



# L'évolution du management des **médecins** américains

**Cet article décrit les changements dans le domaine du management des médecins et les réactions des médecins américains soumis à divers degrés de contrôle par des organisations non issues de la profession médicale. Malgré l'avènement de ces pratiques managériales dans le secteur de la santé, l'auteur constate que les médecins restent viscéralement attachés aux valeurs traditionnelles de la profession médicale et conclut que les gestionnaires de la santé devront accepter de négocier à l'intérieur du cadre de ces valeurs.**

La profession médicale est une des professions archétypes aux États-Unis (Freidson, 1970 ; Freidson et Lorber, 1972 ; Starr, 1982). Elle a été l'objet de nombreuses études qui ont permis d'identifier les caractéristiques-clés des professions autour desquelles on a fondé des approches théoriques sur les professions en générale (Abbott, 1988 ; Greenwood, 1957 ; Hall, 1968 ; Haug, 1977 ; Larson, 1977 ; Mckinlay et Arches, 1985 ; Parsons, 1954 ; Wilensky, 1964). Depuis trois ou quatre décennies, le secteur de la santé américain a subi des changements dramatiques incluant l'explosion du volume des soins et de leur coût ainsi que la profonde refonte des systèmes de santé et de leur financement. Il est donc utile d'observer le développement du secteur et d'analyser son impact sur les médecins et leur travail.

Les études se sont d'abord focalisées, pour la plupart, sur les perceptions des médecins du système de santé de type intégré (*managed care*) (Deckard, 1995 ; Hadley et Mitchell, 1997 ; Silverstein, 1997 ; Warren *et al.*, 1999). Cet intérêt particulier sur les systèmes intégrés est compréhensible compte tenu du très grand développement de ces systèmes dans les années 1980 et 1990. Le système de santé intégré est un concept qui est née dans les années 1970 au moment où l'État américain cherchait de

nouvelles organisations pour réduire le coût du système de santé; en 2002, 26 % de la population américaine était couverte par ce système intégré<sup>1</sup>. Bien que délaissés voire méprisés dans un premier temps par la profession médicale, les patients de plus en plus nombreux relevant de ce système ont fini par aiguïser l'intérêt des médecins. Ce type d'organisation des soins présente des incompatibilités potentielles entre certaines caractéristiques de la profession et les principes mêmes sous-jacents au système de soins intégrés. Les études faites sur les réactions des médecins aux « managed care » sont souvent basées sur l'hypothèse sous-jacente que les médecins gèrent complètement leurs relations avec les patients (Marshall, 1965; Parsons, 1954), aidés par des structures professionnelles qui se sont développées autour de la profession (Wilensky, 1964), et que les systèmes de soins intégrés s'interposent directement en travers de ces relations, générant de fortes réactions négatives de la part des médecins. Bien que ces analyses s'appuient parfois sur des cadres conceptuels comme « la déprofessionnalisation » (McKinlay et Arches, 1985), ou la culture et l'identité professionnelle (Trice et Beyer, 1993; Van Maanen et Barley, 1984), en général la majorité des études manque de cadre théorique et les conclusions sont peu concluantes.

Scott *et al.* (1996, 2000) appliquent des concepts de la théorie néo-institutionnelle pour comprendre les développements dans le secteur de la santé américain. Selon cette approche, l'évolution du secteur peut être comprise suivant des logiques institution-

nelles qui apparaissent aux différentes étapes du développement du secteur. Ces logiques institutionnelles déterminent quelles idées, pratiques, personnes sont légitimes en même temps que le pouvoir de décisions des différents acteurs et la manière dont les soins sont délivrés. Les auteurs identifient trois logiques institutionnelles majeures qui ont régi les périodes de 1945 à nos jours. Ces périodes sont :

- 1) l'ère de la dominance professionnelle,
- 2) l'ère de la responsabilité fédérale, et
- 3) l'ère des logiques managériales.

Alors que la profession médicale était l'entité légitime principale pendant la première ère, son contrôle sur la définition de ce qui est légitime dans le secteur de la santé a été érodé par le rôle de plus en plus important de l'État et plus récemment encore, des intérêts managériaux. Ces intérêts managériaux sont à l'œuvre non seulement dans le domaine des soins intégrés mais aussi dans d'autres types d'organisation. Scott (1993) propose que dans un secteur turbulent et soumis à l'affrontement de plusieurs logiques institutionnelles, les anciennes logiques doivent être délégitimées avant que les nouvelles puissent être légitimées. En conséquence, le secteur de la santé actuel devrait être dans le processus de délégitimation du modèle professionnel et de légitimation du modèle managérial. Une façon d'observer ce processus de changement est de concentrer notre observation sur les médecins individuels (Leicht et Fennell, 1997). En effet, le secteur de la santé voit s'affronter des intérêts multiples parfois incompatibles; les médecins doivent délivrer des soins en prenant en compte non

1. National Center for Health Statistics, 2004.

seulement la pure expertise médicale, mais aussi les coûts de ces soins et le niveau de couverture de l'assurance du patient. Du point de vue des médecins, le serment d'Hippocrate est de plus en plus souvent mis à mal par les intérêts managériaux.

