

Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire

Medical Technologies and Professional Status in the Division of Labor

Denise COUTURE

Volume 20, numéro 2, automne 1988

La sociologie des professions

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001153ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001153ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

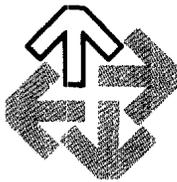
Citer cet article

COUTURE, D. (1988). Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire. *Sociologie et sociétés*, 20(2), 77–89. <https://doi.org/10.7202/001153ar>

Résumé de l'article

Les professions peuvent être considérées comme appartenant à la catégorie plus vaste de la main-d'œuvre hautement qualifiée. Elles s'en distinguent cependant par leur capacité à agir comme groupes organisés sur différents mécanismes servant à définir la nature et le degré de la qualification. À la barrière du savoir spécialisé, elles ajoutent d'autres barrières en influençant les conditions d'actualisation de ce savoir sous forme de qualification et les conditions d'utilisation de cette qualification dans la prestation de services. Elles se démarquent ainsi du reste de la main-d'œuvre hautement qualifiée par un degré de fermeture sociale plus important. Ces caractéristiques distinctives des professions sont mises en évidence à travers l'étude de quelques aspects du changement technologique en santé.

Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire



DENISE COUTURE

Le but de cet article est de caractériser et de situer, dans un ensemble conceptuel plus large, un point de vue issu de la sociologie des professions que nous adoptons pour mettre en évidence divers éléments et procédés d'une construction sociale¹ de l'utilisation des technologies médicales. Ce point de vue peut être brièvement présenté ainsi: l'étude de la qualification professionnelle, de même que des mécanismes sociaux de sa fabrication et de son actualisation sous forme de prestation de services, constitue une voie privilégiée pour saisir les phénomènes d'adaptation (ou de mésadaptation) au changement technologique au sein de la main-d'œuvre hautement qualifiée, en général, et des corps professionnels, en particulier. Les phénomènes de changement technologique ont été analysés surtout dans le domaine du travail industriel et du travail de bureau; nous proposons de les analyser aussi dans le domaine du travail professionnel. Le changement technologique en santé a été examiné sous l'angle des processus menant à des décisions d'adoption et sous l'angle des processus de diffusion; nous proposons de déplacer l'attention de l'acquisition vers l'utilisation des technologies dans le travail quotidien. L'analyse du discours par lequel certaines occupations justifient leurs prétentions à un statut supérieur dans la hiérarchie sociale a souvent constitué le mode de traitement des professions dans les travaux sociologiques; nous proposons, en dépit des problèmes particuliers d'intelligibilité et de visibilité que pose le travail professionnel, d'étudier ce que les professionnels font et non ce qu'ils disent, même si ces occupations sont particulièrement aptes à produire un discours sur ce qu'elles font et à actualiser celui-ci dans leurs pratiques. Bref, l'utilisation de technologies dans le travail professionnel, examinée sous l'angle de la qualification, permet de cerner comment se constituent et se transforment les relations entre le statut professionnel et le marché du travail. Cette perspective nous amènera à voir brièvement comment le système d'éducation, le système juridique et le système de rémunération dans leurs rapports complexes avec la détermination de la qualification structurent en partie ces relations entre statut professionnel et marché du travail.

1. Nous utilisons l'expression «construction sociale» dans un sens plutôt profane, c'est-à-dire sans nous rattacher de cette manière à des courants sociologiques particuliers pour lesquels cette expression définit une perspective théorique précise. Nous voulons seulement rappeler ainsi le caractère construit — travaillé par des rapports sociaux — de phénomènes immédiatement perceptibles qu'on a tendance à considérer comme allant de soi, naturels, donnés.

Des développements importants ont marqué la médecine depuis la Seconde Guerre mondiale. Parmi ces développements, l'apparition de nouvelles technologies est sans doute la plus remarquable, apparition à laquelle la physique, l'informatique et le génie biomédical ont beaucoup contribué. Si quelques-unes de ces innovations technologiques concernent la thérapie (ex. les applications du laser, la lithotritie), la plupart viennent plutôt renforcer les capacités diagnostiques de la médecine et parfois même les capacités auto-diagnostiques des non-médecins. Parmi les technologies à caractère diagnostique, ce qu'il est maintenant commun d'appeler l'«imagerie médicale»² occupe le devant de la scène.

La mise au point d'instruments complexes permettant de voir l'intérieur du corps de manière très fine peut en effet provoquer une certaine fascination, qu'il s'agisse des applications de l'informatique à la diffusion du rayon X comme en tomographie (CAT-scan) ou à un champ magnétique dans lequel le corps est inséré, comme en imagerie par résonance magnétique, qu'il s'agisse de capter des ondes sonores comme en échographie ou de saisir, à l'aide de caméras spéciales, l'activité de substances radioisotopiques injectées dans divers organes comme en médecine nucléaire. Sans nier cette fascination bien légitime, il s'agit ici d'examiner comment se construit socialement l'utilisation de ces nouveaux moyens diagnostiques. L'apparition même de ces termes «imagerie médicale» est révélatrice, au plan symbolique, d'une telle construction sociale. En effet, les spécialistes de l'image produite principalement, dans les années 60, par l'application du rayon X prennent appui sur l'expertise développée dans ce domaine pour réclamer l'exclusivité de la production et de l'interprétation des images produites à l'aide de moyens autres que le rayon X. Ceci se reflète dans des tentatives de remplacement du terme «radiologie» par les termes «imagerie médicale».

Premièrement, une brève revue de la littérature permettra de mettre à jour les façons autres que sociologiques de définir les enjeux technologiques en santé. Bien qu'ils ne soient pas issus de la sociologie, ces modes de définition sont intéressants à deux titres. D'une part, ils fournissent aux professionnels de la santé divers arguments dans l'élaboration de leur discours sur les technologies médicales. D'autre part, ces modes de définition nous amèneront à mieux cerner, par contraste, le point de vue sociologique que nous voulons présenter dans cet article. Deuxièmement, nous nous tournerons vers les écrits sociologiques. Nous verrons que les sociologues qui se sont intéressés aux technologies médicales l'ont fait surtout sous l'angle de leur *acquisition et diffusion*. Troisièmement, nous inspirant d'un courant récent de la littérature en sociologie des professions, nous indiquerons en quoi l'étude de l'*utilisation* des technologies médicales peut contribuer à alimenter les discussions actuelles sur l'avenir des corps professionnels dans les sociétés capitalistes avancées. Enfin, nous montrerons l'utilité du point de vue élaboré dans cet article en dégageant quelques-uns des principaux enjeux qu'il permet d'appréhender.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS NON SOCIOLOGIQUES SUR LES TECHNOLOGIES MÉDICALES

En ce qui a trait aux technologies *médicales*, les sociologues ne sont ni les seuls ni les principaux analystes. En effet, économistes, gestionnaires, juristes, éthiciens et médecins exerçant un rôle de critique sociale ont envisagé le phénomène des technologies médicales en le questionnant de diverses manières.

