservées qui sont en lien avec les prélèvements et de l'observation de l'état du patient. Plusieurs des activités dont la réserve est demandée par L'OIIAQ sont des activités d'auto-soins, lesquels sont plutôt dérèglementés. L'OIIAQ demande aussi que lui soit réservé le service interne et externe en salle d'opération, mais cette demande n'est pas exaucée. Ce service aux salles d'opération, « bien qu'actuellement délégué aux infirmières auxiliaires », ne comporte pas « un risque de préjudice sérieux ainsi qu'une complexité d'exécution » qui en justifierait la réserve. La recommandation est de leur permettre, mais de ne pas leur réserver.

Un dialogue important a eu lieu avec l'OIIAQ relativement au balisage des pratiques permises à des non-professionnels. Le Groupe Bernier écarte toutefois la demande de l'ordre de réserver plusieurs des activités en le justifiant par « son mandat qui est de simplifier, d'assouplir, d'adapter l'encadrement professionnel aux réalités du milieu », ce qui aura « éventuellement comme effet de permettre la réalisation de gestes ou d'activités par des non-professionnels ». Par ailleurs, il « n'entend pas fournir une définition de ce qui sera permis aux non-professionnels, mais bien [...] d'identifier clairement ce qui doit être fait par des professionnels ». Notamment, il explique à l'OIIAQ qu'il « envisage de recommander que les gestes assimilés à des auto-soins, même lorsqu'ils sont posés par des intervenants, ne soient pas considérés comme des activités réservées ». (Bernier 2001, p. 330-331). C'est ce qu'ils recommande (Bernier 2001, p. 9).

Réflexions complémentaires sur la place des infirmières auxiliaires

La Loi 90 consacre un partage général des activités des professions de statut plus élevé avec des professions de moindre statut sur le motif principal de favoriser l'accès et d'officialiser des pratiques déjà en place.

Pour les infirmières auxiliaires, cette répartition accroît la variété d'actes qu'elles peuvent légalement poser, mais un peu indépendamment de leurs revendications, voire à l'encontre de leur visée de limiter le partage de leurs juridictions avec des occupations non-professionnelles.

En effet, cette ouverture des activités vers les travailleurs de moindre statut leur fait perdre l'exclusivité de plusieurs tâches qui deviennent permises pour des non-professionnels. Ceci retire le statut professionnel de bon nombre de leurs tâches spécifiques pour en faire des activités de routine pouvant être réalisées par des non-professionnels comme les PAB, les aidants naturels et les patients eux-mêmes.

Les infirmières auxiliaires voient donc augmenter la variété des tâches qu'elles peuvent légalement poser, mais se restreindre celle qu'elles posaient de manière exclusive. Nous pouvons nous demander si cela ne diminue pas leur statut pour le rapprocher de celui des préposés aux bénéficiaires.

Technologistes médicaux

« Le technologiste médical effectue en laboratoire des analyses de produits biologiques en vue de permettre au médecin de diagnostiquer les maladies » (Québec 2017).

La réalisation d'analyses biomédicales fiables est la raison d'être de cette profession encadrée par l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ). Les médecins sont cependant responsables de décider de l'analyse et de l'interprétation de ses implications pour la pathologie et le patient. Le Groupe Bernier aboutit à la définition que : *« la technologie de laboratoire médical consiste à effectuer sur le corps humain ou à partir de spécimens, des analyses et des examens prescrits dans le domaine de la biologie médicale et à assurer la validité des résultats à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique »* (Bernier 2001, p. 20).

Présentation de la profession

Les technologistes médicaux ont une formation collégiale et une rémunération moyenne de 27,17\$/h. Les autres professions de la santé qui demandent ce niveau d'études ont toutes une rémunération semblable (Québec 2017). Assez clairement, les technologistes médicaux ont moins d'autonomie que les infirmières du même niveau d'études, ou même que les inhalothérapeutes,

car leur rôle n'est pas de poser des jugements cliniques ni même de juger de la pertinence d'une analyse ou de sa signification pour le patient. Aussi, aucune profession ne dépend de ses directives ou ne lui est subordonnée. Son statut est donc très faible.

Il existe plusieurs occupations non-professionnelles, mais demandant le même niveau d'étude et fonctionnant de manière comparable, comme par exemple celle des cytologistes, des techniciens en diététique ou des techniciens en génie biomédical. Ces occupations ont une rémunération un peu plus basse (25,95\$/h en moyenne) (Québec 2017).

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le dialogue avec l'OPTMQ fait évoluer le champ de pratique et les activités réservées que recommandait initialement le Groupe Bernier. Le libellé final intègre la plupart des suggestions, quoiqu'avec des modifications issues de la réflexion du Groupe Bernier et des négociations avec les autres ordres. Il est à noter que les revendications de l'OPTMQ ne sont connues qu'à travers le rapport préliminaire du Groupe Bernier. En effet, l'Ordre ne livre pas ses arguments sous forme de mémoire ou d'autres documents écrits dont la mention a pu être trouvée.

Par rapport au libellé initial, le Groupe Bernier accepte après discussion d'accroître le domaine des technologistes médicaux en incluant le corps humain en plus des spécimens comme objet des analyses et examens. Cette modification est justifiée par le fait que les technologistes contribuaient déjà aux analyses de cette manière. L'ordre suggère aussi que la validité à assurer soit non seulement « technique », mais « technoscientifique ». Ceci exprime la scientificité de la pratique en plus d'élargir les éléments à considérer. Le Groupe Bernier ne retient pas ce qualificatif, mais choisit d'inclure la validité globale des analyses et examens réalisés. L'ordre propose aussi d'étendre cette responsabilité à la viabilité des résultats, mais le Groupe Bernier ne retient pas cet aspect lié à l'interprétation des analyses. Le droit d'administrer des médicaments, d'utiliser les veines périphériques et de pratiquer des phlébotomies est demandé par l'ordre. Le Groupe Bernier accepte de les inclure en leur apposant des conditions : une formation complémentaire pour l'administration des médicaments; le suivi d'un protocole ou d'une règle de soins infirmiers pour la voie intraveineuse; et une ordonnance médicale avant de poser un geste associé à l'une de ces trois activités concédées.

Quelques modifications sont aussi faites sans être présentées à l'OPTMQ, à l'étape d'harmonisation des champs et activités réservées de tous les ordres. Certaines correspondent à des demandes de l'ordre, comme celles touchant au type de validité à assurer, décrite ci-haut. D'autres ne sont pas discutées, notamment la restriction de l'emploi des voies intraveineuses à des points d'entrée périphériques et l'ajout comme condition pour la réalisation des analyses et des examens de la prescription (Bernier 2001, p. 401-409).

Réflexions complémentaires sur les technologistes médicaux

La profession s'avère essentiellement au service de la profession médicale, mettant en oeuvre les techniques impliquées par les tests prescrits et fournissant des informations pour le diagnostic. Elle occupe cette position clairement subordonnée à celle du médecin et elle le fait sans contestation notable.

L'ordre demande quelques accroissements de son domaine et de son autonomie, mais la réaffirmation de sa subjugation sous le jugement médical ne semble pas contestée. Sa position reste une position d'exécutant, le jugement de la pertinence de faire une analyse et de son implication pour la pathologie et le patient restant du domaine exclusif du médecin.

Il semble aussi que les frontières de son champ soient fragiles, avec plusieurs chevauchements et revendications possibles d'occupations non-professionnelles apparentées. Elle est plausiblement protégée de la déprofessionnalisation par son alignement avec les médecins et par la spécialisation des techniques et des équipements nécessaires à sa pratique.

Technologues en radiologie

« L'exercice de la technologie de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie consiste à utiliser les radiations ionisantes, les radioéléments et autres formes d'énergie pour réaliser un traitement ou pour produire des images ou des données à des fins diagnostiques ou thérapeutiques », champ descriptif final (Bernier 2001, p. 411).

Cette profession se constitue autour de l'expertise relative à des instruments spécifiques, d'abord en simple regroupement d'utilisateurs de rayons X (1941), puis en association professionnelle de techniciens en rayonnements ionisants (1961). Le statut professionnel est officialisé avec la création du Code des professions (1973), et le terme de « technologue » est adopté pour refléter l'évolution des responsabilités (1994). Pendant le processus aboutissant à la Loi 90, la profession est ainsi définie et encadrée par l'Ordre des technologues en radiologie du Québec (OTRQ). Par la suite, le titre est ajusté pour refléter un champ plus large, puis la profession est scindée en deux : technologues en imagerie médicale et technologues en radio-oncologie, utilisant des énergies respectivement pour produire des données à des fins diagnostiques ou pour réaliser un traitement (2009). Plus récemment (2012), les technologues en électrophysiologie médicale sont joints à l'ordre, qui chapeaute maintenant trois professions distinctes (OTIMROEPMQ 2018).

Présentation de la profession

La spécialité technique qui est au coeur de la profession s'acquiert par une formation collégiale. Elle donne présentement accès à une rémunération allant de 22,05 \$ à 32,28 \$, pour une moyenne de 27,03 \$, proche de la moyenne pour les professions du même niveau de formation, (27,63\$/h) (Québec 2017). La subordination des technologues aux médecins, à travers les ordonnances, est claire et n'est pas contestée pendant le processus : le technologue en radiologie fournit des données au médecin pour le diagnostic ou applique un traitement suivant un jugement médical.

Négociation aboutissant à la Loi 90

Le champ de pratique est élargi et précisé suivant les demandes de l'ordre, tout comme le titre et les activités réservées. Un changement de titre est demandé pour impliquer non seulement les radiations, mais aussi d'autres formes d'énergie en devenant « technologue de l'imagerie médicale et de la radio-oncologie ». Une extension de l'ensemble des technologies associées est aussi demandé pour inclure non seulement celles qui impliquent des radiations ionisantes, mais aussi des radio-éléments. Le Groupe Bernier proposait déjà d'inclure explicitement les « autres formes d'énergie ». Par ailleurs, l'ordre demande d'élargir les activités réservées en retirant la restriction qu'elles impliquent des énergies comportant spécifiquement des risques pour la santé humaine. Le Groupe Bernier justifie cette restriction en lien avec l'importance de réserver les directement activités risquées ou pouvant induire des diagnostics erronés, mais il concède que l'expression n'est pas essentielle à la définition. L'ordre demande de resserrer les activités réservées en n'y incluant pas les ultrasons. Le Groupe Bernier accepte (Bernier 2001, p. 415-417).

D'autres revendications de l'ordre ne sont pas acceptées par le Groupe Bernier. Ainsi, la proposition que le domaine soit restreint aux êtres vivants, car le Groupe Bernier ne juge pas nécessaire de rendre explicite cette restriction, expliquant qu'elle « va de soi [...] en raison des finalités qui lui sont associées » (Bernier 2001, p. 415).

Plusieurs autres modifications sont aussi amenées par le Groupe Bernier en cours de processus, sous l'influence des négociations menées avec d'autres ordres professionnels. Les principales sont une généralisation des médicaments et autres substances pouvant être administrées, de même que des voies d'administration et des instruments pouvant être introduits dans le corps. Une restriction importante est ajoutée à toutes les activités des technologues sauf celle de la surveillance du patient : une ordonnance sera nécessaire. Cette ordonnance pourra toutefois être produite non seulement par des médecins, mais aussi par des dentistes, chiropraticiens, médecins vétérinaires, podiatres et certaines catégories d'infirmières (Bernier 2001, p. 416-418).

Inhalothérapeutes

L'inhalothérapeute s'occupe des soins du système cardiorespiratoire en intervenant dans les situations d'urgence et dans le traitement de certaines maladies respiratoires (Avenir-Santé 2017).

Présentation de la profession

La profession d'inhalothérapeute demande une formation collégiale et permet présentement de gagner entre 23,13 \$ et 33,82 \$ avec une moyenne de 28,48 \$, plus diverses primes liées aux conditions d'exercice (Québec 2017), soit environ 1 \$/h de plus que la moyenne des autres professions de la santé demandant le même niveau d'études. Les inhalothérapeutes exercent leur autonomie professionnelle dans la surveillance de l'état des personnes, mais toutes leurs autres activités réservées se font dans le cadre d'ordonnances médicales : assistance ventilatoire, administration de médicaments, introduction d'instruments dans le corps, prélèvements et épreuves respiratoires. L'assistance anesthésique est reconnue comme ayant un statut particulier, car les interventions anesthésiques qu'elle implique comporte un risque élevé de préjudice et s'exercent souvent sans la présence de médecins, même si elle s'exerce en principe sous l'autorité de médecins anesthésistes. Cette activité est associée à un volet de pratique avancée pour lequel une formation supplémentaire est jugée nécessaire (Bernier 2001, p. 335-338). La profession des inhalothérapeutes est donc clairement subordonnée à celle des médecins, et plus spécifiquement à celle des médecins anesthésistes.

Négociation aboutissant à la Loi 90

La pratique de l'inhalothérapeute « consiste à contribuer à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique, à contribuer à l'anesthésie et à traiter des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire », conclut le Groupe Bernier. Il amène aussi à leur réserver des activités en continuité avec des actes déjà délégués en vertu du *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*. En effet, ils sont déjà associés à des interventions associées à l'anesthésie et à la respiration artificielle, en collaboration avec les médecins anesthésistes (Bernier 2001, p. 15).

La proposition initiale du Groupe Bernier est modifiée à plusieurs niveaux au cours du processus aboutissant à la Loi 90.

Le dialogue avec l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) amène plusieurs modifications. La principale concerne le noyau de leur fonction en salle de chirurgie. Pour le Groupe Bernier, il était constitué par l'évaluation de la fonction respiratoire des personnes sous anesthésie. L'OPIQ fait apparaître que la contribution des inhalothérapeutes

incluait un bon nombre d'actes d'assistance anesthésique et cardiorespiratoire. L'assistance anesthésique est alors ajoutée comme activité réservée, sous réserve d'une formation additionnelle. Par ailleurs, l'expression « cardiorespiratoire » vient remplacer « respiratoire » pour décrire l'objet d'intervention, car « la pratique actuelle de l'inhalothérapie permet difficilement de dissocier le cardiaque du respiratoire » (OPIQ 1998).

La majeure partie du dialogue avec l'OPIQ porte sur la délimitation des termes et des responsabilités. Par exemple, l'ordre demande de préciser si l'installation de l'intraveineuse est permise en plus de l'administration de substances par cette voie. Il demande aussi s'il sera permis aux inhalothérapeutes non seulement d'insérer, mais aussi de retirer un corps étranger du corps, comme lors d'une extubation. De même, il demande de préciser si les activités touchent à la sédation comme à l'analgésie. Il y a aussi des interrogations concernant les situations où l'assistance anesthésique s'effectue sans la présence d'un anesthésiste, comme lorsque l'anesthésie sous sédation est administrée par le chirurgien. On peut remarquer qu'il s'agit de questions et non de revendications. Le Groupe Bernier répond que les termes sont à comprendre dans leur sens général.

Il n'est pas jugé bon de réserver les épreuves d'évaluation de la fonction cardiorespiratoire, même si ces épreuves sont réalisées selon une ordonnance médicale. Ce sera plus tard révisé.

Réflexions complémentaires sur la place des inhalothérapeutes

La profession est clairement subordonnée à celle des médecins, même si les médecins ne sont pas toujours présents. Ceci est un cas particulier de subordination de principe même lorsqu'il y a une autonomie de fait. Abbott (1988) fait état de ce genre de situation où la juridiction de la profession dominante est en fait trop grande pour sa capacité d'exercice et où elle est effectivement exercée par des travailleurs qui leur sont subordonnés. La situation qu'il décrit pour les psychiatres et ceux qui pratiquent réellement en institution psychiatrique est exemplaire. Que cette situation de faiblesse juridictionnelle perdure témoigne des pouvoirs de la profession dominante.

Le processus de négociation de la juridiction des inhalothérapeutes ne paraît pas être une lutte pour l'accroître ou la réduire, mais plutôt pour délimiter des fonctions déjà exercées, de manière à en clarifier les limites. Ses responsabilités restent relativement floues et subordonnées aux besoins du milieu de pratique, où manquent les médecins anesthésistes.