Dans cet article, l'auteur décrit les réactions des médecins américains face aux divers types d'organisation de leur travail. D'abord, il expose les caractéristiques du système de santé américain, suivi par une analyse descriptive et longitudinale sur les réactions attitudeles et comportementales des médecins dans diverses situations de travail. La mobilité des médecins est une mesure des réactions des médecins aux nouvelles logiques qui émergent dans le domaine de la santé. Le mouvement des médecins nous permet d'observer leurs choix face aux logiques proposées. Les données de cette étude descriptive sont issues de deux ensembles de données collectées auprès de médecins en 1987 et en 1991, une période pendant laquelle il y avait une croissance et maturation des systèmes de soins intégrés. Elles nous permettent de voir quels sont les structures d'organisation et les styles de management qui conviennent le plus aux médecins américains.

### **1. Quels sont les caractéristiques du système de santé américain aujourd'hui ?**

Au cours des quarante dernières années, le secteur de la santé s'est beaucoup transformé pour intégrer des logiques institutionnelles diverses (Scott *et al.*, 1996 ; 2000). Ces logiques, que nous présentons ici dans leur ordre chronologique d'apparition, ont façonné le secteur de la santé et sont à l'origine de ses principales spécificités.

### **2. L'ère de la domination professionnelle, des professionnels (1945-1965)**

Pour Hall (1973) les attributs-clés de la logique institutionnelle de la profession médicale se fondent sur la conviction que les médecins doivent être les maîtres de la décision pour les questions relatives aux soins et à la santé.

Ces attributs se composent de :

- 1) la reconnaissance de l'association professionnelle comme la référence majeure en matière de prise de décision médicale (affiliation à une association professionnelle),
- 2) la croyance en un service au public (« orientation patient »),
- 3) la croyance en une autorégulation (supervision par les pairs),
- 4) une vocation pour le domaine.

Le premier de ces attributs entretient la domination de la profession médicale sur les autres professionnels et organisations de santé fournisseurs de soins, et préserve ainsi son autonomie dans le travail. Domination et autonomie de la profession qui se trouvent encore renforcées par l'idée selon laquelle l'évaluation du travail médical doit être assurée par les pairs (*peer review*). On met aussi l'accent sur l'importance de l'affiliation à une association professionnelle sur l'appartenance organisationnelle, ce qui a été le sujet d'études centrées sur l'identification des professionnels à leur profession par opposition à l'organisation (Hoff, 1999).

Freidson (1970, 1984, 1985) a formulé une théorie de la domination professionnelle centrée sur la profession conçue comme un acteur collectif, et sur ses relations avec les autres activités dans le même secteur. Dans le cas de la profession médicale, il s'agit

d'une position dominante par rapport aux autres professions de santé (exemple : infirmiers, assistants de soins, analystes), et en tant qu'acteur dominant du système, il a eu pour mission d'établir les normes, d'évaluer les performances, et d'exercer contrôle et supervision. La profession médicale joue un rôle majeur dans la création d'un système de santé que l'on peut considérer comme un construit social. C'est la profession qui définit ce qui est de l'ordre du bien-être et de la santé et ce qui est de l'ordre de la pathologie, ce que le soin médical peut accomplir, comment cela peut être pris en charge, par qui et pour qui. Elle dispose de l'autorisation légale pour établir les attestations ouvrant droits aux indemnités compensatoires telles que les indemnités pour accidents du travail.

Jusqu'au milieu des années 1960, l'État (fédéral) a agi comme un agent de légitimation de la profession médicale. Il a soutenu et légalisé un monopole professionnel sur la production de normes et définitions des soins et de la santé, tout en restreignant l'accès à cette pratique professionnelle. L'État a aussi permis à la profession d'avoir une influence importante sur les règlements et statuts qui régissent les structures des organisations prodiguant des services de soins et de santé. En tant que force institutionnelle dans le secteur, la profession médicale a ainsi été en mesure de décider quelles formes organisationnelles étaient requises pour des installations de santé. Le système dit « open staff » qui permet aux médecins libéraux de se servir pour l'exercice de leur pratique des services, technologies et locaux d'hôpitaux avec lesquels ils ont passé une convention, et la rémunération à l'acte (« fee-for-service ») dans les hôpitaux sont, par exemple, des produits de

cette période. Comme le notent Scott et Backman (1990), la légitimation de l'État est un facteur-clé pour établir une position de monopole pour les professions, et les médecins n'ont pas été une exception.

Pendant cette période durant laquelle les logiques professionnelles ont dominé le secteur, le niveau d'autonomie de la profession médicale était élevé, la cooptation de l'État renforçant encore cette position de pouvoir. Ce niveau d'autonomie se reflète aussi dans la liberté pour les médecins d'une pratique obéissant au seul code de déontologie de la profession.

### **3. L'ère de la responsabilité fédérale (1965-1982)**

Dans la période allant du milieu des années 1960 jusqu'aux années 1980, le rôle de l'État dans le secteur de la santé s'est étendu, d'agent de légitimation il devient source majeure de fonds de financements, puis plus récemment, régulateur des services de santé. Dans ce rôle étendu, l'État n'a pas uniquement exercé son influence en tant qu'agent de légitimation, il a également exercé son pouvoir à travers sa position de décideur de l'utilisation des fonds de l'État. En devenant une des principales sources de financement dans le secteur de la santé, l'État a activé des mécanismes de marché encourageant l'émergence de formes organisationnelles diverses. Il a par ailleurs, en tant que principal agent d'assurance maladie, accru la concurrence sur le marché des couvertures santé, et a par conséquent poussé les autres agents et compagnies d'assurances à prendre une part plus active au secteur pour pouvoir en contrôler les aspects financiers.