Ainsi, une quantité importante d'écrits concerne le rapport entre les technologies et le coût des services de santé (Altman *et al.*, 1979; Sisk *et al.*, 1984; Bunker *et al.*, 1982; Banta *et al.*, 1980 et 1981). Les uns rendent l'adoption inconsidérée de toute nouvelle technologie responsable du taux vertigineux de la croissance du coût des services de santé. D'autres considèrent qu'au contraire, l'utilisation de nouvelles technologies, tout en permettant des

2. Si l'imagerie médicale est à classer surtout du côté des moyens diagnostiques, certaines de ses applications permettent de faire sauter une distinction jusqu'ici fermement établie entre diagnostic et thérapie; à preuve, le cas de l'angioplastie à propos de laquelle des négociations de frontières entre chirurgie et radiologie se déroulent de nos jours.

diagnostics et des traitements rapides réduisant la durée de séjour en milieu hospitalier, est un facteur sinon actuel, du moins potentiel de réduction du taux de croissance des coûts. D'autres encore se posent la question de la détermination de critères d'affectation rationnelle et économique de ces nouvelles technologies: comment les distribuer sur un territoire donné ou entre des établissements les réclamant tous, de façon à en faire un usage maximal et à ainsi rentabiliser les investissements de plus en plus élevés que requiert leur acquisition? Un tel processus de diffusion planifiée des technologies met-il un frein à l'innovation technologique? Et qu'en est-il des diverses mesures gestionnaires de contrôle des coûts? Ne risquent-elles pas d'inhiber un marché de l'innovation en pleine expansion? (Needleman *et al.*, 1979; Warner, 1978; Rivard, 1985).

L'utilisation des technologies médicales, par contraste avec d'autres types de technologies, donne aussi lieu à des considérations éthiques qui occupent une part importante de la littérature. Qu'on traite des manipulations génétiques, de l'élimination des fœtus diagnostiqués anormaux, de la fécondation *in vitro* ou de la location d'utérus, de la production massive de micro-organismes, de la distribution des transplants (foie, cœur, poumon, rein) ou de tout autre moyen d'échapper à divers processus de la nature qui hier encore paraissaient irréversibles, de nombreuses questions naissent du travail que l'être humain peut faire sur lui-même. Des notions fondamentales, comme celles de propriété, de vie, d'individu, sont autant d'objets de réflexion de la part de juristes et d'éthiciens. En même temps, l'aspect spectaculaire de certaines interventions faisant la une des médias peut faire croire à l'absence de limites dans l'invention et l'ingéniosité humaines³.

Un autre pan de la littérature se consacre, dans la lignée du procès de l'efficacité de la médecine commencé par Cochrane (1972), Powles (1973), McKeown (1976), à un examen critique de l'efficacité des technologies médicales. On y dénonce, par exemple, l'absence quasi complète d'essais cliniques contrôlés pouvant démontrer qu'une nouvelle technologie est plus efficace qu'une ancienne et l'adoption inconsidérée de toute nouvelle technologie qui, loin de se fonder sur des preuves indubitables d'efficacité supérieure, relèverait davantage de questions de prestige social. (Voir McKinlay, 1981, pour une synthèse de ces écrits portant sur différents types de technologies médicales. Voir aussi MacIntosh, 1982, pour le Canada.) De la même façon que la mortalité due aux maladies contagieuses avait commencé à décroître avant même l'invention et la diffusion des vaccins, et ce en raison de l'amélioration de l'hygiène publique (approvisionnement en eau potable, construction d'égouts, plus grande variété et quantité de nourriture, etc.), ne pourrait-on pas penser que la baisse de la mortalité due au dysfonctionnement cardio-vasculaire constatée aux États-Unis depuis la fin des années 60 est attribuable à des modifications dans les styles de vie (régime alimentaire et exercice) plutôt qu'aux interventions chirurgicales nombreuses et de plus en plus sophistiquées (du seul point de vue ingénierie) ou aux moyens très dispendieux utilisés dans le traitement d'épisodes aigus de maladies cardiaques (ex.: unités de soins coronariens)?

Ces perspectives économique, administrative ou éthique constituent autant de points de repère à partir desquels des décisions sont prises et des justifications, fournies. Cependant, peu importe la perspective adoptée, l'attention est concentrée surtout sur les décisions d'*acquisition*, sur leurs tenants et aboutissants, laissant ainsi à l'état de «boîte noire» les phénomènes d'utilisation qui sont pourtant le relais nécessaire entre l'adoption d'une technologie et la prestation d'un service dans la fabrication duquel la technologie entre à titre de facteur de production. Dans les quelques cas où l'on s'intéresse à l'*utilisation* des technologies médicales, on se livre à des considérations éthiques lorsque cette utilisation doit être rationnée en raison de la rareté de ces outils. Ou encore on postule une utilisation optimale ou standard des technologies acquises plutôt que de considérer cette utilisation comme pouvant varier selon les situations et donc travaillée par divers phénomènes sociaux.

3. Il est à noter que, dans le cadre du programme «actions structurantes» du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, une équipe de chercheurs de l'UQAM et de l'Université de Montréal se penche, entre autres, sur l'élaboration et l'application de normes d'utilisation d'équipements médicaux spécialisés qui peuvent être considérés comme des ressources relativement rares devant l'ampleur de la morbidité.

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION SOCIOLOGIQUE

Greer (1977), faisant le recensement des analyses *sociologiques* sur le sujet, en arrive à la conclusion que trois grands thèmes concernant l'adoption/diffusion des innovations médicales⁴ ont été abordés ou approfondis.

Plusieurs études se sont concentrées sur le thème suivant: le degré d'information et le degré d'influence d'*individus* adoptant une innovation, qu'il s'agisse d'une technique ou d'un médicament (ex.: Coleman *et al.*, 1957, 1966). La sociologie des organisations (voir Perrow, 1965, pour une contribution devenue classique), appliquée aux établissements de santé, a permis de traiter un deuxième thème: l'influence de quelques caractéristiques organisationnelles (complexité structurelle, degré de centralisation du pouvoir de décision, degré de formalisation des procédures et des comportements, etc.) sur la décision d'adopter ou non une innovation. Ces études sont demeurées pour la plupart sans résultat concluant, en partie pour des raisons méthodologiques (validité des mesures de ces caractéristiques et difficulté de la comparaison entre organisations), en partie à cause de l'exclusion de variables caractérisant l'environnement dans lequel l'organisation doit survivre et croître. Une approche plus socio-politique des questions de diffusion d'innovations a été utilisée par quelques auteurs regroupés sous un troisième thème. Ces derniers ont tenté de déterminer la nature des intérêts des divers groupes impliqués dans la décision d'adopter ou non une innovation (au sein d'hôpitaux, par exemple) et d'analyser l'impact de ces intérêts sur les étapes de la prise de décision.