Discussion

(chapitre 6)

Une réflexion critique est ici présentée. Les observations sont confrontées entre elles (Tableaux 6a et 6b). Elles sont aussi comparées avec celles d'études similaires. Le cadre théorique, quant à lui, est discuté à la lumière des observations et des interprétations croisées qui en sont issues. Des points de correspondance et de divergence sont recherchés. Une hypothèse avec des implications stratégiques est formulée quant au lien entre statut, intention de changement ou de maintien du statu quo, légitimité cognitive du statu quo et type de stratégie rhétorique (Tableaux 6c et 6d). La validité et la généralité des observations, des hypothèses et des théories sont ensuite discutées. Les apports et limites de ce mémoire sont finalement soulignés, de même que des approfondissements susceptibles de le prolonger et de l'appuyer.

Résumé des observations

En bref, la négociation met à l'avant-scène les médecins et les infirmières. Les médecins revendiquent le maintien de leur liberté et de leur contrôle des autres professions. En appui, ils invoquent surtout leur supériorité issue d'une formation plus scientifique, approfondie et englobante. Les infirmières demandent des équipes véritablement interdisciplinaires où chaque profession serait autonome dans son champ de compétence. Leur argumentation invoque surtout l'efficacité, la normalisation de pratiques déjà en place et l'inévitabilité téléologique de maximiser le potentiel des intervenants. Elle s'appuie aussi sur l'accessibilité, la globalité et la qualité des services (D'Amour 2009). Le chapitre 5 illustre davantage les arguments de chacune des parties prenantes.

Les autres professions forment trois groupes. Quelques-unes ne remettent pas en question leur subordination ou le leadership des médecins. Ces professions (infirmières auxiliaires, technologues médicaux, technologues en radiologie et inhalothérapeutes) recherchent globalement une clarification de leurs responsabilités. Les sages-femmes forment un autre groupe. Dans la négociation observée, elles ne rejettent pas l'hégémonie des médecins, mais revendiquent le partage de la portion des grossesses, des accouchements et des périodes post-natales normales dont elles s'occupent tout en y acceptant le contrôle intellectuel et consultatif des médecins, de même que leur contrôle pratique dès qu'un d'eux est présent. En quelque sorte, elles demandent une dominance semblable à celle des médecins sur cette juridiction bien circonscrite. Pour ce faire, elles mettent en valeur la normalité historique de leur pratique et son efficacité pour les bénéficiaires et la santé publique. Les autres professions (pharmaciens, orthophonistes et audiologistes, diététistes, physiothérapeutes,

ergothérapeutes et travailleurs sociaux) revendiquent aussi un accroissement de leur autonomie, mais elles mobilisent une argumentation semblable à celle des infirmières. Aucune n'appuie cependant les revendications des infirmières ou ne s'oppose directement aux médecins. Au chapitre 2, il a été vu que l'argumentation de l'Office des professions, du Groupe Bernier et du législateur ressemble en bonne partie à celle des infirmières.

Le résultat de la négociation est un partage légal d'un bon nombre de juridictions auparavant en principe sous le contrôle exclusif des médecins. Il s'agit donc d'une érosion de leur dominance, mais aussi d'une consolidation, selon que l'attention est portée sur le contrôle des conditions d'exercice ou sur le statut au sein du système de santé (Hudon, Mathieu & Martin 2009). Les médecins se voient en effet confirmer leur position de contrôle intellectuel, consultatif ou pratique sur presque toutes les activités des autres professions, en particulier avec la consécration de leur exclusivité concernant le diagnostic et la quasi-totalité des prescriptions.

Réflexions sur les observations

Bien que toutes les parties prenantes s'entendent sur l'impératif de collaboration, elles sont aussi impliquées dans une dynamique de compétition bien documentée.

Toutes les parties prenantes cherchent à se justifier par rapport à une norme clairement partagée, celle de l'efficacité à protéger le public et à lui fournir des services accessibles et de qualité à travers une meilleure collaboration entre professionnels de la santé et des services sociaux, de même qu'à travers un encadrement adéquat par la loi et les ordres. C'est le cas aussi pour les médecins ou les sages-femmes, même s'ils mobilisent principalement une stratégie rhétorique différente. Les stratégies sont présentées au tableau 3.8a et les observations sont exposées au chapitre 5. L'argumentation téléologique orientée par l'efficacité est particulièrement importante pour les infirmières. Elle se confond avec une argumentation éthique où le bien et l'efficacité technique correspondent. Avec les autres professions qui soutiennent plus fortement l'autonomie de professionnels oeuvrant en collaboration (pharmaciens, orthophonistes et audiologistes, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, et travailleurs sociaux), les infirmières mobilisent aussi des arguments d'inévitabilité cosmologique de la montée de l'autonomie des professions et des équipes interdisciplinaires.

Les médecins et plusieurs autres comme les sages-femmes présentent davantage des arguments historiques et ontologiques.

Sommaire et comparaisons des observations

Trois niveaux de statut sont attribués aux parties prenantes. Le statut le plus élevé incombe aux médecins. Ceux-ci se démarquent de manière évidente notamment par la rémunération (95,12\$/h en moyenne pour les omnipraticiens et plus de 123\$/h pour les spécialistes (Avenir Santé 2017)), par l'autorité en milieu de pratique et sur l'opinion publique, de même que par l'influence sur le processus législatif. Dans la négociation aboutissant à la Loi 90, leur position est suffisamment dominante pour contrer en bonne partie la volonté des instances qui les régissent. Le législateur, le groupe Bernier et l'Office des professions sont aussi mentionnées parmi les principales parties prenantes. Leur statut est élevé, puisqu'elles sont au centre des décisions ou en principe au-dessus des ordres professionnels et responsables de régir l'environnement complexe et contraignant que constitue le secteur de la santé et le système professionnel. Le statut faible est attribué aux professions qui ne demandent pas d'études universitaires (infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, technologues en radiologie et technologues médicaux). Leur revenu est nettement moindre (27,63\$/h) et elles sont étroitement subordonnées à d'autres professions, essentiellement des médecins et des infirmières. Le statut médian est attribué aux professions non-médicales demandant une formation universitaire (infirmières, sages-femmes, diététistes, ergothérapeutes, orthophonistes et audiologistes, pharmaciens, physiothérapeutes et travailleurs sociaux). Elles disposent d'une autonomie plus grande, quoique encadrée par des ordonnances de médecins. Leur rémunération (36,58\$/h) est intermédiaire entre celles des médecins et des professions de faible statut. Les professions d'un même niveau de statut montrent d'ailleurs des similarités dans leur argumentation, comme il sera élaboré en commentant Bucher (2016).

Relation entre statut et revendication quant à la coordination des équipes interprofessionnelles (Tableau 6a)

	Revendication quant à la coordination des équipes interprofessionnelles	
Statut	<i>Leadership et subordination</i>	<i>Collégialité et autonomie</i>
<i>Élevé</i>	Médecins	(Législateur) (Groupe Bernier) (Office des professions)
<i>Médian</i>	Sages-femmes	Infirmières Diététistes Ergothérapeutes Orthophonistes & Audiologistes Pharmaciens Physiothérapeutes Travailleurs sociaux
<i>Faible</i>	Infirmières auxiliaires Inhalothérapeutes Technologues en radiologie Technologues médicaux	

Une relation peut être établie entre le statut et la revendication quant à la coordination des équipes interprofessionnelles (Tableau 6a). Trois groupes revendiquent ou acquiescent au leadership des médecins. Il y a les médecins eux-mêmes. Il y a également les professions de faible statut. Il y a aussi les sages-femmes, qui revendiquent leur propre leadership dans un domaine bien circonscrit des accouchements et de la périnatalité tout en acceptant leur subordination aux médecins lorsque l'un d'eux est présent ou lorsqu'une situation anormale est détectée. Les autres professions de statut médian revendiquent plutôt la collégialité pour la direction des équipes interprofessionnelles, de même qu'une autonomie accrue pour les professionnels non-médicaux. Les infirmières sont les plus revendicatrices. Les autres professions de statut médian constituent un autre groupe. L'Office des professions, le Groupe Bernier et le législateur constituent le dernier groupe de parties prenantes considérées dans l'analyse. Malgré leur neutralité de principe, ils sont juges et parties. En effet, ils définissent largement le projet (Chapitre 2) tout en étant très influencés par le Collège des médecins à travers le Groupe Bernier.

Comme il a été vu dans la présentation des observations (Chapitre 5), les parties prenantes peuvent être associées en quelques groupes en fonction de leur argumentation. Le tableau qui suit (Tableau 6b) illustre les liens entre le statut des parties prenantes, leurs revendications, les stratégies rhétoriques déployées et leur succès.

Relation entre les principales stratégies rhétoriques, les revendications, leur succès et le statut des parties prenantes (Tableau 6b)

<i>Partie prenante</i>	<i>Statut</i>	<i>Revendications re:</i>			<i>Stratégies rhétoriques principales</i>	<i>Résultat</i>
		<i>Coordination des équipes</i>	<i>Statu quo préalable</i>	<i>Bernier initial</i>		
Médecins	Élevé	Leadership	Maintien	Restriction	Normalisation	Succès
Inhalothérapeutes	Faible	Leadership	Peu	Extension	Normalisation	Succès
Tech. radiologie	"	"	"	"	"	"
Tech. médicaux	"	"	"	"	"	"
Inf. auxiliaires	"	"	Maintien	"	Rationalisation	Échec
Sages-femmes	Médian	Leadership	Changement	Extension	Normalisation	Succès
Infirmières	"	Collégialité	Changement	Extension	Rationalisation	Échec
Orthophonistes & Audiologistes	"	"	Changement	Extension	Rationalisation	Échec
Ergothérapeutes	"	"	"	"	"	Échec
Trav. sociaux	"	"	"	Restriction	"	Succès
Diététistes	"	"	Maintien	Extension	Normalisation	Échec
Pharmaciens	"	"	Changement	"	"	Succès
Physiothérapeutes	"	"	"	"	"	Succès
Office	Élevé	Collégialité	Changement	n/a	Rationalisation	Échec
Groupe Bernier	"	"	"	"	"	"
Législateur	"	"	"	"	"	"

Le « Statu quo préalable » correspond aux arrangements juridictionnels qui existaient au niveau législatif avant la Loi 90. Son « maintien » peut donc contredire en partie les propositions initiales du Groupe Bernier, lequel prône un changement significatif en faveur de la collégialité et de l'autonomie des professions. Son « changement » peut être aligné ou non avec ces propositions. Sous « Bernier initial », le tableau indique si la partie prenante revendique plutôt une « extension » ou une « restriction » par rapport aux propositions présentées en début de processus. Pour y arriver, deux types de stratégies rhétoriques sont principalement déployées, la « rationalisation » et la « normalisation ». Les autres types du tableau 3.8a sont observées à un degré moins distinctif. La dernière colonne du tableau donne une indication du « résultat » des stratégies rhétoriques qui ont été utilisées. Un « succès » implique que les revendications sont globalement traduites dans les recommandations finales de Bernier (2001). Pour l'Office des professions, le Groupe Bernier et le législateur, l'indication d'un « échec » concerne la réorganisation de la législation de manière à favoriser une division du travail professionnel autour d'équipes de professionnels autonomes se coordonnant de façon collégiale. Les juridictions médicales ont été partagées, mais restent sous l'autorité consultative, intellectuelle et souvent pratique de médecins. Cette évaluation du succès des stratégies rhétoriques gomme beaucoup de nuances. En effet, des centaines de revendications particulières sont englobées.

L'examen du tableau 6b montre l'association entre le statut et certains types de revendications, de stratégies et de résultats. En particulier, la normalisation est la stratégie rhétorique principale pour presque toutes les parties prenantes revendiquant ou acquiesçant au leadership des médecins, c'est-à-dire alignées avec l'ordre établi. Les infirmières auxiliaires se distinguent par la rationalisation qu'elles utilisent pour plaider sans succès l'exclusion des non-professionnels d'une partie de leurs juridictions. Pour les professions qui revendiquent la collégialité, la stratégie rhétorique principale est soit la rationalisation, soit la normalisation. Toutes demandent des changements aux juridictions établies, sauf les diététistes qui plaident plutôt pour la reconnaissance légale de pratiques déjà en place. On peut remarquer que, dans presque tous les cas, les professions qui utilisent la normalisation réussissent et celles qui utilisent la rationalisation échouent. Les diététistes constituent une exception en échouant avec une stratégie principale de normalisation, possiblement parce que la normalité qu'ils prônent n'est pas bien alignée avec celle du Groupe Bernier. Les travailleurs sociaux constituent une autre exception en réussissant avec une stratégie principale de rationalisation, possiblement parce qu'ils visent des problèmes à la marge du domaine médical. Une hypothèse (Tableau 6c) et des recommandations (Tableau 6d) sont tirées de ces corrélations interprétées à la lueur du cadre théorique et présentées ci-dessous.

Discussion sur les stratégies rhétoriques particulières

L'exclusivité des médecins a bien été amoindrie par la Loi 90, laquelle amène le partage officiel de plusieurs de leurs juridictions. Néanmoins, sauf quelques exceptions, les juridictions partagées demeurent soumises à leur pouvoir discrétionnaire. La pratique des années suivantes montre aussi que peu de pouvoir a été de fait cédé. Comment l'expliquer ?

La théorie sur la stabilité institutionnelle qu'expose Bitektine (2015, p. 53-57, 65-68) explique bien les observations. Elle y trouve aussi une certaine corroboration. En effet, on a vu que la stratégie rhétorique mobilisant la normalité historique et ontologique en soutien de l'exclusivité décisionnelle des médecins apparaît moins convaincante que la stratégie de raison utilitaire alignée avec l'efficacité du système de santé et de services sociaux que mobilisent les infirmières. Il a été exposé que le jugement de légitimité tend à être passif en situation de stabilité. Le jugement s'appuie alors sur l'opinion publique perçue, avec des pressions de conformité favorisant la persistance des institutions. À moins que le statu quo semble problématique et qu'une alternative valide existe, les institutions tendent à être maintenues par les dynamiques liées à la légitimité. Les stratégies appuyant la légitimité cognitive, notamment de normalisation, sont alors plus efficaces. C'est seulement lorsque le statu quo est controversé que les stratégies demandant un jugement actif – c'est-à-dire appuyant la légitimité sociopolitique – sont plus efficaces. Ces stratégies soulignent surtout la rationalité, la moralité et l'approbation (Tableau 3.8a). Quelques stratégies touchant la légitimité cognitive peuvent aussi agir, notamment celles qui normalisent le changement ou procèdent à travers une narration qui problématise le statu quo. On peut en déduire des conditions où certaines stratégies serviront mieux : les premières lorsque le statu quo va largement de soi; les secondes lorsqu'il est perçu comme problématique.

Il n'est donc pas étonnant que les médecins utilisent peu les stratégies rhétoriques de rationalité instrumentale et que les infirmières les utilisent beaucoup. Ces dernières cherchent plausiblement à problématiser l'ordre établi pour proposer leur alternative. Qu'elles rencontrent une forte inertie n'est pas davantage étonnant. Il est même possible d'affirmer que la perception de crise du système soit une condition nécessaire pour que les arguments rationnels ou moraux aient davantage de portée que les arguments de normalisation du statu quo.

Le pouvoir des médecins dépasse celui que confère la légitimité cognitive de leurs juridictions. Il s'appuie sur leur statut et sur leur réputation dans l'opinion publique. Il s'appuie aussi sur leur contrôle de ressources difficilement substituables dont les autres parties prenantes sont dépendantes, incluant l'information, les réseaux de communication et

de décision, les ressources financières, l'expertise, etc. Ils dominent le dispositif de contrôle des ressources qu'est le système des professions de la santé. Ils sont incontournables. La crédibilité des médecins et leur contrôle des ressources s'ajoutent donc au mérite de leurs arguments pour expliquer le succès de leurs revendications. Ceux-ci ont d'ailleurs avantage à éviter un débat ouvert où se confronteraient les arguments en excluant en bonne partie les autres composantes de leur pouvoir.