Dans son rôle le plus récent, celui de régulateur-clé du système de santé, l'État a mis

en place des mesures visant à assurer la qualité et l'accès aux soins en restreignant le nombre de médecins et organisations pouvant recevoir des fonds de l'État. Il a aussi acquis le pouvoir de fixer le prix des services de santé fournis aux patients couverts par la couverture d'État. C'était autrefois la compétence exclusive des médecins : ils avaient le droit de fixer librement leurs honoraires en tenant compte, conformément à l'usage, de la capacité du patient à payer. Les pratiques et usages de la profession se basaient sur les principes suivants :

- 1) le libre choix du docteur par le patient,
  - 2) le libre choix de la prescription par le docteur,
  - 3) les honoraires négociés entre docteur et patient,
  - 4) la rémunération à l'acte (*fee-for-service*), et
  - 5) l'exercice libéral de la médecine, en solo ou associé à un petit groupe de confrères.
- C'est maintenant l'État qui régit la pratique en établissant quel est le paiement qui convient pour tel service fourni à la population qu'il prend en charge. Ces transformations du rôle de l'État devenu une source de financement et un régulateur a eu un impact important sur le secteur de la santé dans son ensemble et sera discuté plus en détail.

En tant que source de financement, l'État intervenait à la fois du côté de l'offre et du côté de la demande du système de soins. Les contributions de soutien de l'offre de

l'État comprennent le programme Hill-Burton<sup>2</sup>, qui augmente le nombre d'hôpitaux et de lits en particuliers dans les zones rurales et défavorisées, et la tentative d'augmenter le nombre de docteurs en accroissant le nombre d'inscriptions d'étudiants en médecine dans les années 1960 et 1970. Il a aussi légitimé des nouvelles formes organisationnelles en les rendant éligibles pour recevoir des fonds d'État destinés à la santé. Un exemple d'une telle intervention sur la diversification des formes organisationnelles est l'introduction d'organismes d'assurance maladie (*Health Maintenance Organizations*)<sup>3</sup> comme une option à l'intérieur de Medicare et Medicaid.

Les organismes d'assurance maladie (HMO) réunissent dans une seule structure des fonctions qui étaient auparavant assurées par des organisations distinctes. HMO conjuguent la prestation de services de soins comme les hôpitaux et autres fournisseurs de santé, avec des fonctions d'assurance, rompant avec la tradition du soin médical fourni par des praticiens libéraux payés à l'acte qui étaient intégralement payés par leurs patients ou par un tiers payeur. Dans un HMO, les clients des services de soins concluent un contrat avec un agent administratif pour des services de soins à un tarif négocié, fixé à l'avance. Les inscrits sont limités dans leur choix de médecins, et doivent prendre en charge la

2. En 1946, le congrès a édicté le « Hospital Survey and Constitution Act » également connu sous le nom de « programme Hill-Burton » pour encourager la construction d'hôpitaux et l'ouverture de lits dans les zones défavorisées et les zones rurales et favoriser l'accès aux soins des plus nécessiteux et des minorités. Jusqu'aux années 1970, le programme, grâce auquel une offre de services hospitaliers égale a pu être proposée dans les États, a été considéré comme une réussite. Il perdit le soutien du gouvernement fédéral à cause des conflits d'intérêts entre Medicare et Medicaid (Thompson, 1981).

3. Note traduction: HMO pour « Health Maintenance Organizations », c'est un type d'organisme de gestion intégrée des soins de santé offrant un régime privé d'assurance maladie aux adhérents qui, contre paiement d'une prime, bénéficient de soins et de services de santé dispensés par des médecins et d'autres professionnels salariés de cet organisme ou payés par ce dernier à l'acte ou par capitation (rémunération forfaitaire par patient/personne protégée par ce régime).

totalité du coût de la prestation de soins s'ils s'adressent à un professionnel de santé en dehors du HMO<sup>4</sup> auquel ils sont affiliés. Les groupes de médecins<sup>5</sup> disposent d'une somme forfaitaire, fixée à l'avance, versée par l'Organisme d'assurance maladie pour prendre en charge les dépenses de soins de santé des patients protégés par ce régime. Il s'agit d'une dotation par patient mensuelle forfaitaire dont le montant a été négocié à l'avance. Ce système de rémunération forfaitaire par personne dit *capitation*<sup>6</sup>, expose le HMO à un risque de dépenses liées à une sur-utilisation des soins médicaux. Le HMO fait passer, et peser, le risque sur les médecins en vue d'influer sur leurs actes. C'est ainsi que dans les HMO, l'intérêt financier pour les médecins est reversé selon le principe de la non-capitation. Les médecins sont alors plutôt plus soucieux de réduire les dépenses de santé que de pratiquer le plus de soins possibles comme le font les médecins rémunérés à l'acte (« *fee-for-service* »). Et en diminuant les coûts pour les organisations, les HMO sont capables de diminuer leurs primes et d'attirer des clients qui cherchent à maîtriser leurs dépenses.