Adoptant cette dernière approche, cette même sociologue (Greer, 1982) a procédé, au cours d'une période de 5 ans, à 378 entrevues dans 25 hôpitaux non universitaires d'une région des États-Unis. Une analyse partielle de ces données lui a permis de mettre en évidence quatre facteurs déterminant la position que prendront des médecins lors d'une décision d'acquisition: leur degré de connaissance de la technologie à adopter; la place qu'ils lui accordent dans leurs pratiques; leur degré d'utilisation prévisible de cette technologie; le type de rapports qu'ils entretiennent avec l'organisation (hôpital) se portant acquéreur de la technologie. Les recherches de Greer permettent, entre autres, de remettre en cause l'image de corps monolithique que certaines professions projettent d'elles-mêmes et que certains analystes tiennent pour acquise (voir Bucher et Strauss, 1961, pour une première remise en cause de cette image). Elles permettent aussi de mettre en doute cette croyance selon laquelle le corps médical ou ses fractions sont, dans toutes les circonstances d'acquisition de technologies, les principaux promoteurs et les principaux intéressés. En effet, dans certains cas, les administrations hospitalières influencent de façon importante le processus de décision pour des raisons de définition de la mission de leurs hôpitaux. Cette recherche a d'ailleurs permis de distinguer trois types de systèmes de prise de décision à l'intérieur des hôpitaux étudiés («*medical-individualistic*», «*fiscal-managerial*», «*strategic-institutional*» systems).

Ces analyses à caractère plus socio-politique, même si elles éclairent ce qui entoure l'adoption plutôt que l'utilisation, nous rapprochent déjà de l'univers professionnel. Elles attachent cependant peu d'importance à un élément primordial de cet univers, à savoir le travail effectué par les professionnels. Cet élément est primordial dans la mesure où l'usage des technologies est indissociable des pratiques de travail. À l'instar des analyses de Greer, une analyse socio-politique appliquée cette fois au travail professionnel nous amène par ailleurs à rechercher les déterminants du recours à ces technologies à l'extérieur des cadres immédiats d'exécution du travail⁵. Ainsi, dans le cas du travail professionnel, l'usage des technologies

4. Ces innovations peuvent être de toute nature, allant du médicament au tomodynamomètre. Les manières de traiter de ces innovations s'appliquent donc aussi aux technologies médicales dans leur ensemble.

5. Choisir de s'intéresser plutôt à l'utilisation des technologies n'implique pas une négation des rapports qui peuvent exister entre des situations concrètes d'acquisition et des situations concrètes d'utilisation. Prenons l'exemple suivant inspiré d'une recherche en cours. Après de nombreuses négociations, les différentes spécialités médicales d'un hôpital se mettent d'accord pour que tel appareil très coûteux de radiologie soit considéré comme prioritaire sur une liste de propositions d'acquisitions soumise par leur hôpital au Conseil régional. Ce consensus est atteint, entre autres, au prix d'une renonciation à l'acquisition d'appareils moins coûteux et plus nombreux dans différentes spécialités. Il est très probable, dans ces circonstances, que les spécialistes de ces secteurs se sentiront en droit d'exiger un rythme d'utilisation de l'appareil nouvellement acquis (ex.: peu de tolérance devant un délai d'exécution d'un examen radiologique dont on dira qu'il faut absolument qu'il soit réalisé avec le nouvel appareil).

renvoie quasi automatiquement à la qualification et aux conditions de sa production et de sa mise en marché. En effet, l'existence de ces technologies peut être interprétée comme le signe d'une codification et d'une standardisation croissantes des savoirs, alors même que ces savoirs sont la base principale à partir de laquelle les professions réclament et réussissent à obtenir un statut social privilégié.

La technologie est ainsi considérée comme un produit dont l'utilisation doit être comprise en fonction de rapports sociaux. «(...) les savoirs et compétences strictement professionnelles sont indissociables de qualités socio-politiques, c'est-à-dire de la capacité qu'a un groupe social à définir et établir sa position dans les rapports sociaux» (Coriat et Zarifian, 1985, p. 30). Nous verrons dans les sections qui suivent comment une mise en perspective de l'utilisation des technologies médicales, à travers la notion de qualification, peut ouvrir la voie à une telle appréhension.

L'AVENIR DU STATUT PROFESSIONNEL SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL: IMPLICATIONS POUR L'ÉTUDE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES

Après s'être longtemps penchée sur la question de la définition et de la construction de son objet, la sociologie des professions s'est tournée plus récemment vers la question de l'avenir du statut professionnel sur le marché du travail dans les sociétés capitalistes avancées. Des auteurs comme Charles Derber, Marie Haug, Elliot Krause, Magali Sarfatti Larson, John McKinlay, Martin Oppenheimer, Antoinette Chauvenet, Eliot Freidson et d'autres se sont intéressés à divers phénomènes sociaux qui, d'après eux, pourraient avoir une influence sur l'avenir des professions. Parmi ces phénomènes, on peut mentionner les suivants: salarisation des professionnels, bureaucratisation des cadres de la pratique professionnelle, industrialisation de la production des services professionnels, codification et standardisation du savoir et de ses applications, hausse du niveau d'éducation chez les consommateurs qui exigent des garanties de compétence professionnelle comme ils ont exigé des garanties de qualité des biens, pressions pour un contrôle social de l'expertise. Peut-on parler, sous l'influence de ces divers phénomènes, de déprofessionnalisation, de prolétarianisation ou de déqualification des travailleurs professionnels? Ou doit-on au contraire prédire une transposition à l'ensemble du marché du travail des principes «autogestionnaires» propres à l'organisation du travail professionnel?

Parmi les phénomènes mentionnés ci-dessus, nous allons nous attarder à la codification et à la standardisation du savoir et de ses applications. L'existence de technologies médicales et leur utilisation dans la pratique quotidienne semblent bien illustrer cette codification et standardisation en même temps qu'elles contribuent vraisemblablement à leur renforcement. Quant aux rapports qu'entretiennent cette codification et cette standardisation avec les autres phénomènes perçus par divers auteurs comme déterminant l'avenir du statut professionnel, ils sont peu clairs dans l'état actuel des connaissances. On peut penser par exemple que cette codification et standardisation a d'autant plus de chances de se développer qu'elle prendra appui sur des cadres bureaucratisés de pratique professionnelle. En effet, de tels cadres semblent nécessaires à l'acquisition de technologies qui peuvent s'avérer fort coûteuses⁶. Notre propos n'est cependant pas d'arriver à systématiser ces rapports.