Cette interprétation s'accorde bien avec celle de Bitektine (2015) qui est exposée au chapitre 3.

Le cadre d'Abbott (1988) concorde un peu moins directement. Lui aussi accorde une place centrale au travail discursif, « base de la propagation des perturbations de juridiction ». Un lien peut se faire entre la légitimité cognitive, qui est au coeur de la solidité des juridictions, et le caractère objectif, ou objectivé, des problématiques ou de croyances bien ancrées à leur endroit. Ces caractéristiques soutiennent les juridictions en résistant à leur reconstruction culturelle, c'est-à-dire aux stratégies rhétoriques qui influent sur leurs caractéristiques subjectives. Remettre en question les allant-de-soi est donc absolument nécessaire avant de pouvoir modifier les arrangements de juridiction qui en dépendent (Abbott 1988, p. 33-40).

Les observations ainsi interprétées suggèrent donc que les stratégies rhétoriques appuyées sur la rationalité ou la moralité devraient plutôt être associées aux acteurs périphériques. Il en est de même des stratégies de narrativisation soulignant les problèmes de l'ordre établi, ou encore de normalisation cosmologique ou téléologique d'un changement.

L'examen des argumentations qui est reflété dans la présente étude permet de relever de telles justifications par la normalisation cosmologique chez les infirmières, les technologues médicaux et les travailleurs sociaux. Leurs professions sont celles qui poussent le plus clairement des changements à l'ordre établi.

L'argumentation téléologique, fondée sur une raison instrumentale d'efficacité du système, est encore plus nettement visible : toutes les professions, sauf celle des médecins et des sages-femmes, la mettent à l'avant-plan. Les médecins l'invoquent de manière secondaire par rapport à la justification plutôt ontologique et historique de leur position. Les sages-femmes, bien qu'elles revendiquent des juridictions occupées par les médecins, mobilisent aussi des justifications historiques et ontologiques, se positionnant en quelque sorte dans une tradition normative concurrente mais semblable à celle que dominent les médecins.

Par ailleurs, puisque la rationalité instrumentale des promoteurs du changement fait appel à l'intérêt public, on peut comprendre que les pouvoirs établis aient avantage à garder le public hors du débat et à plutôt le circonscrire aux professionnels de la santé. Un large éventail d'autres parties prenantes a bien été invité à apporter son point de vue au Groupe Bernier, mais c'est à travers ce comité dirigé par un médecin que leurs arguments ont été apportés au débat législatif et à l'attention du public. Ne pas ouvrir d'audiences publiques pendant l'élaboration de la Loi 90 pourrait avoir été rendu possible par le pouvoir de la profession la mieux établie dans le système. Ceci pourrait avoir modéré les accommodements accordés aux autres parties prenantes.

Un ralliement argumentatif est observable derrière les acteurs les plus centraux du débat que sont les infirmières et les médecins. Aucune argumentation frontale n'est poussée contre le pouvoir des médecins par les ordres, évitant une opposition avec ce groupe très puissant dans le débat stratégique comme dans la pratique de terrain. Par ailleurs, la plupart des professions émettent des revendications s'inscrivant plutôt dans le sillage de celles des infirmières. Seules les sages-femmes argumentent en rupture à la fois avec le discours des médecins et celui des infirmières, cherchant peut-être à se positionner comme un acteur dominant pour les grossesses ne présentant pas de problèmes médicaux, en subordonnant les infirmières à leurs instructions. Trois pôles peuvent donc être identifiés : celui des médecins, qui représente la structure de pouvoir établi à ne pas contrarier ; celui des infirmières, l'avant-garde de la montée interdisciplinaire impliquant une autonomie accrue des professions qui agiraient en collaboration entre elles plutôt que suivant les directives de médecins; et celui des sages-femmes, représentantes d'alternatives à la médecine traditionnelle. Ce dernier pôle est distinctif, mais peu présent dans la négociation. C'est pourquoi il n'est pas mis à l'avant-scène dans ce mémoire. On peut noter que le pouvoir des médecins est maintenu essentiellement dans la persistance de leur exclusivité quant au diagnostic et à la détermination du traitement des maladies, de même qu'avec les ordonnances dont dépendent les activités accordées en partage aux autres professions.

Les arguments des diverses parties prenantes ne peuvent donc pas être considérés sans prendre en compte la légitimité cognitive, la légitimité sociopolitique, le statut et la réputation qu'elles ont en propre. On le voit assez clairement en considérant les observations résumées au tableau 6b et les perspectives présentées dans cette discussion.

Réflexions sur le cadre théorique

Abbott (1988) s'avère très utile pour comprendre la dynamique de division interprofessionnelle du travail, mais l'examen du processus aboutissant à la Loi 90 fait vite réaliser que les situations réelles sont plus complexes et n'entrent qu'imparfaitement dans les ententes de partage de juridiction ou les autres éléments de son modèle (Tableau 3.6). Ils constituent des idéaux-types, c'est-à-dire des types abstraits permettant de dresser un « tableau de pensée homogène » dont la finalité n'est pas de retranscrire tout à fait la réalité, mais plutôt de guider la construction des hypothèses (Weber 1922, p. 166-173). Le système des professions remplit magnifiquement ce rôle. Il annonce d'ailleurs une diversité de modes d'organisation et des stratégies de revendications qui n'exclut aucune des observations. L'interdépendance des juridictions est bien illustrée dans la négociation aboutissant à la Loi 90, de même que le rôle des connaissances académiques et des dimensions objectives et subjectives dans les négociations. Sa catégorisation des tâches entre diagnostic et traitement sert bien la description des juridictions en jeu. L'inférence comme catégorie a aussi été utile pour la description et l'interprétation, même si la correspondance des activités avec cette catégorie était difficile à établir clairement. En quelque sorte, l'inférence chevauche le diagnostic et le traitement et ne constitue pas une catégorie tout à fait distincte des deux autres. Abbott a particulièrement enrichi la réflexion sur le rapport entre les revendications de juridiction, leur succès, le pouvoir et la structure des professions, de même qu'avec les changements sociaux et culturels touchant le système des professions et son environnement.

Au niveau des facteurs de force des liens juridictionnels, la pertinence de Abbott (1988) a été amoindrie par l'importance du pouvoir médical sur le résultat des revendications. En effet, l'influence de ces facteurs n'apparaît pas clairement dans la négociation. Néanmoins, ils étayaient la légitimité cognitive et sociopolitique des arrangements juridictionnels qui constituent l'ordre établi et contribuent au pouvoir des médecins. Ces facteurs sont discutés à la suite des observations sur la négociation des médecins (Chapitre 5).

Bitektine (2015) élargit bien le cadre théorique de Abbott (1988) en encadrant son explication de portée médiane (*middle-range*) aux niveaux « macro » et « micro », comme il est exposé au chapitre 3. Il contextualise le système des professions avec sa théorie générale de l'ordre et du changement social appuyée sur la légitimation. Il explique aussi plus finement le mécanisme essentiel de résolution des conflits de juridiction qu'est la légitimation. Sa mobilisation des jugements individuels en bonne partie fondés sur la perception des jugements collectifs que constituent la réputation, le statut, la légitimité sociopolitique et la

légitimité cognitive permet d'articuler un bon nombre de concepts essentiels pour saisir le processus de légitimation au-delà de la seule rhétorique. Il serait exagéré d'affirmer que les observations appuient cette théorie très générale et abstraite, mais aucune ne remet en question sa plausibilité, ce qui permet de la considérer utile au moins à un niveau heuristique.

En particulier, le modèle de Bitektine (2015) sert de pivot pour une hypothèse ayant des implications stratégiques : une relation entre stratégie rhétorique, statut, volonté de changement ou de maintien et légitimité cognitive du statu quo (Tableau 6c).

Bitektine (2015) offre en outre une revue de littérature approfondie et une extension englobante qui aident à lier les sources entre elles et à articuler les dimensions mobilisées pour l'analyse rapportée ici.

Cette articulation des dimensions d'analyse est illustrée au chapitre 3 (Tableau 3.7c). En mettant en relation les dimensions, elle aide à les préciser. En les groupant sous des termes comme « position », « pouvoir », « valorisation sociale » et « action », elle permet d'y référer de manière plus concise et comparable. Elle donne aussi un schème de référence à garder devant les yeux pour mieux suivre le commentaire. Sa fonction est de faciliter la description et l'interprétation de la négociation.

Sans conteste, les notions de légitimité cognitive et morale (sociopolitique) amenées par Suchman (1995) et la typologie des stratégies discursives amenée par Vaara et al. (2006) sont centrales dans le cadre explicatif et dans cette hypothèse. Les notions amenées par Bucher et al. (2016) s'avèrent aussi pertinentes, mais elles couvrent un niveau d'analyse rhétorique plus détaillé que ce qui est présenté dans ce mémoire ou s'intègrent suffisamment bien au sein des autres modèles pour qu'il n'ait pas été utile de les mobiliser explicitement.

Au niveau des juridictions, la mainmise des médecins sur la classification diagnostique et sur la prescription de traitements et d'examen est remarquable. Par extension, l'inférence est aussi réservée aux médecins, puisque ceux-ci contrôlent son début et sa fin. Il faut particulièrement souligner l'interdiction de l'usage du terme « diagnostic » pour décrire les activités évaluatives de toute autre profession. Les deux premières catégories d'activités ont constitué des objets de lutte pour toutes les professions de statut médian, mais aucune concession n'a été obtenue à leur niveau. Elles semblent devoir être réservées aux médecins de manière évidente. La légitimité cognitive de ces juridictions médicales paraît avoir été trop solide pour que leur partage soit même considéré, malgré les arguments des autres professionnels. Néanmoins, les discussions ont eu lieu. Des rationalisations ont été opposées

par le Collège et par le Groupe Bernier en réponse à celles qui soutenaient le droit des autres professions à partager ces juridictions. On peut donc croire que leur attribution aux médecins est suffisamment problématisée pour justifier la rationalisation, une stratégie rhétorique visant la légitimité sociopolitique.

En contraste, la colligation des données pour le diagnostic et la mise en oeuvre des traitements semblent pouvoir être partagées sans problème. Ces activités sont plus routinières, donc font moins appel au jugement professionnel, trait distinctif des tâches professionnelles. En ceci, elles sont moins cruciales pour le statut. Par ailleurs, elles impliquent davantage de travail que ce que les médecins pourraient accomplir. Suivant la logique d'Abbott (1988), il est donc avantageux pour les médecins de concéder ces juridictions avec des arrangements de subordination. Ces observations illustrent bien le modèle d'Abbott (1988) et la solidité de la position des médecins.

Pour relever les schèmes interprétatifs, la typologie de Boltanski et al. (1991, 1993, 1999) est mobilisée de préférence à celles de Castonguay (2008) ou de Denis et al. (2008). Ces deux dernières typologies sont spécifiques aux soins de santé et ont affiné la compréhension de la première en fonction du contexte de la négociation. Toutefois, elles n'incluent pas bien le schème traditionaliste et sont largement incluses dans la première typologie, comme il est exposé au chapitre 3. Trois de ses huit « mondes communs » ont été observés. Celui du schème industriel, basé sur l'efficacité et la science, est invoqué par tous les ordres et plus particulièrement par celui des infirmières et des autres qui revendiquent des changements. Il est associé à la stratégie de rationalisation, comme on pouvait s'y attendre. Le schème civique est revendiqué par la plupart des ordres. Denis et al. (2008) est utile ici pour y faire trois subdivisions : le sous-schème lié à l'équité et à l'humanisme, incluant l'accès équitable, celui lié à la démocratie, incluant la décentralisation politique, et celui lié à la santé des populations, incluant divers déterminants de la santé. L'équité d'accès est mentionnée, mais c'est surtout la santé publique qui est invoquée, et ce en lien avec une logique d'efficacité. Encore ici, ce schème est mobilisé surtout par les infirmières, de même que par d'autres professions revendiquant des changements. Les deux premiers sous-schèmes sont plutôt associés à des moralisations alors que le troisième est associé à des rationalisations. Le schème domestique, valorisant la tradition, la hiérarchie et la fiabilité, est plutôt mobilisé par les médecins, mais il l'est aussi par les sages-femmes. Il est lié à une stratégie rhétorique d'approbation, surtout implicitement, mais c'est surtout des stratégies de normalisation qui le mobilisent. On peut noter que des sources qui n'ont pas été retenues dans le corpus utilisaient aussi des schèmes marchands et de projet pour traiter de collaboration interprofessionnelle.

Réflexion sur les implications stratégiques

« Des réformes de cette envergure peuvent bien sûr être conçues, et transcrites sur quelques feuilles de papier [...]. Hélas! Ce n'est pas aussi simple. Beaucoup d'équilibres sectoriels sont en jeu, et on sait que tout changement [...] prend du temps, de la confiance et du "leadership" » (Dutrisac 2015, p. 18-19).

En un sens, l'élaboration de la Loi 90 fournit un excellent terreau de réflexion relativement à l'élaboration de stratégies organisationnelles, que ce soit pour des réorganisations internes ou des repositionnements entre organisations.

Le cas étudié par ce mémoire montre bien qu'aucune stratégie ne se fait en vase clos. Ses acteurs stratégiques sont les ordres professionnels et les stratégies considérées sont celles qui produisent les plaidoyers présentés au Groupe Bernier pour influencer la Loi 90. L'interrelation des stratégies y est évidente, de même que l'asymétrie des positions influençant leur résultats. Comme toute organisation, un ordre professionnel est cadré dans un environnement incluant un bon nombre de parties prenantes internes et externes et dont les frontières ne sont jamais complètement fermées. Comme dans tout effort stratégique, plusieurs entités organisationnelles sont donc impliquées. Plusieurs forums le sont aussi.

La principale leçon stratégique de ce mémoire est une hypothèse dérivée principalement de Bitektine (2015) et de Bucher (2016) à la lumière des observations. Elle donne des pistes sur les conditions où certains types de stratégies rhétoriques sont plus recommandables (Tableau 6d). En gros, il s'agit d'utiliser surtout des arguments rationnels ou moraux lorsque le statu quo est considéré problématique par l'interlocuteur et d'utiliser plutôt des stratégies de normalisation lorsque le statu quo a une légitimité cognitive forte, c'est-à-dire lorsqu'il va de soi. Les stratégies de narrativisation et d'approbation par un tiers peuvent aussi être utilisées dans un contexte comme dans l'autre. Comme il est exposé avec la distinction des faits objectifs et subjectifs, dans la section « Description des tâches professionnelles » du chapitre 3, il faut aussi considérer que le statu quo est généralement en partie problématique et en partie allant de soi et que la stratégie recommandée devrait rarement être exclusive.

Hypothèse de relation entre type de stratégie rhétorique, statut et niveau de légitimité cognitive du statu quo (Tableau 6c)

	<i>Statu quo allant de soi</i>	<i>Statu quo problématique</i>
<i>Jugement dominant:</i>	Passif	Actif
<i>Stratégies rhétoriques dominantes:</i>	Normalisation (Narrativisation) (Approbation)	Rationalisation Moralisation (Normalisation) (Narrativisation) (Approbation)
<i>Suppression des remises en question:</i>	+	-
<i>Statut des acteurs dominants la rhétorique:</i>	Élevé	Médian (Élevé)

Comme il a été vu à la section « Validité, Stabilité et Changement » du chapitre 3, les stratégies liées à un jugement passif sont plus avantageuses lorsque le statu quo a une forte légitimité cognitive. Elles sont surtout mises en oeuvre en faveur d'un maintien de la situation. Ces stratégies incluent la normalisation de l'ordre établi, laquelle peut être fondée sur la nature des choses (ontologique), sur la tradition (historique) ou sur un soutien général, ou encore en invoquant des processus inévitables qui maintiennent l'état des choses en raison d'une force externe inéluctable (cosmologique), d'un objectif (téléologique) ou de valeurs (éthique) naturalisées. Elles incluent aussi la narrativisation recadrant dans le familier ou le valorisant, de même que l'approbation liée au statut et aux autres facteurs de valorisation sociale des acteurs. Bien sûr, les acteurs liés à l'ordre établi ont plus d'avantages à invoquer l'approbation des autres acteurs crédibles, de même que la normalité et le familier.