Du côté de la demande, l'État est devenu le plus grand fournisseur de service de santé

avec la mise en place de Medicare et Medicaid en 1965, qui amenèrent le développement des programmes sociaux, et plus d'équité dans l'accès aux soins. En assurant la couverture des services fournis aux personnes âgées et aux nécessiteux, ces programmes ont considérablement augmenté la demande de services de soins. En même temps, les concessions qui ont été accordées aux organisations professionnelles médicales pour passer aux programmes sociaux ont eu un coût important. L'American Medical Association (AMA) a insisté pour conserver les principes régissant la pratique et les usages de la profession<sup>7</sup> ce qui a permis de maintenir la rémunération du médecin à l'acte (« *fee-for-service* ») et n'a pas incité à la réduction des dépenses.

À cause du risque créé par une utilisation accrue (des services de soins, etc.) dans le cadre de Medicare ou Medicaid, l'État va agir à la fois sur le côté de l'offre et sur le côté de la demande en autorisant les HMO à recevoir les bénéficiaires des programmes Medicare, et Medicaid. Le législateur a ainsi légitimé l'organisation des HMO en établissant qu'ils pouvaient fournir des soins de santé aux bénéficiaires de Medicare et Medicaid, et en demandant

4. L'amendement modificatif du règlement régissant les organismes d'assurance maladie (HMO) de 1988 a provoqué quelques changements dans les règles établies dans les années 1970. Grâce à un système d'options de services appelé « *opt-out options* », il est aujourd'hui possible pour un patient affilié à un HMO de bénéficier des services fournis des praticiens hors-HMO en payant un supplément : les HMO certifiés par le régime fédéral sont autorisés à fournir jusqu'à 10 % de leurs services à travers des médecins extérieurs (avec des frais additionnels).

5. Note traduction : l'Organisme d'assurance maladie (HMO) se lie par contrat à un groupe reconnu de professionnels de la santé travaillant exclusivement pour cet organisme et rétribués selon des tarifs négociés.

6. Note traduction : le mot « *capitation* » désigne en français, une sorte d'impôt aujourd'hui disparu. Sous l'influence de l'anglais, le terme est réapparu récemment au Québec dans le vocabulaire de la santé... Il désigne une méthode de rétribution des soins de santé dans un système de soins organisés fondée non sur le nombre d'actes et leur nature, mais sur le nombre de personnes protégées par le régime.

7. Voir Enthoven (1988) pour une analyse économique des raisons pour lesquelles ces principes ont été privilégiés par la profession médicale.

aux employeurs de plus de 25 salariés de considérer un HMO pour assurer leurs employés s'il en existe un dans leur secteur. La création de certains HMO, comme la Kaiser Permanente Group et le Group Health Cooperative of Puget Sound remonte aux années 1930 et 1940, mais la plupart d'entre eux ont été créés après 1976. Les HMO étaient alors considérés comme une forme d'organisation de soins et de la santé plus efficace grâce à l'importance accordée à la « capitation » et aux soins préventifs (*i.e.* soins intégrés) pour maîtriser les dépenses. À ce moment-là, ils ont constitué pour le gouvernement une alternative au système d'assurance maladie uniquement pris en charge par l'État. On pensait qu'à partir du moment où ces organismes d'assurance maladie opéraient dans le cadre du secteur privé augmenter leur nombre allait permettre aux mécanismes de marché de faire leur œuvre et de diminuer les coûts, ce qui serait plus efficace qu'une régulation par l'État. Cette mesure a été fortement combattue par les médecins parce que la mise en place de HMO présupposait une relation contractuelle entre médecins, assureurs et hôpitaux ce qui était contraire aux principes régissant la profession et ses pratiques.

Plus récemment, d'autres formes ont aussi gagné une légitimité en devenant admissibles pour les fonds et subventions d'État. En 1981, le congrès a passé une résolution

qui a permis de restreindre la liberté de choix d'un prestataire pour les bénéficiaires de Medicaid. Cela a ouvert la voie aux États qui ont émis des lois « selective contracting laws » visant à éliminer les barrières légales destinées à l'origine à protéger la liberté de choisir son praticien<sup>8</sup>. Cette réglementation a permis à Medicaid et aux assurances privées de passer des contrats avec des groupes sélectionnés de médecins et d'hôpitaux. Ce qui a encore stimulé la demande pour les HMO.

Les dépenses de santé ont augmenté de 75 milliards de dollars en 1970 à 458 milliards de dollars en 1986 et à 1,4 mille milliards de dollars en 2001, soit l'équivalent de 14,1 % du GDP. L'avènement d'une crise fiscale dans les budgets de Medicaid et Medicare, et qui apparaît en partie dans cette hausse alarmante, a provoqué une réglementation plus stricte de l'industrie de santé. Initialement, la réglementation consistait à contrôler et à évaluer l'efficacité et la qualité des soins par les « Professional Standards Review Organizations » (PSRO)<sup>9</sup> organisées localement. En fait, les PSRO ont d'abord été établies pour aider aux mesures de la qualité des soins avec des données sur des patients guéris renvoyés, et à leur comparaison entre hôpitaux. Les données ont aussi permis d'évaluer l'efficacité des soins. Comme la maîtrise des dépenses de santé devenait une prérogative du secteur, les instruments de mesure de la qualité des soins ont rapidement été convertis en

8. Jusqu'à ce moment-là le code de l'Assurance interdisait aux assureurs de limiter la liberté de choisir leur docteur de leurs assurés, et de passer des conclure des accords avec des médecins salariés.