6. Dans la littérature, on retrouve souvent les arguments suivants. Les médecins pratiquant en solo n'ont pas les moyens financiers d'acquérir de nouveaux outils technologiques de travail. Le regroupement des médecins dans des cliniques de diverses tailles et le fait qu'ils soient de plus en plus nombreux à travailler dans les organisations bureaucratiques plus vastes sont expliqués en partie par leur désir d'avoir accès à ces outils et de pratiquer une médecine adéquate. Ces explications sont devenues tellement courantes qu'elles semblent maintenant faire partie du sens commun et que les professionnels en arrivent ainsi à les intégrer à leurs propres perceptions de la réalité. À preuve, les débats récents à l'Assemblée nationale du Québec où les députés de l'opposition demandaient à la ministre de la Santé pourquoi elle n'acceptait pas de fournir au seul radiologiste disposé à venir pratiquer dans un hôpital de Thedford Mines l'appareil de tomodensitométrie que ce spécialiste jugeait indispensable à l'exercice de ses fonctions dans cet hôpital. Le raisonnement du radiologiste — repris par les députés et probablement appuyé par l'administration de cet hôpital — était le suivant: je suis censé trouver avantageux de pratiquer dans un hôpital car celui-ci peut acquérir des technologies coûteuses que je ne peux m'offrir; si l'hôpital ne les possède pas, je suis en droit de poser leur acquisition comme condition préalable à ma venue dans cet hôpital.

Nous allons plutôt examiner comment la codification et la standardisation du savoir pourraient exercer une influence sur le statut professionnel et surtout sur la qualification professionnelle, élément déterminant de ce statut.

Haug (1977), considérant que la déprofessionnalisation et *non* la professionnalisation est la tendance du futur, voit dans la codification du savoir contrôlé par un groupe professionnel une source importante de cette déprofessionnalisation. En effet, le monopole professionnel sur une aire du savoir serait menacé par deux phénomènes, l'un interne, l'explosion du savoir, et l'autre externe, la revalorisation de l'expérience acquise, de l'apprentissage sur le tas, dans la société en général. L'explosion du savoir menant à l'apparition des spécialistes constitue une force qui pousse de plus en plus vers la codification du savoir. L'utilisation fréquente de l'ordinateur indiquerait qu'une partie importante du savoir professionnel est standardisable, codifiable, ce qui pourrait constituer à la longue une preuve de l'inutilité du professionnel. La mise au point de systèmes informatisés d'aide à la décision médicale en constituerait une preuve flagrante.

On pourrait croire en effet que le monopole exercé par un corps professionnel sur une aire du savoir pourrait être menacé si ce savoir dont il réclame la maîtrise exclusive est soumis à une codification de plus en plus poussée et si les applications de ce savoir sous forme de services personnels donnent lieu à des pratiques de plus en plus standardisées. Pensons, en ce qui concerne la médecine, à la délégation des actes médicaux, à l'apparition de diverses sortes de «mini-médecins» (*physician's extenders*) ou à la production informatisée de diagnostics à partir d'examen d'électrocardiographie.

Une telle analyse serait cependant un peu rapide. En effet, entre les transformations du savoir et une modification éventuelle du statut professionnel, il existe de multiples relais sociaux dont il faut saisir la nature et l'action. Chauvenet, s'appuyant sur des recherches réalisées en hôpital universitaire surtout (1978 et 1981), a su mettre en évidence la complexité de ces rapports. En analysant le cas de la médecine française, elle a montré comment l'industrialisation du domaine de la santé provoque, à travers un encerclement progressif de l'acte médical et l'établissement d'un réseau de plus en plus serré de dépendances techniques, une différenciation et une hiérarchisation des statuts des travailleurs, y compris des médecins. Si l'industrialisation des milieux où se pratique la médecine peut mener à une routinisation des activités médicales, un tel effet ne s'applique pas de façon uniforme à tous les membres d'un corps professionnel ni à tous les services ou départements d'une institution. Au contraire, une des principales conséquences de l'industrialisation consiste justement à introduire une hiérarchisation des statuts de médecin et de service. En effet, ce ne serait que parce qu'une partie des activités médicales devient routinisée et donc, dirons-nous, objet possible de déqualification au sein de types spécifiques de services, que les médecins poussent de plus en plus loin la spécialisation (ou la surqualification relative) pour tenter d'échapper à une organisation du travail fondée sur des principes autres que ceux de la profession. Surqualification et déqualification ne sont donc que les deux faces d'une même médaille. Enfin, si l'on peut constater de tels effets différenciés au sein d'une seule et même profession, il est aussi possible de prendre l'ensemble de la division du travail en santé comme aire d'observation pour en arriver à tels constats.

Donc, la codification du savoir et la standardisation de ses applications peuvent en effet être sources de déqualification pour certaines parties d'un corps professionnel alors qu'elles seront l'occasion d'une surqualification (concentration des tâches du professionnel dans les aires d'activités qu'il est seul à pouvoir encore contrôler) pour d'autres parties du même corps professionnel⁷.

À tout point donné dans le temps, la qualification du travail ne peut donc être considérée que dans des termes de relation, c'est-à-dire qu'on ne peut parler d'occupations moins qualifiées

7. On retrouve là, mais appuyée sur d'autres considérations, l'idée d'un fractionnement des corps professionnels que Greer a mise en évidence dans ses études sur l'acquisition de technologies. Si, dans les études sur l'utilisation, on peut adopter des perspectives différentes de celles adoptées dans les études sur l'acquisition, ces perspectives se rejoignent sur certains constats dont celui-ci.

ou en perte de qualification que par référence implicite ou explicite à des occupations plus qualifiées ou en gain de qualification⁸. La qualification du travail décrirait donc un rapport entre occupations au lieu de référer à une caractéristique, à l'état d'une occupation donnée. Cette conception de la qualification peut aussi s'appliquer aux divers segments composant un seul et même corps d'occupation. Ainsi, Freyssenet (1974), qui utilise l'exemple de la profession de comptable, montre comment l'introduction de nouvelles machines a contribué à la déqualification d'une partie de la main-d'œuvre en même temps qu'à la surqualification de ceux qui réussissent à conserver le titre de comptable; cependant, eux aussi, après s'être distingués du reste des troupes, subirent avec l'introduction des ordinateurs, un processus de déqualification de leur travail (*ibid.*, p. 80-94). La formule utilisée par Freyssenet pour décrire ces vagues de changements, est particulièrement heureuse: «(...) déqualification des travailleurs surqualifiés nés de la déqualification d'autres travailleurs» (*ibid.*, p. 93). Une telle conception de la qualification conduit à penser que si l'on veut analyser le travail professionnel et l'utilisation des technologies qu'il comporte, la prise en compte de la division plus large du travail dans laquelle ils se situent devrait compléter une analyse qui ne pourrait alors se concentrer sur l'examen d'une seule profession.

La qualification du travail est un enjeu extrêmement important dans la mesure où l'accomplissement d'un travail hautement qualifié constitue une base majeure à partir de laquelle les corps professionnels réclament un statut privilégié dans la division du travail. Dans ces circonstances, il ne faudrait pas s'attendre à ce que les professionnels insistent sur l'aspect «déqualificateur» que peut représenter l'utilisation de certaines technologies (voir Jamous et Peloille, 1970).