La remise en question fait alors face à de fortes pressions de conformité et surtout à un climat laissant peu de place à la réflexion sur l'état des choses. En effet, le statu quo va de soi en situation de stabilité et on peut s'attendre à la suppression des remises en question et à la prédominance d'une rhétorique normalisant l'ordre établi. Le rejet des divergences procède par des mécanismes de pouvoir utilisant assez peu de rhétorique.

Cette remise en question devrait néanmoins pouvoir se faire aussi par des stratégies de normalisation et de narrativisation, avec davantage d'emphase sur les processus (cosmologiques, téléologiques ou motivés par l'éthique). Son angle devrait être de transmettre que le statu quo ne correspond pas à l'état naturel des choses, possiblement en évoquant des mécanismes de blocage. Elle pourra procéder par un recadrage du changement de manière à ce qu'il apparaisse plus normal et naturel voire familier que l'état actuel des

choses. Les stratégies de rationalisation ou de moralisation, quant à elles, seront peu efficaces pour agir sur la légitimité cognitive et pour problématiser le statu quo.

C'est lorsque le statu quo est perçu comme problématique que des stratégies de rationalisation ou de moralisation sont pertinentes autant pour légitimer des changements que pour les repousser. Ces stratégies qui mobilisent un jugement actif procèdent par rationalisation en fonction de relations de causes à effets et de moralisation en fonction des croyances normatives de systèmes éthiques.

Les stratégies rhétoriques d'approbation et de narrativisation sont plutôt liées aux contextes où le jugement est plutôt actif, puisque c'est lors de ces circonstances que la rhétorique joue davantage. Néanmoins, on peut s'attendre à ce qu'elles accompagnent aussi les contextes où le jugement est plutôt passif, comme appuis à la crédibilité des acteurs ou comme support de normalisation.

En outre, même lorsque certains éléments du statu quo apparaissent problématiques, bien d'autres continuent à aller de soi. Dans le contexte instable d'un statu quo problématique, l'argumentation explicite devient plus importante et les cinq types de stratégie rhétoriques devraient coexister.

Bucher (2016) fait un lien semblable entre les positions et les stratégies employées par les professions pour établir leurs frontières. Cet article apporte de la crédibilité à l'hypothèse ci-haut car, malgré son corpus restreint¹, comme Bitektine (2015), il présente une réflexion riche, solidement ancrée dans la littérature académique courante et publiée dans une revue de recherche. Il corrobore plusieurs aspects déjà mentionnés et ajoute notamment au niveau de la relation entre stratégie rhétorique et statut.

L'article suggère que les groupes de haut statut sont susceptibles de mobiliser des stratégies de normalisation du statu quo pour défendre leurs frontières. Il précise que ces groupes devraient traiter les autres sans les distinguer, ce qui est aussi observé par ce mémoire. Selon l'article, les médecins se distinguent ainsi de toutes les autres professions en désignant l'arrangement qu'ils préfèrent comme l'état naturel des choses (Bucher 2016, p. 514-518).

¹ *Bucher (2016) couvre cinq professions, dont trois du système public de santé physique, en utilisant un document par profession, pour un peu moins de 12 000 mots et de 25 pages pour ces trois professions (Bucher 2016, p. 503). Le présent mémoire rapporte directement l'analyse de centaines de pages relayées par Bernier (2001) et corroborées par l'examen de milliers de pages de dizaines de documents où plaident treize ordres professionnels du système public de santé physique.*

En contraste, l'article suggère que les groupes inférieurs sont plutôt susceptibles d'argumenter en invoquant des faits ciblés de manière à montrer que le pouvoir et l'autorité soutiennent les prémisses de normalité des frontières existantes et pour en contrer la naturalisation (Bucher 2016, p. 517).

Pour les professions de statut médian, comme les infirmières, Bucher (2016) suggère qu'elles tendent à être plus motivées et aptes à défier agressivement les acteurs de niveau supérieur. Les groupes de faible statut seraient moins affirmés.

L'article suggère d'ailleurs que toute la question du lien entre les positions et les stratégies employées par les professions pour le travail sur les frontières est une lacune importante de la littérature actuelle (Bucher 2016, p. 519). Ceci appuie l'idée que l'hypothèse de relation présentée ci-haut ait une certaine crédibilité et une pertinence à explorer davantage.

Les observations rapportées au chapitre 5 et résumées au tableau 6b concordent plutôt bien avec l'hypothèse ci-haut (Tableau 6c). En effet, les professions dont les revendications sont le plus respectées et transposées dans la Loi 90 sont celles qui adoptent des stratégies conformes à l'hypothèse, en interprétant que le contexte accorde une forte légitimité cognitive à l'ordre établi. Conséquemment, la plupart des revendications qui sont accueillies favorablement sont appuyées par une narrativisation recadrant dans le familier et le valorisant, de même que par une normalisation de ce qui est en place, traditionnellement et dans les faits. Les revendications plutôt appuyées par des arguments rationnels et moraux sont moins bien reçues et sont d'ailleurs souvent écartées sans contre-arguments rationnels.

Les médecins réussissent à maintenir leur leadership sur les autres professions malgré le consensus des autres en faveur d'une coordination collégiale d'équipes de professionnels autonomes. Les pharmaciens obtiennent quant à eux la reconnaissance de leur rôle de conseillers auprès des patients. Les sages-femmes remportent officiellement leurs juridictions à l'extérieur du processus aboutissant à la Loi 90, mais le processus aurait pu les remettre en question et il reflète leur arguments. Ceux-ci soulignent la normalité de leur pratique relativement à l'histoire et au soutien général. Par ailleurs, les infirmières se voient reconnaître ce qu'elles faisaient déjà, de même qu'une autonomie de principe qui reste assujettie à la supervision et au contrôle de médecins. Leurs autres demandes sont bien soutenues par des faits et bien argumentées en fonction des objectifs affirmées pour le système public de santé, mais elles n'amènent pas de changement significatif dans la pratique. Suivant l'hypothèse, ce serait en bonne partie parce que statu quo est insuffisamment problématisé pour qu'une argumentation principalement rationnelle ou morale soit pertinente.

La relation entre statut et stratégie rhétorique s'observe dans le corpus de ce mémoire pour les professions de statut supérieur : elles tendent à déployer des stratégies de normalisation et à ignorer les différences et les arguments des professions de statut inférieur. Pour les professions de statut moins élevé, les observations ne concordent pas tout à fait avec ce qui est établi par Bucher (2016). Ces professions tendent bien à déployer des argumentations rationnelles et morales, mais font peu d'attaques directes à l'endroit des professions de statut supérieur, y compris pour remettre en question la « normalité » de leur position en démasquant le pouvoir qui la soutient.

En particulier, les professions de statut faible font peu ou pas de remises en question concernant les autres professions. Comme le prédit l'article, ces professions qui acceptent plutôt la centralité des médecins sont plus tempérées.

C'est pour les groupes de statut médian que les observations concordent le moins avec l'article. Notamment, il n'est pas observé que ces groupes tendent à employer une argumentation normalisante et généralisante à l'endroit des groupes de statut moins élevé, faisant ainsi comme les professions de statut supérieur à leur endroit. Seules les sages-femmes et les infirmières auxiliaires adoptent ce genre d'argumentation. Les infirmières auxiliaires le font à l'endroit des non-professionnelles contre lesquels elles défendent leurs juridictions. Les sages-femmes le font à l'endroit de toutes les autres professions, y compris des médecins. Elles constituent ainsi un contre-exemple à l'hypothèse du mémoire et de Bucher (2016). Cette particularité est possiblement liée à leur tentative de reproduire une dominance semblable à celle des médecins dans leur domaine restreint. Elles chercheraient en quelque sorte un cadrage dans la catégorie des médecins, à la recherche d'une légitimité cognitive semblable. L'universalité affirmée par Bucher (2016) relativement aux stratégies des professions de statut médian² (Bucher 2016, p. 516-518) serait donc à remettre en question, suggérant des pistes à suivre pour de prochaines études pour établir des nuances à ce niveau.

Globalement, l'hypothèse (Tableau 6c) serait à mettre à l'épreuve dans une future étude pour tester la récurrence de cette relation et possiblement la pertinence de l'utiliser de manière prescriptive pour orienter une stratégie de négociation.

Certaines stratégies rhétoriques semblent préférables dans certaines circonstances relatives à la légitimité cognitive du statu quo et au type de revendication (Tableau 6d).

² L'article affirme « *The pattern of problematizing up and ignoring down appear to be universal, holding firmly across all status group* » (Bucher 2016, p. 516).

Recommandations de stratégies rhétoriques en fonction du type de revendication et de légitimité cognitive du statu quo (Tableau 6d)

		<i>Statu quo allant de soi</i>	<i>Statu quo problématique</i>
<i>Revendication</i>	<i>Maintien du statu quo</i>	Normalisation ontologique (invoquant la nature des choses), traditionaliste (invoquant leur état historique) ou basée sur le soutien général Narrativisation recadrant dans le familier ou le valorisant	Rationalisation du statu quo (en fonction de l'efficacité) Moralisation du statu quo (en fonction de valeurs ou d'éthiques) Approbation et stratégies du statu quo allant de soi
	<i>Changement du statu quo</i>	Normalisation téléologique (inévitabilité suivant un objectif), cosmologique (en fonction d'une force externe inéluctable) ou éthique (en fonction de valeurs) Narrativisation remettant en question le statu quo	Rationalisation du changement (en fonction de l'efficacité) Moralisation du changement (en fonction de valeurs ou d'éthiques) Approbation et stratégies du statu quo allant de soi

L'importance stratégique de la légitimité cognitive est le pivot de ces recommandations. Parce qu'en contexte de forte légitimité cognitive, le statu quo va tellement de soi qu'il n'est pas facilement discuté, cette légitimité est un facteur stratégique central. On peut en déduire que des acteurs souhaitant maintenir le statu quo devraient miser sur des stratégies de suppression du débat en renforçant la normalité de leurs positions. La normalisation fondée sur la nature des choses (ontologique, historique) ou sur le soutien général semblent plus adéquate que la normalisation fondée sur des processus (téléologique, éthique ou cosmologique). Ces types de normalisation correspondent aux observations. D'autres études seraient nécessaires pour une généralisation vraiment solide à ce niveau. Par contre, il semble bien établi que les stratégies de narrativisation et de normalisation sont recommandables pour influencer positivement ou négativement la légitimité cognitive et l'ordre établi (Tableau 3.8a).

Pour remettre en question l'ordre établi, il faut d'abord le dénaturiser et naturaliser une alternative. Ceci est nécessaire pour créer la possibilité de faire entendre d'autres points de vue et amener un jugement actif qui pourrait favoriser un changement. Avant toute argumentation, la stratégie devrait donc viser à faire percevoir le statu quo comme étant problématique. Pour y parvenir, on comprend que ce n'est pas l'argumentation qui sera utile, mais plutôt des stratégies de normalisation d'une alternative ou de narrativisation remettant en question ce qui est en place, pour ne parler que des stratégies rhétoriques. En effet, les stratégies de rationalisation, de moralisation et possiblement d'approbation influencent plutôt la légitimité sociopolitique (Tableau 3.8a). Ces stratégies devraient être mobilisées seulement en lien avec les éléments problématiques du statu quo. Ces éléments correspondent à ses

caractéristiques subjectives, par opposition à ses caractéristiques objectives, c'est-à-dire résistant à la redéfinition, pour reprendre Abbott (1988). Or, il a été exposé que même lorsque le statu quo est problématique, la plupart de ses éléments continuent à aller de soi. Les stratégies de normalisation et de narrativisation devraient donc continuer à être utilisées en complément des stratégies d'approbation, de moralisation et de rationalisation.

Pour contrer une remise en question, les stratégies de maintien d'un statu quo allant de soi restent recommandables même lorsque le statu quo est problématisé. Des stratégies de rationalisation, de moralisation et d'approbation seraient toutefois à ajouter pour plaider en faveur du statu quo en fonction de l'efficacité, de valeurs ou de systèmes éthiques. Les acteurs liés au statu quo devraient toutefois avoir avantage à réduire le débat pour revenir à un contexte où le jugement passif et la légitimité cognitive sont dominants.

Ces recommandations sont appuyées sur les observations et les théories présentées plus haut. Il est aussi concevable de les généraliser au-delà du système de santé. Néanmoins, elles n'ont qu'un statut d'hypothèses. Leur ambition est modeste et consiste à offrir des pistes pour la réflexion et possiblement la pratique dans un contexte où la littérature consultée a paru relativement peu fournie à ce niveau, tant au niveau des professions de la santé et de la négociation des juridictions que de manière générale. Il serait intéressant de vérifier comment ces recommandations correspondent à d'autres contextes de négociation.

Comment alors favoriser la collaboration?

Quelles leçons tirer de ces observations et interprétations pour favoriser la collaboration interprofessionnelle malgré la compétition inhérente aux professions ? Une chose est claire : les observations ont bien montré la compétition entre les professions, mais aussi la valorisation de la collaboration.

La collaboration collégiale est un enjeu d'efficacité globale en particulier en relation avec la complexification des soins et l'augmentation d'expertise des professions non-médicales et ce, malgré la coordination plus difficile qu'elle implique. La collaboration est aussi un enjeu de pouvoir pour les professions immédiatement subordonnées aux médecins. C'est plausiblement aussi un enjeu pour d'autres parties prenantes. En effet, un modèle interdisciplinaire implique déjà une structure d'ajustements mutuels plus susceptible d'admettre d'autres influences que le modèle hiérarchique dominé par les médecins. La collaboration interprofessionnelle pourrait donc manifestement être une voie d'entrée pour la participation des patients aux décisions sur leur traitement, de même que pour mieux inclure

les intervenants axés sur les aspects psychosociaux de la santé. À l'inverse, la collaboration collégiale est plutôt à exclure pour préserver les intérêts du groupe fortement dominant qu'est celui des médecins. Cette tension entre la rationalité technique et les intérêts politiques pondère les conditions et les conséquences programmatiques et politiques des négociations.

Favoriser la collaboration est donc plutôt opportun, mais à l'encontre des rapports de forces internes au milieu de la santé. Pour y arriver, une voie peut être de modérer les effets de la compétition interprofessionnelle basée sur les forces en présence au sein du système. Cela peut se faire en impliquant des forces externes capables de faire un arbitrage avisé et suffisamment soutenu pour remporter le consensus et être mis en oeuvre.

Le Groupe Bernier semble avoir été un modèle plutôt exemplaire d'un tel arbitrage. Bien sûr, il était dirigé par un médecin, composé de davantage de médecins que de membres d'autres professions et il s'est davantage ajusté suivant les avis du Collège des médecins que des autres ordres professionnels. Néanmoins, ses interprétations semblent appuyées par un consensus général pendant le processus et les années qui suivent. Ses recommandations ont toutefois été un peu tempérées par le législateur dans la Loi 90. En milieu de travail, elles semblent avoir été encore davantage amoindries par les pouvoirs en place.

D'avantage d'isolement des instances d'arbitrage par rapport au pouvoir médical aurait probablement aidé à modérer l'influence des forces internes ayant avantage à préserver le statu quo. Une clé pourrait être de veiller à soutenir les prises de positions et les représentations exprimées par les autres parties prenantes, en plus de recourir à des décideurs bien indépendants des médecins tout en étant légitimes à leurs yeux. De même, faire reposer davantage sur des raisons explicites les décisions concernant les arrangements permettrait de limiter l'impact des éléments allant de soi, et donc de la légitimité cognitive et de l'ordre établi. En toute humilité, cependant, il faut reconnaître que si la solution était simple, la problématique ne serait pas aussi durable et répandue.