9. Les PSRO étaient surtout des groupes d'évaluation de pairs qui vérifiaient les rapports médicaux des bénéficiaires de programmes d'assurance fédérale. Ils étaient tributaires des cadres professionnels et faisaient respecter les normes sanitaires. Ils ont été remplacés par les « Peer Review Organizations » (PRO). Les PRO sont des organisations au niveau des États (à la fois à but lucratif et à but non lucratif) qui ont des contrats avec le gouvernement fédéral. Ils sont autorisés à refuser des remboursements aux hôpitaux qui n'atteignent pas leurs normes.

instruments de mesure de la surconsommation des soins de santé. À peu près au même moment, les autres assureurs privés ont aussi introduit des mesures similaires visant à contrôler la consommation de soins et à réduire les dépenses associées à des soins inutiles. Toujours dans cet objectif de réduction des dépenses, afin de mieux répartir les équipements de soins et technologies médicales par zones géographiques, un certificat de besoin (*certificate of need*, CON) a été mis en place au niveau des États. Il oblige les hôpitaux à obtenir un accord préalable de l'agence gouvernementale avant d'opérer n'importe quel investissement (Thompson, 1981). Les formes d'évaluation qui étaient considérées comme du domaine des pairs de la profession sont passées dans les mains des administrateurs et des assureurs.

En dépit des efforts pour contrôler des dépenses de santé à travers un contrôle des services et des frais associés à la santé, les coûts ont continué de monter en flèche dans les années 1980, et le gouvernement est devenu un acheteur de services médicaux plus scrupuleux en introduisant un système de mise en paiement différé pour les hôpitaux dans la forme de « diagnostic-related groups » (DRG) pour les patients Medicare. Les DRG ont standardisé le service médical en postulant que les cas avec un diagnostic similaire étaient homogènes en termes de technologie médicale, d'utilisation de travail hospitalier (pratique clinique), et durée de séjour. L'objectif du programme à travers ces mises en paiement différé était d'inciter les hôpitaux à être plus performants dans la gestion de leurs soins. Si les coûts s'avéraient inférieurs aux niveaux des paiements (pré)déterminés par le DRG,

alors l'hôpital était autorisé à garder la différence. Dans la situation inverse, l'hôpital s'exposait à un risque de dettes.

L'introduction du système de mise en paiement différé de Medicare a affecté les organisations et fournisseurs de services de soins et de santé, ainsi que d'autres segments du secteur. Les hôpitaux aux États-Unis pratiquent généralement la redistribution de leurs dépenses pour les non-assurés ou sous-assurés vers les patients payants dans le but de couvrir leurs déficits (« cross-subsidization »). Les assureurs privés craignant qu'à la suite de l'introduction des DRG les hôpitaux cherchent aussi à redistribuer les dépenses des patients Medicare, ont développé leurs propres versions de plans de mise en paiement différé.

L'État a commencé en déterminant des niveaux de paiement pour les hôpitaux. Plus récemment, il a aussi commencé à établir une planification des frais pour les services des médecins empiétant ainsi sur le principe de la rémunération à l'acte. En 1992, le gouvernement fédéral a commencé un processus de 5 ans pour modifier de façon significative la méthodologie de paiement qui détermine le montant des remboursements que certaines spécialités médicales vont recevoir pour les services Medicare en standardisant la valeur de ces services selon l'échelle « resource-based relative value scales » (RBRVS). Le système de remboursement encourage les soins généraux en augmentant les tarifs des soins généraux premiers et en diminuant les droits des spécialistes pour prévenir les soins non nécessaires et réduire les coûts élevés des spécialistes. Il encourage aussi les médecins à travailler en zones rurales où le ratio



médecin/patient reste plus faible qu'en zones urbaines.

Guidés par l'idéologie de la santé comme un droit social, l'État a identifié le besoin d'augmenter l'équité dans l'accès aux soins. Plus récemment, contraints par l'augmentation des dépenses de santé, provoquée par l'effort d'amélioration de la santé, il a commencé à déployer des stratégies de maîtrise des dépenses qui minimisent certaines caractéristiques professionnelles. Leur efficacité est due au fait que l'État est le payeur le plus important pour les services de soins de santé dans le pays. Scott et Lammers (1985) ont décrit le rôle de l'État comme un rôle qui a évolué; de bâtisseur d'hôpitaux il est passé à acheteur de services, puis à régulateur et catalyseur du contrôle des dépenses. On peut considérer que cette participation croissante de l'État pendant cette période a eu pour conséquences la diversification des cadres de travail des médecins dans le secteur et un accroissement du contrôle externe sur le travail des médecins en vue de rapprocher les objectifs professionnels des médecins des objectifs organisationnels. Cette tendance des médecins à passer plus de temps dans des cadres du travail organisé et à abandonner certains principes professionnels a été qualifiée de « bureaucratization de la profession médicale » (Freidson, 1984; Mechanic, 1976; Larson, 1977).