Bref, nous proposons que l'utilisation de technologies médicales lors de l'exécution du travail professionnel est liée à des phénomènes plus larges de codification du savoir et de standardisation des applications de ce savoir sur lequel une profession exerce une maîtrise exclusive. Ces phénomènes, qui peuvent par ailleurs emprunter d'autres formes que celles de technologies, sont eux-mêmes identifiés (en sociologie des professions) comme des facteurs pouvant influencer l'avenir du statut professionnel. Nous suggérons que la codification et la standardisation pourraient exercer de tels effets à travers une redéfinition de la compétence ou de la qualification professionnelle. Les travaux déjà réalisés sur l'industrialisation de la médecine nous amènent cependant à considérer que ces effets ne sont pas univoques et qu'une conception de la qualification en termes relatifs (et son corollaire: la prise en compte de la division du travail non seulement dans une profession donnée mais dans le secteur d'activités plus large dans lequel elle est exercée) s'impose.

Ces considérations nous poussent à douter de l'hypothèse d'une tendance générale à la dégradation du travail (impliquant sa déqualification), y compris dans le cas du travail professionnel. De plus, il faut se rappeler que la qualification n'est souvent définie qu'en rapport avec son caractère formel ou institutionnalisé. Jones et Wood (1984), par contraste, font appel au concept de «qualifications tacites» pour indiquer qu'un ensemble d'habiletés acquises au travail permettent à la production de continuer même lorsque la technique ne fonctionne pas comme elle le devrait. La possession de ces qualifications tacites serait prise en considération de manière informelle au moment où les employeurs décident de l'affectation du personnel à de nouvelles techniques⁹. Cette sorte de qualification ne faisant pas l'objet d'une reconnaissance officielle, elle est difficilement repérable. Une connaissance intime des milieux de travail peut cependant permettre de la cerner.

8. Un numéro récent (1987, n° 1) de *Sociologie du travail* s'est à nouveau penché sur cette épineuse question de la définition de la qualification. Les articles de Reynaud et Paradeise, surtout, permettent d'élargir l'univers de ces relations entre occupations à l'ensemble des marchés de travail dans la mesure où la qualification agit à titre de facteur de régulation des marchés. La qualification renverrait ainsi à une règle (valable à une époque pour un marché) de conversion de la compétence en occupation d'un lieu défini sur ce marché. Cette façon d'envisager la qualification exige l'examen des conditions de fabrication de la compétence et des conditions de fabrication des classifications des lieux ou postes à occuper.

9. Même si l'élaboration de ce concept de qualifications tacites est issue de l'observation du travail industriel surtout, nous considérons que ce concept peut être tout aussi utile pour la saisie de certains phénomènes du travail professionnel.

La qualification professionnelle, sa nature, sa détermination, les conditions de sa fabrication et de sa mise en application ne sont donc pas données; elles sont plutôt l'objet de négociations ravivées à l'occasion de changements technologiques. Si l'apparition de nouvelles techniques n'entraîne pas une dégradation systématique du travail, leur implantation sur les lieux de travail peut être utilisée pour réorganiser le travail sur d'autres principes, d'autres bases. À une technique donnée ne correspond pas un seul et unique modèle d'organisation du travail. Administrateurs et groupes occupationnels peuvent avoir des conceptions fort différentes sur le modèle approprié, de telle sorte qu'à la fin, le modèle conçu pour tirer profit du gain éventuel de productivité dégagé par la substitution capital-travail ne mène pas aux résultats escomptés. La technique n'est donc pas intéressante en raison de sa capacité à déterminer par ses caractéristiques intrinsèques une division et une organisation données du travail (Montjardet, 1980; Lojkine, 1982). Elle l'est plutôt parce qu'à son sujet divers groupes doivent se repositionner, ce qui permet à l'analyste de saisir la nature et la dynamique des rapports que les producteurs entretiennent entre eux.

Il ne s'agit pas ici de recourir à des caractéristiques des structures de personnalité (ex. : degré de flexibilité ou d'ouverture au changement) comme facteurs explicatifs de cette utilisation différentielle des technologies. Il ne s'agit pas non plus de s'étonner si une technologie est peu ou mal utilisée, ni de condamner l'inadaptation des mentalités à la nouveauté, inadaptation qu'il faudrait corriger à l'aide d'une formation appropriée (Montesinos, 1985; Broun, 1985). Il faut plutôt s'arrêter aux caractéristiques des rapports sociaux que des travailleurs de qualifications différentes établissent entre eux à l'occasion de la prestation de services de santé.

Ces rapports ne sont pas le seul résultat de l'action volontaire de travailleurs agissant dans leurs milieux de travail. Il est reconnu, entre autres, que les occupations organisées sur le mode professionnel possèdent des bases «extra-territoriales» d'approvisionnement en définitions de situation (voir, par ex., Freidson et sa distinction entre principe occupationnel et principe administratif d'organisation du travail). Si les connaissances accumulées concernant la qualification du travail nous amènent à considérer la réalisation d'études localisées comme une voie fructueuse de recherche, on ne peut par ailleurs s'y limiter. On ne peut en effet supposer que le statut d'un corps professionnel n'est que l'émanation de négociations dont les résultats pourraient être compilés d'un milieu de travail à l'autre pour parvenir à une moyenne valable pour l'ensemble du corps professionnel concerné. Mais on ne peut non plus supposer que le statut défendu par un corps professionnel aura des répercussions uniformes sur la position de ses membres pratiquant dans divers milieux de travail et devant négocier une division de travail spécifique avec d'autres catégories de travailleurs.

Nous proposons donc d'interroger les transformations du statut professionnel en étant particulièrement attentive aux manifestations de la mise en valeur du savoir sous forme de qualification. Ces manifestations se présentent sur les lieux mêmes d'exécution du travail de manière particulièrement visible lors des changements technologiques, mais elles sont aussi à repérer en dehors de ces lieux, dans les structures plus vastes présidant aux conditions mêmes de possibilité de cette mise en valeur. Nous ne croyons pas qu'une réponse valable à cette question de l'avenir du statut professionnel puisse faire l'économie d'études empiriques portant sur le travail lui-même, ni même qu'une telle réponse puisse être universelle, c'est-à-dire valable pour un corps professionnel donné à travers plusieurs sociétés différentes, ce qui n'empêche pas par ailleurs de reconnaître la légitimité d'une question aussi vaste.

À cet égard, il est intéressant de noter que nous n'avons jusqu'à maintenant trouvé aucune référence sociologique à la situation québécoise. Or, tant la situation française que la situation américaine, qui sont l'objet d'une grande attention dans la littérature sociologique, diffèrent passablement de la situation québécoise: mode de financement des services de santé, mode de gestion de la structure hospitalière, mode d'insertion des corps professionnels dans la structure sociale, mode d'organisation des corps professionnels, degré de dépendance de la société québécoise vis-à-vis les concepteurs et fabricants des technologies, etc.

Nous allons donner, dans la section suivante, quelques exemples de ces structures plus vastes par rapport auxquelles divers phénomènes observables sur les lieux de travail peuvent prendre sens dans la société québécoise.