Limites et approfondissements

Ce mémoire décrit et contextualise empiriquement et théoriquement le processus aboutissant à la Loi 90, offrant ainsi un panorama qui se veut utile du système de santé et du système des professions québécois et plus particulièrement des dynamiques de collaboration et de compétition interprofessionnelles et de la division du travail qui y ont cours. Chacun de ces aspects est esquissé et pourrait être élaboré en plusieurs travaux distincts. La première version du mémoire ciblait d'ailleurs la division du travail. Le point central du présent mémoire est l'argumentation déployée et son lien avec les positions et les résultats.

En plus de permettre l'hypothèse et les recommandations présentées ci-haut, ce mémoire propose un portrait empirique des juridictions, de la collaboration et de la compétition des professionnels du système public de santé physique du Québec. Il montre leur dynamique de négociation en soulignant des constances utiles pour comprendre et orienter d'autres épisodes de négociation des juridictions. Il montre notamment des asymétries de pouvoir et des coalitions à considérer tout en montrant la diversité de visions du travail. Il illustre aussi les modèles de Abbott (1988) et de Bitektine (2015). Il montre particulièrement que l'idéal consensuel de collaboration est modelé en variantes utilisées en soutien des revendications. Bien sûr, le présent mémoire pourrait être amélioré et prolongé de diverses manières.

Pour une meilleure présentation de l'hypothèse et des recommandations rapportées ci-haut, il serait utile d'en rendre compte dans un texte qui ciblerait strictement la démonstration du lien entre les stratégies rhétoriques, le type de revendication de juridiction, le niveau de légitimité cognitive du statu quo et les statuts des professions impliquées. Un tel article serait intéressant pour alimenter la réflexion non pas sur notre système de santé ou sur la division du travail professionnel, mais spécifiquement sur les stratégies rhétoriques.

L'emploi du rapport Bernier (2001) comme matériau d'analyse peut faire sourciller. En effet, il s'agit d'une source secondaire. Néanmoins, comme justifié au chapitre 4, ce rapport restitue de manière détaillée et rigoureuse l'essentiel des propos des parties prenantes, incluant la plupart des plaidoyers livrés oralement. Une analyse préliminaire portant directement sur des documents déposés par les ordres a montré qu'ils n'ajoutaient pas de contenu significatif et, donc, que leur analyse n'était pas utile suivant une logique de saturation. De plus, il n'a été trouvé aucune remise en question de ce rapport dans les dizaines de textes ultérieurs qui ont été consultés. Cette source n'aurait pas été appropriée si l'étude rapportée ici visait à analyser l'énonciation fine des plaidoyers. Toutefois, il s'agit de comparer les stratégies rhétoriques générales et de fournir un portrait de la négociation. En l'occurrence, cette source est

meilleure que les textes eux-mêmes, car elle reflète plus complètement les plaidoyers et, surtout, constitue une pré-analyse qui aide à cibler les fragments les plus importants pour limiter la taille du corpus directement analysé à quelques centaines de pages. En quelque sorte, Bernier (2001) fournit l'échantillon analysé. Montrer systématiquement sa correspondance avec les documents déposés en appui, par des citations, aurait pu être intéressant. Cette démonstration est toutefois apparue difficile à effectuer et surtout à présenter concisément dans le cadre de ce mémoire. Néanmoins, les textes d'origine ont souvent été cités.

Choisir des fragments représentatifs à analyser est une problématique importante face à une surabondance d'informations. Le chapitre 4 présente d'autres options pour le faire. Les techniques d'informatique cognitive et l'examen des débats parlementaires ont été écartées après un examen préliminaire. Elles pourraient toutefois être utiles pour un autre corpus. Une autre approche aurait pu être de choisir au hasard et de faire l'analyse de contenu, puis de poursuivre jusqu'à saturation. Cette approche n'aurait toutefois pas inclus de la même manière les plaidoyers verbaux que rapporte Bernier (2001).

Une démonstration plus fine, montrant mieux comment les énoncés portant sur la rhétorique sont ancrés dans le texte, aurait été intéressante. Dans ce mémoire, le choix a été fait de broser un tableau général de la réorganisation du travail dans le système public de santé physique du Québec qui se fait avec la négociation aboutissant à la Loi 90. Le vaste corpus et les centaines de revendications impliquées rendaient difficile d'en présenter une analyse détaillée sans déborder la taille normale d'un mémoire de maîtrise. Une autre étude strictement rhétorique permettrait ce genre de présentation.

Une évaluation plus objective de la légitimité, de la réputation et du statut rehausserait l'étude. Une revue de littérature serait à faire pour identifier des indicateurs bien établis, bien sûr, mais quelques pistes proposées ici pourraient être pertinentes. Pour évaluer la légitimité cognitive, il serait possible de relever la présence et les variantes de description des parties prenantes. L'homogénéité et la rareté seraient un indicateur de légitimité cognitive. La légitimité sociopolitique pourrait être estimée en comparant la proportion de remise en question et de défense par des tierces parties de la catégorie des parties prenantes, principalement les ordres professionnels et le secteur de la santé et des services sociaux. La réputation pourrait aussi être évaluée de cette manière, mais en examinant les références spécifiques à la partie prenante. Le statut relatif pourrait être évalué en considérant aussi les rapports de dépendance, de surveillance et d'autorité entre parties prenantes. Avant d'opérationnaliser des mesures, établir une définition limpide de chacun des quatre concepts serait à faire, par exemple à partir de Bitektine (2011).

Nuancer les concepts utilisés permettrait d'ajouter à la compréhension des positions et des dynamiques. En particulier, penser la légitimité à divers niveaux organisationnels (ex. : Aldrich & Fiol 1994), ou utiliser des notions plus fines relativement à la réputation et au statut (ex. : Deephouse & Suchman 2008) seraient à envisager.

Considérer l'ensemble du système de santé et de services sociaux en englobant les autres volets du comité Bernier qui ont traité des services relatifs à l'état psychosocial permettrait d'inclure davantage de facettes à la fois du système professionnel et du bien-être des individus. Cela impliquerait d'examiner l'élaboration de la Loi 21, adoptée en 2009 (Québec 2009).

Un corpus complémentaire amènerait davantage de profondeur et de précision à l'analyse des positions des parties prenantes et de leurs stratégies face à la réorganisation des champs d'exercice du système de santé. Il pourrait être étendu au-delà du rapport d'étape du comité Bernier et des débats parlementaires qui en suivent le dépôt pour inclure aussi l'élaboration du rapport préalable de l'Office des professions (Office 1997), le texte des plaidoyers entendus par le comité Bernier, les débats parlementaires allant jusqu'à l'adoption de la Loi 90 et les autres publications gouvernementales, académiques, professionnelles et médiatiques publiées à ce sujet pendant et depuis l'élaboration, notamment pour couvrir les autres parties prenantes et la transformation réelle de la pratique au sein du système de santé.

La négociation aboutissant à la Loi 90 pourrait aussi servir de fondement à une réflexion approfondie concernant les théories de la stratégie. En effet, le pouvoir diffus, le nombre important de parties prenantes internes et externes et les autres particularités des soins de santé et des services professionnels amènent son contexte aux limites du domaine d'application des théories courantes en sciences de la gestion, comme il a été évoqué au chapitre 3. Dans ces circonstances, plusieurs de leurs éléments ne cadrent pas. Constater et tenter d'intégrer ces anomalies est susceptible d'amener des évolutions et des remises en question utiles pour nuancer ces théories.

La complexité du système de santé et de services sociaux et l'abondance d'interventions à son sujet dans la littérature académique, professionnelle, gouvernementale et médiatique demandent d'intégrer beaucoup d'information partielle et partielle pour en dresser un portrait. Une étude plus approfondie gagnerait à explorer plus largement et plus directement la documentation, ne serait-ce que pour démontrer la validité de l'étude rapportée ici. Néanmoins, ce mémoire expose un aperçu assez étendu et véridique des dimensions utiles à la compréhension de la négociation des rôles survenue dans le système de santé québécois avec l'élaboration de la Loi 90.

Conclusion

(chapitre 7)

« Une grande partie [...] réside dans la capacité [...] de migrer vers l'idée qu'il faut changer quelque chose » (Dutrisac 2015, p. 36).

Ce mémoire, nous l'espérons, aide à mieux comprendre le système de santé et ses enjeux au niveau de l'organisation du travail et des relations de pouvoir entre professionnels, de même que les dynamiques de négociation et le rôle qu'y jouent les stratégies rhétoriques.

La rhétorique des ordres professionnels est magnifiquement bien illustrée par la négociation des juridictions qui aboutit à la Loi 90 (Québec 2002). L'élaboration de cette loi est d'ailleurs un moment pivot de l'organisation du travail au sein du système de santé québécois. Elle s'inscrit dans une série pratiquement ininterrompue de réformes cherchant à répondre à la perception d'inefficacité et de corporatisme du système. En particulier, elle vise les insuffisances de la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit de passer d'une situation de retranchement protectionniste à une utilisation plus souple des ressources, mieux adaptée à l'évolution des exigences, des compétences et des technologies. Le processus a été mené par le Groupe Bernier, un comité de travail mandaté par le législateur notamment pour recevoir les plaidoyers des ordres professionnels. Sa démarche de réflexion, de recherche et de dialogue a été centrée sur la définition des champs de pratique, leur articulation interprofessionnelle et leurs conditions d'exercice en vue d'atteindre une gestion plus ouverte des compétences par l'abolition de barrières inutiles. Comme les réformes qui la précèdent et qui la suivent, elle échoue à véritablement recentrer le système sur les droits, les intérêts et la santé du public ou à sérieusement remettre en question le contrôle des médecins. Néanmoins, sa démarche réussit à créer un consensus et à amener une ouverture des domaines professionnels, incluant le partage de plusieurs juridictions auparavant exclusives aux médecins.

Le processus montre bien l'imbrication de l'impératif de collaboration et de la compétition qui y fait obstacle. Ce couple critique de la dynamique interprofessionnelle est saisi en lien avec une synthèse théorique intégrant plusieurs cadres conceptuels les concernant ou traitant des professions ou de la place de la légitimation et des stratégies rhétoriques dans la stabilité et le changement organisationnels dans un angle institutionnaliste et systémique.

Plusieurs publications avaient déjà traité de l'élaboration de la Loi 90, mais ce mémoire apporte quelques éclairages par l'analyse de son discours. Sa contribution principale touche vraisemblablement la compréhension des arguments et de leurs liens entre eux et avec la légitimité cognitive, le statut et les autres composantes du pouvoir et des positions.

Éléments théoriques

L'interprétation est guidée par le modèle du système des professions de Abbott (1988), plus actuel que jamais suivant les citations qui en sont faites (Web of Science 2018). Il est complété principalement par Bitektine (2015) et sa théorie de l'ordre et du changement social appuyés sur la légitimation. La réflexion sur ces modèles en regard des observations et de lectures courantes en sciences de la gestion permet de jauger leur portée et leur complémentarité. Réciproquement, elle alimente la pensée sur les théories courantes en gestion concernant ce type d'élaboration stratégique et d'organisation, en particulier pour l'élaboration et la mise en oeuvre de changements stratégiques dans des organisations complexes.

Le cadre d'analyse (Schéma 3.1) distingue les positions des parties prenantes de leurs actions, surtout rhétoriques, auprès du Groupe Bernier, de même que des positions et actions des autres parties prenantes. Sous l'idée de « position », il inclut les juridictions préalables à l'élaboration de la Loi 90, celles qui sont revendiquées et celles qui sont accordées, de même que le pouvoir d'influence de la partie prenante sur les arrangements de juridiction.

Ce pouvoir est décliné en plusieurs composantes. La légitimité (Tableau 3.7a) reflète l'alignement avec ce qui est désirable, convenable ou approprié suivant un système de normes, de valeurs, de croyances et de définitions. La légitimité cognitive est le caractère de ce qui va tellement de soi qu'il est objectivé comme étant ce qui est normal, sensé et tacitement évident. Elle implique la familiarité, la compréhensibilité, la plausibilité et la prévisibilité, voire l'inévitabilité dans un jugement plutôt passif et habituellement favorable à l'ordre établi. La légitimité morale vient d'une évaluation plus active en fonction du bien-être de la société tel que conçu par l'audience. Elle est attribuée à ce qui est rationnel en fonction de valeurs et de procédures traditionnelles, mais aussi des conséquences attendues et de la vertu des personnes ou des organisations impliquées. La légitimité pragmatique va à ce qui bénéficie à l'évaluateur. Avec la légitimité morale, elle constitue la légitimité sociopolitique. De la légitimité pragmatique à la légitimité morale et cognitive, la légitimité est plus évasive, stable et difficile à manipuler. Le statut est la préséance, associée à du prestige et à de la déférence. Il est le rang relativement aux autres. Il est généralement associé à la légitimité cognitive. La réputation est basée sur les actions passées et porte sur ce qui est distinctif par rapport à ce qui est connu. Par définition, elle est donc plus près de la légitimité sociopolitique. Les légitimités cognitive, morale et pragmatique, le statut et la réputation sont les facteurs de la valorisation par l'opinion publique. Avec d'autres facteurs incluant le contrôle des ressources, ils constituent ce qui est ici défini comme le pouvoir.

Même si ce mémoire traite principalement de la rhétorique des ordres professionnels et même si la rhétorique des revendications est jugée par Abbott (1988) comme étant à la base de la propagation des perturbations de juridiction et de la légitimation morale et culturelle à laquelle il attribue la résolution des conflits de juridiction, il faut donc garder en tête que les stratégies rhétoriques ne sont qu'un des facteurs impliqués dans le succès des revendications. La capacité d'obtenir ce qui est revendiqué dépend effectivement beaucoup de la position de l'acteur, surtout face à des asymétries de pouvoir entre les parties prenantes. Une telle asymétrie est déterminante dans le système de santé entre les médecins et les autres. En outre, les positions et actions des autres parties prenantes ont une influence dès lors que leurs revendications sont liées. C'est le cas dans la plupart des circonstances, y compris celles des revendications de juridiction. Les institutions validatrices comme les médias, le système juridique et le législateur (Tableau 3.7c) sont particulièrement influentes. Les jeux de pouvoir non-rhétoriques ne sont toutefois pas indépendants des représentations et des valeurs. Les stratégies rhétoriques sont donc très importantes pour influencer le résultat des revendications.

Ces stratégies rhétoriques sont comprises en référence avec la typologie de Vaara (2006) complétée dans une synthèse avec celle de Suchman (1995) et précisée par celle de Bitektine (2015) (Tableau 3.8a). Cinq types sont distingués (Tableau 3.8b). La rationalisation est fondée sur l'évaluation des résultats, bénéfiques, objectifs ou fonctions. Elle a généralement aussi des fondements moraux et idéologiques tacites. La normalisation est une rationalisation justifiant par la similarité à une autre chose bien établie par le passé ou par des anticipations. La moralisation est une rationalisation explicitant des fondements moraux et des schèmes interprétatifs comme ceux de Suddaby & Greenwood (2005) : ontologique, affirmant ce qui peut exister; historique, valorisant la continuité; téléologique, concernant l'inévitabilité d'atteindre un certain état; cosmologique, concernant aussi l'inévitabilité d'un processus, mais en le justifiant par une cause externe; éthique, en fonction du bien commun selon un système de croyances et de valeurs (Tableau 3.8c). L'approbation s'appuie sur une autorité. La narrativisation recadre avec des récits fournissant des preuves anecdotiques, mais efficaces pour rendre acceptable, convenable ou souhaitable, ou l'inverse. Cette dernière fournit généralement le cadre des autres stratégies et peut être non-verbale, par exemple en étant picturale. Les types de légitimité sont mis en relation avec les types de stratégies rhétoriques (Tableau 3.8a). Les stratégies de narrativisation et de normalisation sont ainsi associées à la légitimité cognitive et les stratégies d'approbation, de moralisation et de rationalisation sont associées à la légitimité sociopolitique. Cette mise en correspondance de typologies aide l'interprétation de chacune en regard des autres et fournit le portrait global utilisé.