#### 4. L'ère des logiques managériales (1982 - à nos jours)

Les derniers développements dans le rôle de l'État dans le secteur de la santé sont une conséquence, de la période antérieure. L'ère des logiques managériales a commencé au début des années 1980 avec la formation de la spirale des dépenses de santé. Comme le budget de la santé augmentait, dépassait l'inflation, les logiques de contrôle des dépenses de santé basées sur l'efficacité et le rendement se sont très répandues. Elles sont devenues un moteur de changements dans le secteur de la santé dans les trois dernières décennies. En résultat, de nouvelles formes organisationnelles basées sur le cadre du marché, déjà légitimé dans d'autres secteurs, ont émergé dans le secteur de la santé. L'idéologie dans le secteur de la santé se transforme pour mieux s'aligner avec l'idéologie sociale la plus étendue: l'efficacité de la régulation par le marché. Cela a ouvert le secteur des services de soins et de la santé aux techniques du management, telles que le « Total Quality Management » (TQM), qui avait été initialement développées et appliquées dans des secteurs d'industries plus traditionnels. Alors qu'il existe de nombreuses alternatives possibles à une telle idéologie<sup>10</sup>, celle-ci semble gagner de plus en plus de légitimité. L'incapacité du gouvernement à contrôler la spirale des dépenses, dépenses stimulées par Medicare et Medicaid, l'accroissement de la concurrence entre médecins due à une

10. Les américains ont par exemple souvent regardé du côté des systèmes de santé canadiens ou celui de certains pays européens, pour voir s'ils pouvaient éventuellement constituer une alternative à leur système. Mais les accents socialistes sous-tendant ces systèmes n'ont pas été bien acceptés en général. Ainsi, même pour implémenter des changements à un système Medicaid surchargé, des États comme l'Oregon ont fait face à une vive opposition aux propositions de contourner les soins avec une autre méthode que la capacité de payer.

« sur-offre » ont généré une situation dans laquelle l'allocation des ressources de santé est plus influencée par les forces de marché que par les directives du gouvernement ou celles des prestataires de services de soins (Brown, 1983).

Le secteur des services des soins de santé a toujours été majoritairement à but non lucratif, avec toutefois le développement des hôpitaux en actionnariat privé à certains moments de l'histoire<sup>11</sup>. Pauly et Redish (1973) et Bays (1983) prétendent que la prédominance des hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis est due au fait que c'est une forme d'organisation qui favorise les médecins. Dans les configurations de type non lucratif les médecins influent plus sur les décisions concernant les services, la technologie, et les investissements ; ce type de structure représente ainsi pour les médecins une chance de réduire la concurrence et de faire du profit. Dans les organisations à but non lucratif, les prestataires dominent en comparaison aux entités à but lucratif dans lesquelles les groupes managériaux exercent un meilleur contrôle non seulement de l'investissement mais aussi des décisions fonctionnelles. Par exemple, Alexander *et al.* (1986) montrent que dans les hôpitaux « investor-owned » les médecins sont moins intégrés dans la structure dirigeante, de gouvernance.

Dans leur comparaison entre hôpitaux à but non lucratif et hôpitaux à but lucratif, Schlesinger *et al.* (1987) font ressortir que les structures non lucratives fournissent un cadre pour des services, pratiques et technologies innovantes qui n'ont pas

encore démontré toute leur efficacité. Jusqu'à ce qu'ils soient reconnus et largement diffusés, de tels services sont le plus souvent subventionnés par des fondations et soutenus par les hôpitaux à but non lucratif. Une fois leur efficacité établie l'augmentation de la demande pour ces services les rend suffisamment profitables pour que les institutions à but lucratif leur manifeste leur intérêt. Cela suggère que ce qui distingue ces deux types d'organisations de santé ce n'est pas uniquement les différences dans la structure dirigeante et le type de gouvernance, ou leurs objectifs en termes de profit, mais c'est aussi leurs contributions à la médecine et à la société.

Il est intéressant de noter que ceux qui ont créé le besoin de diversifier les capitaux et sources de financements dans le secteur de la santé sont aussi ceux qui fournissaient l'essentiel de ces sources. Ce sont les programmes Medicare et Medicaid qui sont à l'origine de l'augmentation récente du nombre d'hôpitaux et de lits à but lucratif. Les deux programmes ont apporté stabilité financière et profits au secteur. Comme les industries de services profitables attirent l'attention des investisseurs, l'équité financière est vite devenue un choix viable pour les organisations de santé qui auraient voulu tendre vers un actionnariat. Cela a procuré aux hôpitaux une plus grande flexibilité au moment ou à la fois les autres types de fonds gouvernementaux et les dons de fondations et autres œuvres de bienfaisance s'amenuisaient. En fait, pendant une grande partie des années 1970 et

11. Bohland et Knox (1989) offrent une rétrospective intelligente du phénomène des structures à but lucrative en comparant la croissance récente des hôpitaux à but lucrative à la croissance des hôpitaux propriétaires de la fin XIX<sup>e</sup>, début XX<sup>e</sup>.

1980, les actions liées à la santé et, en particulier, les actions de gestion d'hôpitaux, ont été plus performantes que le marché en général (Bohland et Knox, 1989). Comme les hôpitaux étaient devenus un meilleur risque sur le marché financier, ils ont pu garantir leurs créances<sup>12</sup>.