QUELQUES ENJEUX DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES MÉDICALES¹⁰

Si l'on tente maintenant d'identifier quelques leviers dont les groupes marqués par un même titre d'emploi ou un même titre professionnel peuvent se servir pour réaffirmer ou redéfinir, à l'occasion d'un changement technologique, leur maîtrise exclusive d'un savoir, certains référents empiriques viendront facilement à l'esprit. Ainsi peut-on difficilement penser à «savoir», «compétence», «reconnaissance» de ceux-ci à travers l'attribution d'une qualification sans penser au système assurant la constitution de ce savoir, sa transmission, son renouvellement. À cet égard, il risque d'exister un décalage entre le moment où apparaît une nouvelle technologie et celui où l'apprentissage de son utilisation est intégré à la formation... ou ne l'y est pas sciemment. Ce décalage peut être d'autant plus important si des technologies fort coûteuses sont acquises par les milieux de pratique professionnelle mais non par les milieux de formation qui deviennent ainsi dépendants des premiers s'ils veulent remplir leur mission. Si une partie de l'apprentissage peut se dérouler en dehors des lieux de pratique professionnelle, cette partie de l'apprentissage qui repose sur la mise en opération même de la technologie doit se dérouler dans ceux-ci, ce qui favorise la perpétuation de relations apprenti-maître.

Un autre élément de la formation ou de l'accès à la qualification concerne le degré de contrôle qu'exerce un groupe donné sur cet accès¹¹. Comparons ces deux situations. Dans le premier cas, l'employeur décide que, pour assurer une utilisation maximale de la technologie qui sera implantée, il serait souhaitable que six techniciens, par exemple, soient formés de manière à assurer une rotation chaque semaine pour le quart de jour¹², la présence de personnel qualifié disponible sur appel aux autres moments de la semaine, le remplacement lors des congés et des autres types d'absences. Il enverra deux techniciens dans un autre hôpital pour qu'ils apprennent le fonctionnement du nouvel appareil et ceux-ci l'enseigneront à leurs collègues lorsque l'appareil sera implanté. Dans son choix des techniciens à former, l'employeur peut tenir compte de «qualités» qui, tout en n'étant pas reliées officiellement aux qualifications nécessaires au poste, n'en demeurent pas moins des facteurs facilitant son occupation: statut familial permettant d'accepter la disponibilité sur appel qui peut être définie comme une condition d'accès au poste, ou permettant de faire à la demande des heures supplémentaires; attitude positive face au travail et à l'exercice de l'autorité; compatibilité de caractère avec les futurs collègues, etc. Voilà donc un cas où l'accès même à la requalification dépend en bonne partie des dispositions de l'employeur et de la possession des qualités évoquées. Dans le deuxième cas, les représentants professionnels ont décidé de modifier la formation de base dans leurs écoles de manière à ce qu'elle comporte l'apprentissage de l'utilisation de cette nouvelle technologie; dans ce but, ils ont réussi à négocier avec les hôpitaux détenteurs des possibilités de stages pour leurs futurs membres. De plus, ils ont créé, au collège ou à l'université — ce qui suppose, dans un système public d'éducation, l'obtention d'une autorisation préalable des instances étatiques devant lesquelles les représentants des employeurs et d'autres groupes professionnels seront venus défendre leurs points de vue — des modules d'apprentissage pour permettre à tout membre pratiquant qui le désirerait de se recycler, à ses frais et en dehors de ses heures de travail. Muni de cette nouvelle qualification, celui-ci pourra la faire valoir lors de l'ouverture de nouveaux postes par son employeur. Dans ce deuxième cas, où la formation ne dépend plus directement de l'employeur, on voit entrer en scène un troisième acteur, l'État, qui peut exercer une fonction d'arbitrage des «intérêts particuliers» mais qui a aussi ses propres intérêts lorsqu'il est employeur, comme dans un système public de santé.

10. Ces exemples sont tirés d'une recherche en cours. Ce projet est financé par le Conseil de recherches en sciences humaines, le fonds FCAR et l'Université de Montréal. En plus des observations et entrevues réalisées dans les milieux hospitaliers, il comporte une analyse des revues médicales québécoises qui permettra de mettre en évidence quelle utilisation les porte-parole de la profession médicale québécoise ont faite de différents arguments mis de l'avant, entre autres, par les tenants des perspectives exposées dans la première section de cet article.

11. Une analyse de la création et de la disparition d'un certificat d'études en imagerie médicale (30 crédits universitaires) à la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal reste à faire sous cet angle.

12. Ces décisions de formation et de planification des horaires de fonctionnement révèlent la préoccupation de l'employeur de se prémunir contre toute menace de retrait de service que pourraient exercer un nombre trop faible d'individus formés. Elles peuvent par ailleurs convenir aussi aux employés dans la mesure où l'affectation à d'autres appareils que le nouveau diminue la possibilité que des clivages se produisent entre employés portant le même titre.

La présence de cet acteur se fait sentir de manière encore plus importante si l'on considère un autre levier, celui de la définition juridique des champs d'activité propres à chaque profession. Il n'est évidemment pas bénin de noter que certaines occupations voient la nature de leur qualification et ses conditions de mise en application définies dans le cadre d'une négociation individuelle employeur-employé alors que pour d'autres occupations, cette définition se fera dans le cadre d'une convention collective elle-même garantie par un droit du travail ou dans le cadre de lois spécifiques à elles seules. Dans ce dernier cas, la spécificité de la définition du champ de pratique ou de mise en valeur de la qualification permet à nouveau de distinguer entre diverses catégories de professions. Ainsi, la définition juridique du champ de pratique du médecin québécois a été reconnue en dépit de la largeur de son acception qui permet à ce groupe professionnel de se réclamer de cette définition pour justifier toute monopolisation de l'usage de l'innovation technologique. Les techniciens de radiologie, par contraste, en sont encore aujourd'hui à lutter pour que leur soit reconnu un monopole de l'usage de l'ultrasonographie, la définition de départ de leur champ les ayant confinés au seul usage du rayon X. L'usage de l'ultrasonographie est dans les faits l'apanage des techniciens de radiologie dans les organismes publics de prestation de services de santé, sauf en échographie cardiaque. La reconnaissance juridique d'un tel état de fait aurait cependant la conséquence suivante. Si les examens échographiques réalisés dans le cadre de la pratique privée étaient couverts par le régime public d'assurance-santé, les médecins souhaitant les utiliser comme outil diagnostique seraient dans l'obligation d'engager des techniciens de radiologie, ce que, à titre d'employeur, ils ne souhaitent pas nécessairement.

Dernier exemple, l'apparition d'une nouvelle technologie permet aussi d'examiner comment se fabrique progressivement la rémunération du travail accompli à l'aide de celle-ci. Dans le cas d'une rémunération à l'acte comme en médecine québécoise, le groupe professionnel déploie ses énergies pour dresser une liste d'actes nouveaux accomplis à l'aide de la technologie, actes pour lesquels une rémunération spécifique devra être négociée. Les négociations avec l'État portent donc à la fois sur la nomenclature des actes et le niveau de leur rémunération. Dans le cas de la rémunération à salaire, ce qui est le lot de la plupart des professions paramédicales, il s'agira de voir si le travail accompli à l'aide d'une nouvelle technologie devient ou non l'objet d'une reconnaissance inscrite dans les contrats collectifs de travail, commandant ainsi des suppléments de revenu.