C'est dans ce cadre que sont interprétés les plaidoyers du processus aboutissant à la Loi 90.

Observations et interprétations

Les parties prenantes peuvent être groupées selon leur position et leur argumentation (Tableau 6b). L'examen des plaidoyers et des positions des uns et des autres amènent une série de réflexions aidant à comprendre le processus, le contexte et les théories impliquées. Elles ne se résument pas simplement, mais permettant quelques considérations intéressantes à rappeler en soutien d'une hypothèse ayant quelques implications stratégiques.

Médecins et infirmières forment des pôles de la négociation, les premiers pour le maintien de leur leadership et les secondes pour la mise en place d'équipes de professionnels autonomes se coordonnant de manière collégiale.

- Les médecins se démarquent avec un statut élevé et le contrôle de presque toutes les juridictions. Ils prônent le maintien de leur leadership et la restriction de l'autonomie des autres professions que propose initialement le Groupe Bernier. À ce niveau, ils se distinguent de presque toutes les autres professions, lesquelles demandent plutôt l'extension de l'autonomie professionnelle. Les médecins procèdent surtout par normalisation de leur position sur la base de la supériorité de leur formation. Ils sont les seuls à réfuter les revendications des autres et leur influence est grande sur le processus tant au niveau du Groupe Bernier que du législateur.
- Les professions de faible statut, celles ne demandant pas de formation universitaire (infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, technologues médicaux et technologues en radiologie) forment un troisième groupe. Elles revendiquent peu et sont plusieurs fois écartées sans argumentation. Elles utilisent principalement une stratégie de normalisation, se rangent avec l'ordre dominé par les médecins et demandent surtout des clarifications. Les infirmières auxiliaires se distinguent un peu en mobilisant sans succès une rationalisation pour bloquer le partage de leurs juridictions avec des non-professionnels.
- Les sages-femmes sont aussi alignées avec le leadership des médecins, mais pour revendiquer leur propre leadership sur les professions non-médicales dans un domaine restreint, celui des grossesses, des accouchements et du suivi post-natal sans complication et lorsqu'aucun médecin n'est présent. Elles utilisent principalement une normalisation référant à leur place traditionnelle et au soutien général de leur pratique.
- Les infirmières ont les revendications de changement les plus argumentées et affirmées. Elles demandent l'autonomie des professions et une coordination collégiale d'équipes interprofessionnelles. Elles le font principalement par des rationalisations en fonction de l'efficacité et de la santé publique. Les infirmières obtiennent assez peu ce qu'elles revendiquent, mais se voient attribuer une forte extension de leurs juridictions, surtout à travers l'élaboration de plans de traitement et sous le contrôle d'ordonnances de médecins.

- Les autres professions argumentent de façon semblable aux infirmières, mais sans solidarité avec ces dernières. La plupart n'obtiennent pas ce qu'elles revendiquent. Les orthophonistes & audiologistes et les ergothérapeutes procèdent surtout par rationalisation fondée sur l'efficacité et la santé publique. On peut remarquer le grand soin des ergothérapeutes à associer leur usage d'aiguilles à des explications médicales, par opposition à la pratique traditionnelle des acupuncteurs. Les pharmaciens et physiothérapeutes utilisent aussi une stratégie de normalisation de pratiques déjà en place et remportent des revendications significatives. De même, les diététistes utilisent la normalisation, mais en cherchant sans succès à maintenir des pratiques que les propositions initiales de Bernier limitent. Les travailleurs sociaux se distinguent un peu des autres. Leurs plaidoyers utilisent des rationalisations visant à restreindre les juridictions qui leur étaient initialement attribuées par le Groupe Bernier. Leurs revendications amènent plusieurs changements au niveau de pratiques aux frontières du domaine médical, par exemple la contention et l'évaluation en vue d'accorder des services et autres droits.
- L'Office des professions, le Groupe Bernier et le législateur constituent le dernier groupe de parties prenantes considérées. En principe, elles sont neutres, mais elles sont de fait juges et parties en ce qu'elles définissent le projet d'autonomisation des professions tout en étant très influencées par le Collège des médecins.

Une relation peut être établie entre le statut et la revendication quant à la coordination des équipes interprofessionnelles (Tableau 6a). Ainsi, on constate que les professions de statut médian revendiquent des changements dans le sens de la direction collégiale d'équipes de professionnels autonomes et qu'elles le font de façon plus affirmée sur la base d'arguments rationnels. Ceci concorde avec l'hypothèse de Bucher (2016) qu'elles devraient utiliser des rationalisations pour défier celles de statut élevé. Les sages-femmes sont les seules à ne pas le faire. Vraisemblablement, ceci leur permet d'invoquer la légitimité cognitive de pratiques bien établies, les leurs et celles des médecins dont elles veulent refléter le statut dans leur domaine restreint. Elles revendiquent sans opposition de ces derniers, possiblement parce que cette opposition s'est exercée pour le rétablissement de leur profession quelques années auparavant (1999), ou encore parce qu'elles cherchent un pouvoir quasi-médical relativement aux autres. Les professions de statut faible sont peu revendicatrices, encore moins que ce que Bucher (2016) permet d'anticiper. En effet, elles ne tentent pas de démasquer le pouvoir des professions de statut médian ou élevé. Elles en divergent aussi avec leurs stratégies rhétoriques très conservatrices de normalisation. La seule profession de statut élevé, celle des médecins, s'oppose à la collégialité et demande un balisage étroit des autres professions en ne revendiquant que sa propre autonomie. Elle le fait sans beaucoup entrer dans un débat

d'idées, utilisant plutôt son pouvoir pour affirmer comme une évidence l'organisation qu'elle souhaite, suivant ainsi surtout une stratégie de normalisation. En ceci, elle adopte la posture anticipée suivant Bucher (2016). On voit donc un lien entre statut élevé et maintien du statu quo par normalisation; un lien entre statut faible, acquiescement à l'ordre établi et rares revendications utilisant aussi la normalisation; de même qu'un lien entre statut médian et revendications plus affirmées et argumentées.

Au niveau des juridictions, la mainmise des médecins sur la classification diagnostique et la prescription de traitements et d'examen est remarquable. En particulier, il faut souligner l'interdiction de parler de « diagnostic » pour les activités évaluatives de toute autre profession. Ces catégories d'activités sont revendiquées par toutes les professions de statut médian, mais aucune concession n'est obtenue. Malgré les arguments, l'exclusivité des médecins est présentée comme une nécessité évidente. Néanmoins, des discussions ont lieu. On peut donc croire que leur attribution exclusive aux médecins est suffisamment problématisée pour justifier la rationalisation, une stratégie rhétorique de légitimation sociopolitique. En contraste, la colligation des données pour le diagnostic et la mise en oeuvre des traitements semblent pouvoir être partagées sans problème. Ces activités plus routinières sont moins cruciales pour le statut et impliquent davantage de travail que ce que les médecins pourraient accomplir. Il est donc avantageux pour les médecins de concéder ces juridictions en subordination. Ces observations illustrent bien le modèle d'Abbott (1988) et la solidité de la position des médecins.

Une association peut aussi être faite entre statut et type de revendication, de stratégie et de résultats (Tableau 6b). En particulier, la normalisation est la stratégie rhétorique principale pour presque toutes les parties prenantes revendiquant ou acquiesçant au leadership des médecins, c'est-à-dire alignées avec l'ordre établi. Pour les professions qui revendiquent la collégialité, la stratégie rhétorique principale est soit la rationalisation, soit la normalisation. Toutes demandent aussi des changements aux juridictions. On peut remarquer que, dans presque tous les cas, les professions qui utilisent la normalisation réussissent et celles qui utilisent la rationalisation échouent. Les diététistes constituent une exception avec leur stratégie principale de normalisation qui échoue, possiblement parce que la normalité qu'ils prônent n'est pas bien alignée avec celle du Groupe Bernier. Les travailleurs sociaux constituent une autre exception en réussissant avec une stratégie rhétorique principale de rationalisation, possiblement parce qu'ils visent des problèmes à la marge du domaine médical. Ces corrélations qualitatives appuient l'hypothèse et les recommandations présentées au chapitre précédent (Tableaux 6c et 6d) et rappelées ci-dessous.

Hypothèse et implications stratégiques

Les arguments rationnels ou moraux ne seraient recommandables que lorsque le statu quo est considéré problématique par l'interlocuteur. La rhétorique de normalisation serait quant à elle à privilégier lorsque le statu quo va de soi, c'est-à-dire face à une légitimité cognitive forte. Toutefois, il faut considérer que le statu quo n'est jamais remis en question qu'au niveau de certains éléments alors que tous les autres continuent à aller de soi au point de ne pas être questionnés. Même un statu quo perçu comme problématique est donc en majeure partie cognitivement légitime. Il en découle que la normalisation ne devrait jamais être exclue. Les stratégies de narrativisation et d'approbation par un tiers devraient aussi être utilisées dans un contexte comme dans l'autre. On comprend donc qu'un plaidoyer devrait rarement utiliser exclusivement un seul type de stratégie rhétorique. Les stratégies non-rhétoriques ne sont pas couvertes par ce mémoire, mais elles devraient aussi être utilisées en complément. Cette hypothèse (Tableau 6c), dérivée de Bitektine (2015) et de Bucher (2016) à la lumière des observations, et les recommandations qu'elle implique (Tableau 6d) forment la leçon stratégique qui ressort le plus clairement de ce mémoire.

Bibliographie

Les textes identifiés ci-dessous appartiennent à la littérature académique, sauf ceux qui ont été utilisés pour décrire le contexte. Ces derniers textes sont plutôt du domaine gouvernemental, professionnel ou médiatique et sont suivis par un « (c) » pour les distinguer. Certains textes sont relativement anciens puisqu'ils sont liés au contexte précédant 2002 ou rappellent les bases essentielles relativement aux professions et à la perspective systémique, à la collaboration et à la compétition, à la légitimation et aux stratégies rhétoriques, ou encore à la méthodologie. Les textes courants sont aussi indiqués.

ABBOTT, Andrew (1988), *The System of Professions*, Chicago, the University of Chicago Press, 435 p.

ACKROYD, Stephen (2016), « Sociological and organisational theories of professions and professionalism », p. 15-30 dans Dent, Mike, Ivy Lynn Bourgeault, Jean-Louis Denis & Ellen Kuhlmann, *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*

ACP (2001), Position de l'Association canadienne de physiothérapie rapportée par Bernier (2001) (c)

ALDRICH, H.E. & C.M. FIOL (1994) « Fools rush in ? The Institutional Context of Industry Creation », *Academy of Management Review* 19(4), p. 645-670.

AMIT, Raphael & Paul J. H. SCHOEMAKER (1993), « Strategic assets and organizational rent », p. 33-46 dans *Strategic Management Journal* 14(1), janvier 1993; en ligne à doi.org/10.1002/smj.4250140105; cité par Rouleau (2011)

ARREGLE, Jean-Luc (1995), « Le savoir et l'approche Resource Based: une ressource et une compétence », p. 84-94 dans *Revue Française de Gestion* 105, septembre-octobre 1995; cité par Prévot (2010)

AVENIER, Marie-Josée (1997), « Une conception de l'action stratégique en milieu complexe : la stratégie tâtonnante », p. 7-35, *La stratégie 'chemin faisant*, Economica

BACHELARD, Gaston (1934), *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Alcan, rapporté par Juignet (2015).

BALLOU, Kathryn A. (2000), « A Historical-Philosophical Analysis of the Professional Nurse Obligation to Participate in Sociopolitical Activities », p. 172-184 dans *Policy, Politics, & Nursing Practice* 1(3); consulté le 9 décembre 2016 en ligne au doi.org/10.1177/152715440000100303

BARNARD, Chester I. (1938 [1968]). *The Functions of the Executive (Thirtieth Anniversary ed.)*. Cambridge, MA: Harvard University Press..

BARNEY, Jay B. (1986), « Strategic Factor Markets : Expectations, Luck, and Business Strategy », p. 1231-1241 dans *Management Science* 32(10)

BARNEY, Jay B. (2002), *Gaining and Sustaining Competitive Advantage*; Prentice Hall, 600 p.; en ligne à doi.org/10.5465/ame.2002.7173521; cité par Prévot (2010)

BEAULIEU, Louis (2007), « Mot du président et directeur-général : des défis à la hauteur des audiologistes et des orthophonistes », p. 5-6 dans *50 ans, 1955-2005 : les audiologistes et les orthophonistes au service de la population*, Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 22 p; consulté le 14 décembre 2016 à www.ooaq.qc.ca/ordre/historique/doc-historique/programme-50-ans.pdf (c)

BECKER, Howard S. (2007), *Telling about Society*; Chicago Guides to Writing, Editing and Publishing; University of Chicago Press, 304 p.

BEDEIAN, Arthur G. & Daniel A. WREN (2001), « Most Influential Management Books of the 20th Century », p. 221-225 dans *Organizational Dynamics* 29 (3)

BÉGIN, Paul (2001), *Allocution*; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale; consulté le 8 sept. 2014 (c)

BÉGIN, Paul (2002, 12 juin), *Procès-verbal de l'Assemblée nationale*; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/36-2/journal-debats/20020612/9669.html ; consulté le 23 nov. 2014 (c)

BÉGIN, Paul (2002, 1^{er} mai). *Allocution de présentation du projet de loi 90*; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale; consulté le 8 sept. 2014 (c)

BÉGIN, Paul (2002, 24 mai), « Notes pour l'allocution du ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Monsieur Paul Bégin à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du Conseil interprofessionnel du Québec » du 24 mai 2002, 6 p.; consulté le 18 déc. 2014 en ligne à www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/Alloc-mini_CIQ_2002-05-24.pdf (c)

BENFARI, Robert C., Harry E. WILKINSON & Charles D. ORTH (1986), « The effective use of power », p. 12-16 dans *Business Horizons* 29(3), mai-juin 1986; en ligne au [doi.org/10.1016/0007-6813\(86\)90002-9](https://doi.org/10.1016/0007-6813(86)90002-9); cité par Rouleau (2011)

BENZÉCRI et al. (1981), *Pratique de l'analyse des données : linguistique et lexicologie* 3, Paris, Dunod, 565 p.

BERGER, P. L. and T. LUCKMANN (1966), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Garden City, NY: Anchor Books.

BERGMAN, Lawrence S. (2002, 12 juin), *Procès-verbal de l'Assemblée nationale*; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/36-2/journal-debats/20020612/9669.html ; consulté le 23 nov. 2014 (c)

BERNIER, Roch & al. (2001), *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : Rapport d'étape*, Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, novembre 2001 (c)

BERTEOTTI & SEIBOLD (1994), « Coordination and role-definition problems in health care teams : a hospice case study », p. 107-131 dans Frey, L.R. (éd.), *Group communication in context : Studies of natural groups*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum

BITEKTINE, Alex & Patrick HAACK (2015), « The "Macro" and the "Micro" of Legitimacy : Toward a Multilevel Theory of the Legitimacy Process », p. 49-75 dans *Academy of Management Review* 40(1).

BITEKTINE, Alex (2011), « Toward a Theory of Social Judgments of Organizations : the Case of Legitimacy, Reputation, and Status », p. 151-179 dans *Academy of Management Review* 36(1).

BLEAKLEY, A. (2013), « The dislocation of medical dominance: Making space for interprofessional care », *Journal of Interprofessional Care* 27, p. 24-30

BOLTANSKI Luc & Eve CHIAPELLO (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard

BOLTANSKI, Luc & Laurent THÉVENOT (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Collection NRF Essais, Gallimard, 496 p.

BOUCHER, Guylaine (2002, 12 octobre), « Professions - Changement de mentalité » dans *Le Devoir*; consulté le 5 décembre 2014 en ligne au www.ledevoir.com/societe/sante/10982/professions-changement-de-mentalite (c)

BOXENBAUM, Eva & Linda ROULEAU (2011), « New Knowledge Products as Bricolage: Metaphors and Scripts in Organizational Theory », p. 272-296 dans *Academy of Management Review* 36(2)

BUCHER, Silke V., Samia CHREIM, Ann LANGLEY & Trish REAY (2016), « Contestation about Collaboration : Discursive Boundary Work among Professions », p. 497-522 dans *Organization Studies* 37(4).