L'augmentation du nombre d'hôpitaux et lits à but lucratif dans les dix ans qui ont suivi la mise en œuvre des programmes Medicare et Medicaid a été substantielle. Alors que le nombre de lits réservés aux soins intensifs dans les institutions à but non lucratif avait augmenté de 28 % en une décennie, les lits à but lucratif ont augmenté de 55 %. Les entreprises à but lucratif ont acheté ou construit des hôpitaux dans des États avec des plans de remboursement particulièrement favorables, et ont visé les voisinages de plus en plus fortunés qui étaient en rapide augmentation dans de tels États, si bien qu'en 1985, 61 % des lits à but lucratif réservés aux soins intensifs étaient situés dans 5 États : Californie, Floride, Louisiane, Tennessee et Texas (Ginzberg, 1990). Certains observateurs ont estimé que les entreprises à but lucratif géraient mieux les incertitudes de l'environnement que leurs homologues publiques ou bénévoles (à but non lucratif) parce qu'elles avaient plus conscience des fluctuations de leur marché et qu'elles étaient mieux placées pour faire des économies d'échelle et améliorer ainsi leurs recettes.

Bohland et Knox (1989) notent qu'alors que, les dernières tendances pour les entre-

prises dans l'arène médicale avait été à un niveau entrepreneurial, l'augmentation récente dans les « for profits » avait un goût « corporate », de société, commercial différent. Suivant le succès social des « for profits », les « non profits » ont commencé à adopter des stratégies et des caractéristiques structurelles similaires<sup>13</sup>. Le climat compétitif créé par un environnement incertain a encouragé l'isomorphisme des hôpitaux à but non lucratif pour les stratégies des institutions « for profits », à but lucratif, intensifiant l'orientation « marché » du secteur de la santé. Kitchener (2002) montre par exemple l'adoption, sans discernement, des innovations managériales, telles que les fusions dans le cas des centres de santé universitaires, comme résultante de la mobilisation de logiques managériales. Comme le note Mick (1990), la culture des organisations de santé a été transformée. Elles sont devenues plus commercialement orientées dans leurs structures (Alexander *et al.*, 1988). Les grandes entreprises ont augmenté les parts de marché dans le domaine et la nature fondamentale des hôpitaux à but non lucratif a changé, évoluant d'une forte dépendance des dons vers une dépendance des revenus générés par les services, plus en phases avec le système de marché.

Plus récemment, la croissance des organisations dans le secteur de la santé a entraîné la constitution d'organisations intégrées et diversifiées qui associent médecins ou groupes de médecins avec une expertise

12. Medicare et Medicaid ont aussi permis aux hôpitaux de garantir leurs dettes en incluant les pertes de valeur et dépenses d'intérêts au calcul des taux de remboursement.

13. Les hôpitaux à but lucratif ont été regardés avec méfiance (Arrow, 1963) jusqu'à ce que leurs recevabilités pour les programmes Medicare et Medicaid les placent sous le même règlement que les autres hôpitaux à but non lucratif et les hôpitaux bénévoles. Le nombre grandissant de similitudes entre les structures des trois types d'hôpitaux a amélioré le niveau de légitimité accordée aux hôpitaux à but lucratif.

professionnelle, dirigeants d'entreprise avec une expertise en finance et management, et compagnies d'assurance. Cette évolution est largement due à la prolifération des soins intégrés. La consolidation de la pratique des médecins se produit à deux niveaux. Morrisey *et al.* (1996) décrivent l'intégration des médecins dans les systèmes hospitaliers qui restent principalement à but non lucratif. Il y a dans le même temps un nombre croissant d'organisations de gestion de pratiques de médecins non hospitaliers dirigées sur les bases d'une institution à but lucratif qui coordonnent des groupes de médecins, des hôpitaux et les programmes de santé (Robinson, 1998). Le rôle des organisations de soins de santé s'est diversifié pour coordonner les services cliniques, réduire les capacités excessives ou superflues, améliorer la qualité et rationaliser les dépenses.

En considérant la relation entre les organisations de service de santé, et les médecins, particulièrement en ce qui concerne l'augmentation des coûts de santé, il est important de retenir 3 points. Premièrement, Relman (1980) estime que plus de 70 % de toutes les dépenses de santé sont directement influencées par la profession médicale. Deuxièmement, plusieurs études ont montré que l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé est largement déterminée par l'agrégation des décisions des médecins (Dresnich *et al.*, 1979; Schroeder, 1980; Young et Saltman, 1983). Cela a bien été trouvé vérifié dans le cadre de l'hôpital (Jensen et Morrisey, 1986). Afin d'assurer une meilleure allocation de leurs ressources, les organisations devraient alors se rapprocher de la profession médicale, et travailler en plus étroite collaboration avec les médecins (Begun, 1985).