Système d'éducation, système juridique, système de rémunération constituent trois cadres à l'intérieur desquels des négociations sur la détermination de la qualification peuvent survenir à l'occasion de l'utilisation de technologies.

CONCLUSION

Il s'agissait ici de montrer comment la sociologie — à travers les concepts et les analyses développées dans un secteur appelé «sociologie des professions» — peut appréhender cet objet empirique désigné sous les termes de «technologies médicales». Ce faisant, nous avons rapproché ce secteur des considérations qui traversent la sociologie du travail.

Les occupations qui ont réussi à transformer un ordre de ressources (savoir et savoir-faire) en d'autres ordres de ressources (prestige social et pouvoir politique) sont dans une situation particulière, eu égard à leur «maîtrise sociale du changement technologique». Il nous apparaît tout à fait pertinent d'étudier les changements technologiques — un enjeu crucial pour l'évolution du marché du travail — en nous concentrant sur un type d'occupations particulières, à savoir les occupations organisées sur un mode professionnel. Ces changements technologiques ont en effet été étudiés dans le secteur manufacturier et dans le secteur des services pour des occupations organisées sur un mode syndical de défense des intérêts. De plus, ils ont été étudiés surtout dans l'entreprise privée. Par contraste, notre problématique porte sur des occupations organisées sur un mode professionnel de défense des intérêts et œuvrant dans le secteur public.

Les professions appartiennent au genre plus général des «marchés de travail fermés» (Paradeise, 1987) dans la mesure où les corps professionnels exercent un contrôle certain sur les conditions de la reproduction de la force de travail et sur les conditions de sa vente et de

sa consommation. En ce sens, il est possible que les constatations faites à leur sujet ne puissent s'étendre à l'ensemble de la main-d'œuvre. Elles peuvent cependant être utiles à quelques égards: donner des pistes pour mieux saisir les tendances de l'évolution du travail hautement qualifié; inspirer des comparaisons avec d'autres situations de fermeture sociale; saisir davantage les limites d'une maîtrise sociale des changements technologiques chez la main-d'œuvre non protégée par divers mécanismes de fermeture sociale¹³.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTMAN, S., BLENDON, R. (ed.), *Medical Technology: The Culprit Behind Health Care Costs?* Washington, D.C.: DHEW Pub. No (PHS), 79-3216, 1979.
- BANTA, H. D., «Major Diseases of Modern America: What Difference Has Modern Technology Really Made?», in Spiegel, A. et al., *Health Care and the Consumer*, New York, Human Services Press; 1981, pp. 155-171.
- BANTA, H. D., «The Diffusion of the Computed Tomography (CT) Scanner in the United States», *International Journal of Health Services*, 1980, vol. 10, n° 2, pp. 251-269.
- BARLEY, S. R., «On Technology, Time, and Social Order: Technically Induced Change in the Temporal Organization of Radiological Work», in F. A. Dubinskas (ed.) *Making Time*, Ethnographies of High-Technology Organizations, Philadelphie, Temple University Press, 1988, pp. 123-169.
- BROUN, G., «La diffusion des techniques à l'hôpital», *Culture technique*, novembre 1985, n° 15, pp. 25-33.
- BROUN, G. B., «Technologies médicales: sensibilisation et formation», *Gestions hospitalières/Gestion de santé*, janvier 1985, n° 242, pp. 63-66.
- BUCHER, R., STRAUSS, A., «Professions in Process». *American Journal of Sociology*, 1961; (66): pp. 325-334.
- BUNKER, J. P., FOWLES, J., SCHAFFARZICK, R., «Evaluation of Medical Technology Strategies», *The New England Journal of Medicine*, 1982, vol. 306, n° 11, pp. 620-24 et 687-692.
- CHAUVENET, A., «La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production de soins», in Bozzini, L. et al., *Médecine et société: les années 80*, Montréal, Éditions coopératives Saint-Martin, 1981, pp. 339-354.
- CHAUVENET, A., *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF, 1978.
- COCHRANE, A. L., *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*, Londres, The Nuffield Hospitals Trust, 1972.
- COLEMAN, J. S., KATZ, E., MENZEL, H., *Medical Innovation: A Diffusion Study*, Indianapolis, Bobs-Merrill, 1966.
- COLEMAN, J., KATZ, E., MENZEL, H., «The Diffusion of an Innovation Among Physicians», *Sociometry*, 1957, pp. 253-270.
- CORIAT, B., ZARIFIAN, P., «Automatisation, filières d'emploi et recomposition des catégories de main-d'œuvre: tendances, enjeux», in *Apprivoiser le changement. Nouvelles technologies, nouvelles stratégies, Actes du colloque de la CEQ*, Québec, CEQ, mars 1985, pp. 21-36.
- DAVIES, C., «Professionals in Bureaucracies: The Conflict Thesis Revisited». In Dingwall, R. et Lewis, P. (éd.) *The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others*. London: MacMillan; 1983: pp. 177-194.
- DERBER, C., «Sponsorship and the Control of Physicians», *Theory and Society*, 1983, vol. 12, n° 5, pp. 561-601.
- EAKIN, J. M., «Hospital Power Structure and the Democratization of Hospital Administration in Quebec», *Social Science and Medicine*, 1984, vol. 18, n° 3, pp. 221-228.
- FREYSSINET, M., *Le processus de déqualification/surqualification de la force de travail. Éléments pour une problématique de l'évolution des rapports sociaux*, Paris, Centre de sociologie urbaine, 1974.
- FREIDSON, E., «The Future of Professionalization», in Stacey, M. et al. (éd.) *Health and the Division of Labour*, Londres, Croom Helm, 1977, pp. 14-38.
- GINGRAS, Y., «La réception des rayons X au Québec: radiographie des pratiques scientifiques», in Fournier, M. et al. (éd.) *Sciences et médecine au Québec. Perspectives socio-historiques*, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987, pp. 69-86.
- GREER, A. L., *Medical Conservatism and Technological Acquisitiveness: The Paradox of Hospital Technology Adoptions*, Urban Research Center, University of Wisconsin, Milwaukee, 1982.
- GREER, A. L., «Advances in the Study of Diffusion of Innovation in Health Care Organizations», in Haug, M. et Dofny, J. (éd.) *Work and Technology*, Beverly Hills, Calif., Sage Pub., 1977, pp. 215-227.
- GREER, A. L. (avec la coll. de Zakhar, A. A.), *Hospital Adoption of Medical Technology: A Preliminary Investigation into Hospital Decision-Making*, Milwaukee, Urban Research Center, University of Wisconsin, 1977.
- HAUG, M. R., «Computer Technology and the Obsolescence of the Concept of Profession», in Haug, M., Dofny, J. (éd.), *Work and Technology*, Beverly Hills, Calif., Sage Publ., 1977, pp. 215-277.