BUREAU, Sylvain & Jean-Baptiste SUQUET (2009), « A professionalization framework to understand the structuring of work », p. 467-475 dans *European Management Journal* 27

BUSSIÈRES, 2012, cité par CSBE (2014)

BUSSIÈRES, Jean-François & N. MARANDO (2011), « De l'apothicaire au spécialiste : histoire de la pharmacie hospitalière au Québec », 560 pages ; en ligne au www.apesquebec.org/apothicaire.

CALLON, M. et al. (1993), « Les articles et la production de connaissances certifiées » dans *La scientométrie*, coll. « Que sais-je », no. 2727, Paris, PUF.

CANADA (2011), « Nurses (Canadian military) », sur le site *Canadian Military History Gateway*, mis à jour le 29 mars 2011; en ligne au www.cmhg-phmc.gc.ca; consulté le 16 août 2017 (c)

CANGUILHEM (1968), *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, rapporté par Juignet (2015).

CARR-SAUNDERS, A.M. and WILSON, P.A (1933), *The Professions*; Oxford, Clarendon Press

CASTONGUAY (2008), *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé – En avoir pour notre argent*, Gouvernement du Québec (c)

CASTONGUAY, Claude & Gérard NEPVEU (1967), *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, vol. 1: L'assurance-maladie*, Gouvernement du Québec (c)

CHAMPAGNE, Stéphane (2014), « Une réforme "costaude" du *Code des professions* : entrevue du mois, avec Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office des professions », p. 7 dans *Entracte* 23(2) (c)

CIQ (2014), « Histoire du système professionnel québécois », site du Conseil interprofessionnel du Québec, en ligne au XXX; consulté le 6 mai 2016 (c)

CIQ (2015), « Description », site du Conseil interprofessionnel du Québec, en ligne au XXX; consulté le 4 mai 2016 (c)

CIQ (1997), *Démarche de mise à jour du système professionnel*, rapport informel du Conseil interprofessionnel du Québec à l'Office des professions du Québec incluant des fiches sur le travail des professions et les commentaires des ordres professionnels; accessible dans les archives de l'Office des professions du Québec (c)

CLAIR (2000), « Rapport », Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux mandatée par le gouvernement québécois, publié le 15 juin 2000; transmis à la ministre Pauline Marois le 18 déc. 2000 (c)

COGAN, M. (1953), « Towards a Definition of Professions », p.33-50 dans *Harvard Educational Review* 23

COLLÈGE des médecins du Québec (2016), Page sur les spécialités;; En ligne au www.cmq.org/fr/Public/TravailObligations.aspx, consulté le 1^{er} mai 2019 (c)

COMANOR, William S. & Stuart O. SCHWEITZER (2007), « Determinants of drug prices and expenditures », p. 357-370 dans Special Issue: Economic and Policy Issues in the Pharmaceutical Industry de *Economic and Policy Issues in the Pharmaceutical Industry* 28 (45), juin-août 2007; consulté en ligne le 18 décembre 2016 au doi.org/10.1002/mde.1346

CONTANDRIOPOULOS, Damian & al. (2008), « Tensions entre rationalité technique et intérêts politiques : l'exemple de la mise en œuvre de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* au Québec », manuscrit d'auteur, p. 219-243, *Can Public Adm.* 50(2)

CRONIN, Cory E., Kristin A. SCHULLER & Douglas S. BOLON (2018), p. 1-14 dans « Hospital Administration as a Profession »; en ligne à doi.org/10.7577/pp.2112

CSBE (2014), « Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec », rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 316 p; consulté le 16 décembre 2016 en ligne au www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Medicaments/CSBE_Medicaments_EtatSituation_2e.pdf (c)

CSBE (2015), « Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système », Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 138 p.; consulté le 16 décembre 2016 en ligne au www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/Medicaments/CSBE_Medicaments_Recomm.pdf (c)

CYERT, Richard & James G. MARCH (1992). *A Behavioral Theory of the Firm*, 2^e éd.; Wiley-Blackwell; cité par Rouleau (2011)

D'AMOUR, Danielle, Dominique TREMBLAY et Michelle PROULX (2009), « Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical », p. 301-320, dossier sur le pouvoir médical dirigé par Raymond Hudon dans la revue de sociologie de l'Université Laval, *Recherches sociographiques* 50(2).

D'AMOUR, Danielle, M. FERRADA-VIDELA, Rodriguez L SAN MARTIN & MD BEAULIEU (2005), « The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks », p. 116-131 dans *J Interprof Care* 19(1), Suppl 1, mai 2005

DEEPHOUSE, D.L. & M.C. SUCHMAN (2008), « Legitimacy in Organizational Institutionalism, p. 49-77 dans Greenwood & al., *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Los Angeles, Sage ; cité par Bitektine (2011).

DENIS J.-L., A. LANGLEY & L. ROULEAU, « Strategizing in pluralistic contexts : rethinking theoretical frames », p. 179-215 dans *Human Relations* 60(1)

DENIS, Jean-Louis, Lise LAMOTHE, Ann LANGLEY & Stéphane GUÉRARD (2008), « Réforme et gouverne en santé : l'attrait pour une managérialisation de l'action publique », p. 51-68 dans Laborier et al. (2008).

DENT, M. & S. Whitehead (2002), *Managing Professional Identities: Knowledge, Performativity and the 'New' Professional*, Routledge, 262 p.

DESROSIERS, G. (2007), « Bill 90: repercussions for all nurses », p. 6-8 dans *Perspective Infirmière*, revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 4(3) (c)

DURKHEIM, Émile (1893 [1967]), *De la division du travail social* ; Paris, PUF, Collection Bibliothèque de philosophie contemporaine. 8^e éd., 416 p.

DUSSAULT, Gilles et Carl-Ardy DUBOIS (2003), « Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins », ch. 9, p. 229-259 Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (2009), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Université Laval, 507 p.

DUTRISAC (2015, 6 février), « Notes pour l'allocation prononcée par Me Jean-Paul Dutrisac, président de l'Office des professions du Québec », *Congrès de l'Ordre des ADMA*; consulté le 16 déc. 2014 en ligne au www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/2015_02_06_NOTES_Allocation_ADMA_2015-02-06.pdf (c)

EHRENREICH, John & Barbara EHRENREICH (1979), « Between Labor and Capital », 1^e édition, Boston: South End Press

ÉLUARD, Paul (1926), *Capitale de la Douleur*; Paris, Gallimard; rapporté par Sparer (2011) (c)

EMERY, E. & TRIST, E. (1969) « Socio-Technical Systems » dans Emery, *SystemsThinking*; Penguin Books, London

ENAP (2012), *L'État québécois en perspective : L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, Observatoire de l'administration publique, printemps 2012, p. 2, 296 p.

FAILLE, Claudia (2016), « Pour une véritable reconnaissance des sages-femmes », *Site de la Fédération des professionnelles* [sic], CSN, consulté le 17 décembre 2016 en ligne au fpcsn.qc.ca/2016/11/05/pour-une-veritable-reconnaissance-des-sages-femmes (c)

FARASHAHI, M. & T. HAFSI (2009), *Strategy of firms in an unstable institutional environment*, p. 643-666 dans *Asia Pacific Journal of Management* 26(4); cité par Rouleau (2011)

FMSQ (2016), « Spécialités médicales », *Site de la Fédération des médecins spécialistes du Québec*; en ligne au www.fmsq.org/fr/profession/medecine-specialisee/specialites-medicales; consulté le 8 décembre 2016 (c)

FOUGEYROLLAS, P., R., CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ & G. ST-MICHEL (1998), *Classification québécoise, Processus de production du handicap*, Réseau international sur le processus de production du handicap, Québec; basé sur le doctorat en anthropologie de Fougeyrollas et cité par Bernier (2001).

FREIDSON, E. (1994), *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Chicago: University of Chicago Press; cité par Saks (2002)

FREIDSON, E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, IL: The University of Chicago Press

FREIDSON, E. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Co.; cité par Saks (2002)

GLASER, B.G. & A.L. STRAUSS (1967). « The Discovery of Grounded Theory » dans *Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine; rapporté par Pires (1997)

GOMEZ, Pierre-Yves (1997), « Informations et conventions. Le cadre du modèle général », p. 217-240 dans *Revue française de gestion* 112; en ligne au archives-rfg.revuesonline.com/gratuit/RFG32_160_11_Pierre-Yves-RFG160_HS.pdf; consulté le 15 mars 2014.

GOUPIL, Linda (1999), « La mise à jour du système professionnel québécois : Plan d'action présenté par Madame Linda Goupil, ministre responsable de l'application des lois professionnelles »; Office des professions du Québec, 16 p.; consulté le 12 décembre 2014 en ligne au www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/1-Plan%20d%27action_26%20nov_1999..pdf (c)

GREENWOOD, E. (1957), « Attributes of a profession », p. 45-55 dans *Social Work* (2)

GREENWOOD, R. and SUDDABY, R (2006), « Institutional entrepreneurship in mature fields: the big five accounting firms », p. 27-48 dans *Academy of Management Journal* 49(1)

GREENWOOD, Royston & C. R. HININGS (1996), « Understanding Radical Organizational Change: Bringing together the Old and the New Institutionalism », p. 1022-1054 dans *The Academy of Management Review* 21(4), oct. 1996; en ligne au www.jstor.org/stable/259163

HAGBAGHERY, M.A., M. Salsali & F. Ahmadi (2004), « The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study », p. 2 dans *BMC Nursing* 3(1)

HANNAN, M.T. and J. FREEMAN (1977), « The population ecology of organizations », p. 929-964 dans *American Journal of Sociology* 82 (5); consulté le 14 novembre 2014 en ligne au www.jstor.org/stable/2777807

HARRIS (2002), « Introduction to The Legacy of Zellig Harris: Language and Information into the 21st Century: Vol. 1: Philosophy of science, syntax, and semantics », John Benjamins Publishing Company.

HEDSTRÖM, P. & L. UDEHN (2009), « Analytical sociology and theories of the middle range », p. 25-47 dans P. Hedström & P. Bearman (Éd.), *The Oxford Handbook of Analytical Sociology*. Oxford: Oxford University Press.

HICKSON, D. & THOMAS, M. (1967), « Professionalisation in Britain: A Preliminary Measurement », pp. 37–53 dans *Sociology* 3(1); rapporté par Ackroyd (2016)

HICKSON, D.J., C.R. HININGS, C.A. LEE, R.E. SCHNECK, & J.M. PENNINGS (1971), « A Strategic Contingencies' Theory of Intraorganizational Power », p. 216-229 dans *Administrative Science Quarterly* 16(2), juin 1971; en ligne au www.jstor.org/stable/2391831; cité par Rouleau (2011).

HININGS, C. R. and R. GREENWOOD (1988), *The Dynamics of Strategic Change*; Oxford: Blackwell.

HUDON, Raymond (2009), « Le pouvoir médical au Québec. Tensions autour du statut professionnel des médecins », p. 245-253, dossier sur le pouvoir médical dirigé par Raymond Hudon dans la revue de sociologie de l'Université Laval, *Recherches sociographiques* 50(2)

HUDON, Raymond, Élisabeth MARTIN et Maxime PERREAULT (2009), « Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure », p. 321-344, , dossier sur le pouvoir médical dirigé par Raymond Hudon dans la revue de sociologie de l'Université Laval, *Recherches sociographiques* 50(2)

HUDON, Raymond, Rachel MATHIEU et Élisabeth MARTIN (2009), « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », p. 255-281, dossier sur le pouvoir médical dirigé par Raymond Hudon dans la revue de sociologie de l'Université Laval, *Recherches sociographiques* 50(2)

ICIS (2016), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2016*, Institut canadien d'information sur la santé; consulté le 20 décembre 2016 en ligne au secure.cihi.ca/free_products/NHEX-Trends-Narrative-Report_2016_FR.pdf (c)

ISI (2008), *Web of Science*; Institute for Scientific Information de Thomson Reuters; consulté le 28 janvier 2019 en ligne au www.webofknowledge.com/

JOHNSON, T. J. (1972), *Professions and Power*; London: Macmillan; rapporté par Ackroyd (2016)

JUIGNET, Patrick (2015). « L'objet de la connaissance scientifique » dans *Philosophie science et société*, en ligne au philosciences.com/philosophie-et-science/methode-scientifique-paradigme-scientifique/118-objet-connaissance-scientifique; consulté le 4 mai 2016.

JUNG, Carl Gustav (2008), *L'Âme et la vie*, Livre de poche; recueil de texte de Jung réunis et présentés par Jolande Jacobi et introduits par Michel Cazenave, 533 p.

KUHN, T. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*; University of Chicago Press.

LABORIER, Pascale, Pierre NOREAU, Marc RIOUX et Guy ROCHER (dirs) (2008), *Les réformes en santé et en justice : Le droit et la gouvernance* avec des chapitres de Buton, Contandriopoulos, Denis, Jaccoud, Lamarche, Lemay, Machikou, Noreau, Pierru, Rioux, Rocher, Vauchez et Willemez, Québec, Presses de l'Université Laval

LAFAYE, Claudette & Laurent THÉVENOT (1993), « Une justification écologique ? Conflits dans l'aménagement de la nature », p. 495-524 dans *Revue française de sociologie* 34(4).

LANGLEY, A., & DENIS, J. L. (2008). « Les dimensions négligées du changement organisationnel ». *Télescope*, 14(3), p. 13-32

LANGLEY, A., & Denis, J. L. (2008). « Les dimensions négligées du changement organisationnel ». *Télescope*, 14(3), p. 13-32

LARIVIÈRE, Vincent, Yves GINGRAS & Éric ARCHAMBAULT (2009), « The Decline in the Concentration of Citations, 1900–2007 », p. 858-862 dans *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 60(4).

LEFSRUD, Lianne M. & Renate E. MEYER (2012), « Science or Science Fiction? Professionals' Discursive Construction of Climate Change », p. 1477-1506 dans *Organization Studies* 33 (11). Accessible en ligne au journals.sagepub.com/doi/10.1177/0170840612463317, consulté le 8 juillet 2016.

LEGAULT, François (2002), cité par Bégin (2010, 1^{er} mai) (c)

LÉGER (2016), « Baromètre des professions 2016 », consulté le 12 décembre 2016 en ligne au www.leger360.com (c)

LEMOYNE, Gaétan (2004), « 30^e anniversaire du Code des professions et du système professionnel », Notes pour l’allocution de Me Gaétan Lemoyne, président de l’Office des professions du Québec, le 10 nov. 2004; consulté le 12 déc. 2014 en ligne au www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/All-30e-CP-SP_2004-11-10.pdf (c)

LÉVESQUE, Christian (2004), « Il y a 30 ans - La naissance du système professionnel québécois : Une des réformes les plus importantes de l'histoire du Québec », *Le Devoir*, 16 octobre 2004 (c)

LEVINE, David (2007), « The Reform of Health and Social Services in Quebec », p. 46-54 dans *Healthcare Papers* 8(sp), septembre 2007

LORQUET, Édith (2003), « Projet de loi 90 : un nouveau cadre juridique pour le partage des activités professionnelles », p. 6-8 dans *Le Collège* 43(3) (c)

MADORE, O. (2005), *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, Service d’information et de recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 30 p. (c)

MAHON, J.F. et al. (1992), “Strategic issues management: An integration of issue life cycle perspectives” dans *Business & Society* 31(1), 19 p.

MARCHILDON, Gregory P. (2013), « Canada : Health system review » dans *Health Systems in Transition* 13(1), Toronto, University of Toronto Press / European Observatory on Health Systems and Policies, 173 p.

MARQUIS, B. L., & HUSTON, C. J. (2006), *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

MCKINLAY, J. & ARCHES, J. (1985), « Towards the proletarianization of physicians », p. 161-195 dans *International Journal of Health Services* 18; rapporté par Saks (2012); en ligne au <http://dx.doi.org/10.2190/JBMN-C0W6-9WFQ-Q5A6>

MERTON, Robert K. (1949 [1968]), « On Sociological Theories of the Middle Range », p. 39-72 dans *Social Theory and Social Structure*, édition augmentée de 1968; New York, Simon and Schuster, 702 pages

MEYER, John W. & Brian ROWAN (1977), « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony », p. 340-363 dans *American Journal of Sociology* 83(2); cité par Deephouse & Suchman (2008); en ligne au www.jstor.org/stable/2778293.

MEYER, John W. & W. Richard SCOTT (1983), *Organizational environments: Ritual and rationality*; Beverly Hills, CA: Sage, 302 p.; cité par Deephouse & Suchman (2008)

MILES, M.B., & HUBERMAN, M.A. (2003), *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.); Paris, De Boeck

MINTZBERG, Henry (1986 [2003]), *Le Pouvoir dans les Organisations*, Paris, Éditions d’Organisation; rapporté par Rouleau (2011)

MONTMARQUETTE, C. (2001), *Pour un régime d'assurance équitable et viable – Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec*; Comité Montmarquette, Gouvernement du Québec, 73 p.; cité par CSBE (2014) (c)

MSSS (1999), *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 98 p. (c)

MSSS (2011), *Salariés et cadres des établissements publics et privés conventionnés et des ASSS du réseau de la santé et des services sociaux : dénombrement et rémunération*; Ministère de la Santé et des Services sociaux, cité par ENAP (2012) (c)

MSSS (2015), « Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec », Ministère de la Santé et des Services sociaux; consulté en ligne le 20 décembre 2016 au publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf (c)

OEQ (2001), mémoire déposé au Groupe Bernier par l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec; rapporté par Bernier (2001) (c)

OFFICE des professions du Québec (1996), *Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels, la consultation : constats et prospective*, 27 p.; consulté en ligne le 8 décembre 2014 au www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Rapport_etude/Sept%201996_Reserve-ET-partage-actes-professionnels.pdf (c)

OFFICE des professions du Québec (1997), *Le système professionnel québécois de l'an 2000 : L'adaptation des domaines d'exercice et du système professionnel à la réalité du XXIe siècle ; Avis au gouvernement du Québec transmis au ministre responsable de l'application des lois professionnelle*, Office des professions du Québec, juin 1997, 65 p. (c)

OFFICE des professions du Québec (1999) « Anthologie commémorative 1974-1999 », *site web de l'Office*; en ligne au www.opq.gouv.qc.ca; consulté le 2 mai 2016 (c)

OFFICE des professions du Québec (2003), *Cahier explicatif relatif à la Loi 90 (2002, chapitre 33), loi modifiant le code des professions [...]*, en ligne au www.Office.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf ; consulté le 23 déc. 2014 (c)

OFFICE des professions du Québec (2015), « Description », *site web de l'Office*; en ligne au www.opq.gouv.qc.ca; consulté le 4 mai 2016 (c)

OFFICE des professions du Québec (2016), « système professionnel québécois: système professionnel en bref », *site web de l'Office*; en ligne au www.Office.gouv.qc.ca; consulté le 2 mai 2016 (c)

OIQ (2001, mai), mémoire déposé au Groupe Bernier par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, cité dans Bernier (2001) (c)

OIQ (2012), *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (c)

OOAQ (2001, avril) document déposé au Groupe Bernier par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec avant sa deuxième rencontre avec le Groupe Bernier (c)

OOAQ (2017), « historique de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec », *site web de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec* (c)

OPDQ (2001, mars) propositions de changements déposées au Groupe Bernier par l'Ordre des diététistes du Québec après une première rencontre, cité par Bernier (2001) (c)

OPIQ (1998), document déposé à l'Office des professions du Québec par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (c)

OPPQ (2001, avril), documentation déposée au Groupe Bernier par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec entre les première et deuxième rencontres (c)

OPQ (2001, juin), mémoire déposé au Groupe Bernier par l'Ordre des pharmaciens du Québec (c)

OPQ (2016), *Site de l'Ordre des pharmaciens du Québec*; en ligne au www.opq.org/; consulté le 13 décembre 2016 (c)

ORCHARD, C. A., V. CURRAN & S. KABENE (2005), « Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice », p. 1-13 dans *Medical Education Online* 10

OSFQ (2017), « Définition », *Site de l'Ordre des Sages-femmes du Québec*; en ligne au www.osfq.org/grand-public/definition-dune-sage-femme; consulté le 15 décembre 2016 (c)

OTIMROEPMQ (2018), « Historique », *Site de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électro-physiologie médicale du Québec*; en ligne au <http://www.otimroepmq.ca/a-propos-de-lordre/historique>; consulté le 15 décembre 2016 (c)

OTSTCFQ (2017), *Site de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*; en ligne au beta.otstcfq.org; consulté le 16 décembre 2016 (c)

PARRY, N. and PARRY, J. (1976), *The rise of the medical profession*. London: Croom Helm; rapporté par Saks (2012)

PARSONS, T. 1954. Professional and social structure. In *Essays in Sociological Theory*. Glencoe, IL: Free Press

PATRIOTTA, Gerardo, Jean-Pascal GOND & Friederike SCHULTZ (2011), « Maintaining Legitimacy: Controversies, Orders of Worth, and Public Justifications », p. 1804-1836 dans *Journal of Management Studies* 48(8); disponible en ligne au doi.org/10.1111/j.1467-6486.2010.00990.x.

PENROSE, Edith (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, Wiley; cité par Rouleau (2011)

PETRI, Laura (2010), « Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration », p. 73-82 dans *Nursing Forum* 45(2), avril-juin 2010; consulté en ligne le 16 décembre 2014 au doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x

PETTIGREW, A.M. (1985), « Culture and Politics in Strategic Decision Making and Change », dans *Strategic Decision Making in Complex Organizations*, J. M. Pennings (ed.), San Francisco: Jossey-Bass; rapporté par Rouleau (2011)

PFEFFER, J. (1981), *Power in organizations*, Marshfield, MA, Pitman Publishing Corp., 402 p.; cité par Rouleau (2011)

PFEFFER, Jeffrey & Gerald R. SALANCIK (1978), *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, New York, Harper and Row; cité par Rouleau (2011) et par Deephouse & Suchman 2008

PIRES, Alvaro (1997), « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », p. 113-169 de Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*; Montréal: Gaëtan Morin, Éditeur, 405 p.

PORTER, Michael E. (1979), « How Competitive Forces Shape Strategy » dans *Harvard Business Review*, mars 1979, 18 p.; consulté le 17 décembre 2016 en ligne au hbr.org/1979/03/how-competitive-forces-shape-strategy

POWELL, Walter W. & Paul J. DIMAGGIO (éd.) (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, 486 p.

PRAHALAD, C.K. & Gary HAMEL (1990), « The Core Competence of the Corporation », p. 79-91 dans *Harvard Business Review* 68(3), mai-juin 1990; en ligne au SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1505251>; cité par Rouleau (2011)

PRÉVOT, F., F. BRULHART, G. GUIEU & L. MALTESE (2010), « Perspectives fondées sur les ressources: Proposition de synthèse », p. 89-103 dans *Revue française de gestion*, 204(5) consulté en ligne au www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2010-5-page-87.htm en date du 2 mai 2016.

PUGH, D. & HICKSON, D. (1976), *Organizational Structure in Its Context*; Farnborough: Saxon House; rapporté par Ackroyd (2016)

QUÉBEC (1973), *Loi sur la pharmacie*, citée par CSBE (2014) (c)

QUÉBEC (1973), *Loi sur les infirmières et les infirmiers*; en ligne à legisquebec.gouv.qc.ca; consulté le 8 décembre 2016 (c)

QUÉBEC (2002), *Projet de loi n°90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Travaux parlementaires de l'Assemblée nationale, Québec, Éditeur officiel du Québec; consulté le 23 nov. 2014 en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2 (c)

QUÉBEC (2003), *Loi sur les infirmières et les infirmiers*; en ligne à legisquebec.gouv.qc.ca; consulté le 13 décembre 2016 (c)

QUÉBEC (2005), *Loi médicale* (L.R.Q., chapitre M-9), Québec, Éditeur officiel du Québec; en ligne au www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca ; consulté le 4 décembre 2014 (c)

QUÉBEC (2008), *Code de déontologie des pharmaciens*; en ligne à legisquebec.gouv.qc.ca/fr; consulté le 6 décembre 2016 (c)

QUÉBEC (2009), *Projet de loi n°21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Travaux parlementaires de l'Assemblée nationale*, en ligne au [www.assnat.qc.ca /fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html); consulté le 9 décembre 2014 (c)

QUÉBEC (2014), *Projet de loi n°20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, Travaux parlementaires de l'Assemblée nationale*, Québec, Éditeur officiel du Québec; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html; consulté le 23 décembre 2014 (c)

QUÉBEC (2017), « Avenir en santé », site du Gouvernement du Québec sur les métiers de la santé et des services sociaux; consulté le 3 août 2017 en ligne à avenirensante.gouv.qc.ca (c)

QUÉBEC (2018), « Titulaires des ministères depuis 1867 »; en ligne au www.assnat.qc.ca/fr/patrimoine/ministitulaires2.html; consulté le 4 mai 2018 (c)

RABETOY, C.P. (2003, January 21). « Response to The 1965 entry into practice proposal-is it relevant today? by D.J. Gosnell », p. 1 dans *Online Journal of Issues in Nursing*; consulté le 11 mai 2009 en ligne à www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/LetterstotheEditor/ChristyPriceRabetoyLetter.aspx; cité par Marquis & Huston (2006)

RAMQ (2002), *Portrait évolutif du régime public d'assurance médicaments (version abrégée) 1998-1999-2000*, Régie de l'assurance maladie, Gouvernement du Québec, 115 p.; consulté le 14 décembre 2018 en ligne au www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappetu-evolution-assurance-medicaments-fr.pdf (c)

RAMQ (2007), *Manuel des pharmaciens*; Régie de l'assurance maladie, Gouvernement du Québec; consulté le 10 décembre 2016 en ligne au www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pharmaciens/manuels (c)

RENAUD, Marc (1997), « Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois », p. 127-152 dans *Sociologie et sociétés* 9(1)

ROCHON, Jean (1988), *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Publications du Québec, Québec (c)

ROMANOW, Roy (2002), *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (c)

ROULEAU, Linda (2007), *Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*; Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 263 p.

ROULEAU, Linda (2011), *Théorie des organisations*; Québec, Presses de l'Université du Québec, 292 p.

RSFQ (2017), *Site du Regroupement des sages-femmes du Québec*; en ligne au www.rsfq.qc.ca; consulté le 15 décembre 2016 (c)

SAINSAULIEU Renaud & Denis SEGRESTIN (1986), « Vers une théorie sociologique de l'entreprise », p. 335-352 dans *Sociologie du travail* 28(3), Juillet-septembre; en ligne au doi.org/10.3406/sotra.1986.2052; cité par Rouleau (2011)

SAKS, M. (2012). « Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise » dans *Professions and Professionalism* 2(1); en ligne au doi.org/10.7577/pp.v2i1.151; consulté le 12 décembre 2014

SAMSON, Jean K. (2003), *Notes préparées par le président de l'Office pour la présentation de la Loi 90 aux représentants du réseau de la santé*, Québec, Office des professions du Québec (c)

SCOTT, Richard W. (2014), « Institutions and Organizations : Ideas, Interests and Identities », retour ses travaux antérieurs depuis Scott & Blau (1962), « Formal Organization : A Comparative Approach » jusqu'à l'édition de 2008 de Scott (1995), « Institutions and Organizations », p. 136-140 dans *M@n@gement* 17(2).

SÉGUIN, Francine, T. HAFSI & C. DEMERS (2008), *Le management stratégique. De l'analyse à l'action*, Éditions Transcontinental, 325 p.

SELZNICK, P. (1957), *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*; Evanston, Illinois, Row, Peterson;. cité par Deephouse & Suchman (2008)

SICOTTE, Claude, Danielle D'AMOUR et Marie-Pierre MOREAULT (2002), « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », p. 991-1003 dans *Social Science & Medicine* 55(6), sept. 2002.

SMITH, Adam (1776 [1888]), *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Petite bibliothèque économique, Paris, Guillaumin & cie, traduction par Jean-Gustave Courcelle-Seneuil de l'anglais *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Londres, Strahan and Cadell.

SPARER, Michel (2011), *L'encadrement des professions : une responsabilité de l'État pour la protection du public*, notes pour la présentation du système professionnel québécois au Colloque Ary Bordes sous le thème « Investir dans les ressources humaines pour reconstruire un système de santé performant », Port-au-Prince, Haïti, 23 mars 2011, 26 p.; consulté le 5 décembre 2014 en ligne au www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/Michel%20Sparer%20Port-au-Prince%2028-03%202011.pdf (c)

SPARER, Michel (2016), référence à récupérer (c)

SUCHMAN, M.C., (1995), « Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches » dans *Academy of Management Review* 20 (3), 571-610.

SUDDABY, Roy & Royston GREENWOOD (2005), « Rhetorical Strategies of Legitimacy », p. 35-67 dans *Administrative Science Quarterly* 50.

SUTHERLAND (1975), cité dans Boxenbaum & Rouleau (2011)

THOMAS C. ORDRE DES CHIROPATICIENS du Québec (2000), REJB 2000-16636 (c)

TOLBERT, Pamela S. (1990), « Review of the book "The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor" », p. 410-413 dans *Administrative Science Quarterly* 35(2).

TRUDEAU, Jean-Bernard, Sylvie DE GRANDMONT, Lise LAFRANCE & Line POITRAS (2009), « La 'loi 90' : la force de l'interdisciplinarité », p. 264-272 dans Fleury, Marie-Josée, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur/Chenelière Éducation

TUOHY, C.-J. (1992), *Policy and Politics in Canada : Institutionalized Ambivalence*, Philadelphia Temple University Press

TURCOTTE, Véronique (2005), « Intégration des psychologues dans les équipes multidisciplinaires de première ligne », Mémoire de maîtrise dirigé par Daniel Reinharz et Réjean Tessier, département de médecine sociale et préventive, faculté de médecine, Université Laval, Québec; en ligne au corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18733; consulté le 6 juin 2018

TURGEON, Jean, Robert JACOB & Jean-Louis DENIS (2011), « Québec : Cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », p. 57-85 dans *Les Tribunes de la santé* 1(30), Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), disponible en ligne à www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-1-page-57.htm

UQTR (2017), « Département sage-femme », *Site de l'UQTR*; consulté le 15 décembre 2016 en ligne au oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public (c)

US DHHS (2010), *The Global Strategy of the U.S. Department of Health and Human Services*, 58 p. (c)

VAARA, Eero, Janne TIENARI & Juha LAURILA (2006), « Pulp and Paper Fiction : On the Discursive Legitimation of Global Industrial Restructuring », p. 789-810 dans *Organization Studies* 27(6).

VIGOUR, Cécile, Pascale LABORIER, Pierre NOREAU, Marc RIOUX et Guy ROCHER (dirs) (2008), « Les réformes en santé et en justice : Le droit et la gouvernance », Québec, Les Presses de l'Université Laval 2008, commentaires sur Laborier & al., 2008

WEBER, Max (1922 [1965]), *Essais sur la théorie de la science*, traduction partielle de l'allemand par Julien Freund, Plon, édition de poche, Pocket, à partir de J.C.B. Mohr, éd. (1922), *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, recueil posthume d'articles publiés entre 1904 et 1917, Tübingen.

WEICK, Karl E. (1995), *Sensemaking in Organizations*; Sage, Thousand Oaks, Californie, 232 p.; en ligne au <https://doi.org/10.3406/sotra.1996.2274>

WERNERFELT, B. (1984), « A Resource-based View of the Firm », p. 171-180 dans *Strategic Management Journal* 5§; cité par Rouleau (2011)