13. En ce dernier sens, nous suivons C. Paradeise lorsqu'elle propose un «renversement de perspective qui n'est pas sans conséquences théoriques pour la sociologie comme pour l'économie du travail, puisqu'il fait apparaître le «marché ouvert» — figure de référence des uns et des autres — comme un cas limite du «marché fermé» plutôt que l'inverse» (Paradeise, 1987, p. 46).

- JAMOUS, H., PELLOILLE, B., «Changes in the French University-Hospital System», in Jackson, J. A. (éd.) *Professions and Professionalization*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970, pp. 111-152.
- JOHNSON, D. L., O'DONNELL, C., «The Dequalification of Technical, Administrative and Professional Labor», in Johnson, D. L. (éd.) *Class and Social Development: A New Theory of the Middle Class*, Beverly Hills, Calif., Sage Pub., 1982, pp. 225-244.
- JONES, B., WOOD, S., «Qualifications tacites, division du travail et nouvelles technologies», *Sociologie du travail*, 1984, vol. 4, pp. 407-421.
- LARKIN, G. V., «Medical Dominance and Control. Radiographers in the Division of Labour», *Sociological Review*, 1978, vol. 26, n° 4, pp. 843-858.
- LARSON, M. S., «Professionalism: Rise and Fall», *I.J.H.S.*, 1979, vol. 9, n° 4, pp. 697-627.
- LARSON, M. S., «Proletarianization and Educated Labor», *Theory and Society*, 1980, n° 9, pp. 131-175.
- LOJKINE, J., «Crise et renouveau de la sociologie du travail (à propos du paradigme techniciste)», *Sociologie du travail*, 1982, n° 2, pp. 192-218.
- MACINTOSH, O. C., *Use and Abuse of Diagnostic Services. The Canadian Experience*, Montréal, Eden Press, 1982.
- MARGLIN, S. A., «Origines et fonctions de la parcellisation des tâches. À quoi servent les patrons?», in Gorz, A. (éd.), *Critique de la division du travail*, Paris, Seuil, 1973, pp. 41-81.
- McKEOWN, T., *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, London, The Nuffields Hospital Trust; 1976.
- McKINLAY, J. B., «From "Promising Report" to "Standard Procedure": Seven Stages in the Career of a Medical Innovation», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 1981, vol. 59, n° 3, pp. 233-270.
- McKINLAY, J. B., «Toward the Proletarianization of Physicians», in Derber, Charles (éd.) *Professionals as Workers: Mental Labor in Advanced Capitalism*, Boston, G. K. Hall and Co., 1982, pp. 37-62.
- MONJARDET, D., «Organisation, technologie et marché de l'entreprise industrielle», *Sociologie du travail*, 1980, vol. 22, n° 1, pp. 79-96.
- MONTESINOS, A., «Les infirmières face aux techniques nouvelles. Approche psycho-pédagogique», *Gestions hospitalières/Gestion de santé*, janvier 1985, n° 242, pp. 59-62.
- NEEDLEMAN, J., LAWRENCE, S. L., «The Impact of State Regulation on the Adoption and Diffusion of New Medical Technology», *Medical Technology and the Health Care System*, Washington, D. C., National Academy of Science, 1979, pp. 240-269.
- OPPENHEIMER, M. et al., «Professions and the Middle Class: Professionalization/Deprofessionalization», in Johnson, D. L. (éd.), *Class and Social Development: A New Theory of the Middle Class*, Beverly Hills, Calif., Sage Pub., 1982, pp. 245-257.
- PARADEISE, C., «Des savoirs aux compétences: qualification et régulation des marchés du travail», *Sociologie du travail*, 1987, pp. 35-46.
- PERROW, C., «Hospitals: Technology, Structure, and Goals», *Handbook of Organizations*, Chicago, Rand McNally, 1965, pp. 910-971.
- POWLES, J., «On the Limitations of Modern Medicine», *Science, Medicine and Man*, 1973, vol. 1, n° 1, pp. 1-30.
- REYNAUD, J. D., «Qualification et marché du travail», *Sociologie du travail*, 1987, pp. 86-109.
- RIVARD, G., «Le financement insuffisant du système: une menace à l'évolution technologique», *Le Devoir*, 3 janvier 1985, p. 7.
- SAGLIO, J., GARROUSTE, P., RAVEYRE, M. F. RICHUILLEY, G., *Les systèmes industriels localisés. Rapport pour le programme «Science, Technologie et Société» du C.N.R.S. Lyon*, Université Lyon II, C.N.R.S., mars 1984, 136 p.
- SAGLIO, J., «Rôle des médecins dans la relation entre l'hôpital et l'industrie dans l'innovation technologique», *Gestions hospitalières/Gestion de santé*, 1982, n° 233, pp. 138-141.
- SISK, J. E., BEHNEY, C. J., BANTA, D. H., «Evaluating the Costs of Medical Technology». *The Control of Costs and Performance of Medical Services. Research in the Sociology of Health Care*, 1984, vol. 3, pp. 9-26.
- WARNER, K. E., «Effects of Hospital Cost Containment on the Development and Use of Medical Technology», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 1978, vol. 56, n° 2, pp. 187-211.

RÉSUMÉ

Les professions peuvent être considérées comme appartenant à la catégorie plus vaste de la main-d'œuvre hautement qualifiée. Elles s'en distinguent cependant par leur capacité à agir comme groupes organisés sur différents mécanismes servant à définir la nature et le degré de la qualification. À la barrière du savoir spécialisé, elles ajoutent d'autres barrières en influençant les conditions d'actualisation de ce savoir sous forme de qualification et les conditions d'utilisation de cette qualification dans la prestation de services. Elles se démarquent ainsi du reste de la main-d'œuvre hautement qualifiée par un degré de fermeture sociale plus important. Ces caractéristiques distinctives des professions sont mises en évidence à travers l'étude de quelques aspects du changement technologique en santé.

SUMMARY

Professions may be considered as belonging to the much broader category of the highly qualified labor force. They are particular however because of their capacity to act as organized groups upon various mechanisms which serve to define the nature and degree of qualification. To the barrier of specialized knowledge, they add other barriers by influencing the conditions by which this knowledge is transformed into qualification and the conditions in which this qualification is used in the providing of services. They set themselves off from the rest of the highly qualified work force by a greater degree of social closure. These distinctive characteristics of professions become evident through the study of various aspects of technological change in health.

RESUMEN

Los profesionales pueden ser considerados como perteneciendo a la categoría mas vasta de la mano de obra altamente calificada. Ella se distingue sin embargo por su capacidad de acción como grupos organizados sobre diferentes mecanismos que sirven para definir la naturaleza y el grado de calificación. A la barrera del saber especializado, se agregan otras barreras influenciando las condiciones de actualización de ese saber bajo la forma de calificación. Ellas se separan de esta manera del resto de la mano de obra altamente calificada por un grado de cierre social más importante. Estas características distintivas de las profesiones son puestas en evidencia a través del estudio de algunos aspectos del cambio tecnológico en la salud.