Dans cette optique, elles développent des stratégies comme l'introduction de codes des pratiques cliniques (*clinical guidelines*), l'évaluation des pratiques (*utilization review*), ainsi que le « profilage » comparatif des médecins. Les codes de pratiques cliniques sont des recommandations de pratiques développées pour accompagner les prises de décisions appropriées. Les objectifs de ces codes varient suivant l'organisme ou la personne qui les a développés. Par exemple, les associations de spécialistes médicaux comme l'American College of Physicians formulent des codes pour aider leurs membres à incorporer de nouvelles informations dans leurs pratiques. Dans les cas où ils sont développés par des managers, ils sont plus souvent utilisés pour identifier les pratiques inutiles, réduire les variations dans les pratiques entre médecins, et informer les médecins sur les « best practices ». Ces codes sont souvent associés aux systèmes de soins intégrés, mais ils ne sont pas limités à ce type d'organisation (Remler *et al.*, 1997; Shapiro *et al.*, 2000). Ils sont perçus généralement comme un facteur de perte d'autonomie par les médecins (Halm *et al.*, 1997) même si des réactions positives de leur part peuvent entraîner un changement de leur comportement clinique (Weingarten *et al.*, 1995). L'évaluation des pratiques vise à évaluer si les soins proposés sont appropriés, et si les médecins se conforment aux codes de pratiques; par exemple, elles concernent l'évaluation de la nécessité d'hospitalisation avant autorisation, les procédures de chirurgie et les diagnostics, ainsi que l'évaluation des temps d'hospitalisation en fonction du diagnostic (Kerr *et al.*, 2000; Murray *et al.*, 2001; Kapur *et al.*, 2003). Les traitements

et services peuvent être refusés selon le résultat de l'évaluation. Le « profilage » comparatif des médecins consiste à comparer les pratiques et résultats des médecins et à identifier ceux qui utilisent régulièrement des traitements et ressources inappropriées selon les codes de pratiques (Rechovsky *et al.*, 2001).

Ainsi, la profession médicale a ressenti les effets des changements de l'environnement en matière de financement et de contrôle à travers les hôpitaux et les organisations de gestion intégrée de soins de santé. Les programmes de paiement comme les DRG et autres plans de mise en paiement différé (dont le montant, par soin, est déterminé à l'avance) ont d'abord visé les hôpitaux les incitant à limiter la liberté de choix du traitement portant ainsi atteinte aux principes guidant jusqu'à la pratique médicale. En demandant à l'hôpital de relayer et de mettre en œuvre de telles restrictions, ces programmes ont placé l'hôpital contre le médecin et son travail, remettant en cause la division traditionnelle entre responsabilités médicales et administratives. Les changements introduits par ce système de paiement a fait basculer l'autorité clinique des médecins vers les administrateurs chargés d'assurer la solvabilité de l'organisation.

Plus les organisations de soins de santé pouvaient se trouver affectées par les fluctuations du marché, plus les managers y jouaient un rôle vital. Le pouvoir croissant des hôpitaux et des organisations de soins intégrés relativement aux médecins, les primes incitant les organisations à contrôler le comportement et l'action des médecins en vue de satisfaire leurs propres intérêts financiers ont considérablement changé la relation entre les organisations de soins de santé et les médecins. Il y a eu un transfert

de pouvoir de la sphère professionnelle à un champ d'influence managérial de plus en plus puissant à mesure que l'environnement devenait complexe, et que les prises de décisions organisationnelles importantes se déplaçaient hors de l'arène médicale. Les principes professionnels et les intérêts organisationnels ne s'accordent pas forcément (Gray, 1986), les organisations sont pourtant forcées de les concilier; les médecins qui travaillent dans de tels cadres savent qu'ils peuvent donc s'attendre à voir surgir des problèmes liés à la rencontre d'intérêts et de logiques étrangers l'un à l'autre. Le système de santé est ainsi passé d'une logique centrée sur les médecins à une logique interventionniste portée par l'État fédéral, et enfin à une logique fondée sur l'efficacité et le rendement. Tout comme ces logiques, les principaux acteurs institutionnels, tels que les médecins, qui faisaient partie intégrante du secteur ont changé; les médecins jouent maintenant en coulisses, à l'ombre de l'État fédéral et des intérêts du marché.

### **5. Une étude descriptive des réactions des médecins face à ces développements dans le domaine de la santé**

Christianson *et al.* (2005) présentent une revue exhaustive des études analysant les façons dont les médecins perçoivent les systèmes de soins intégrés (*managed care*). Ils soulignent l'importance que revêt l'affiliation du médecin dans leurs perceptions de ces programmes. Dans leur grande majorité, les médecins considèrent que les organismes d'assurance maladie (HMO) ont des impacts négatifs sur la qualité des soins et un impact mitigé sur le coût des soins de santé. Ils font également part d'une perte d'autonomie, d'une augmentation de la charge de travail administratif et d'une

réduction du temps à accorder aux patients dans le cadre de ces programmes de gestion intégrée des soins de santé. On peut néanmoins noter des attitudes plus positives chez les médecins étroitement liés aux organismes de gestion intégrée des soins de santé. Les auteurs de cette revue suggèrent de considérer le processus d'auto-sélection comme un facteur déterminant des perceptions des médecins.

Une des limites de ce type d'études c'est qu'elles se basent sur l'attitude. Les conclusions d'ensemble de la revue soutiennent l'idée répandue selon laquelle les médecins sont généralement inquiets et parfois frustrés par les soins intégrés, avec des différences qui dépendent des liens du médecin avec les organismes de gestion intégrée des soins. Cependant, les conséquences de ces attitudes sur le comportement des médecins, telles que le changement de métier ou le développement de la carrière, ne sont pas explorées, pas plus que les changements potentiels des attitudes sur le long terme. Sans de telles mesures comportementales et longitudinales, il est difficile d'évaluer le rôle des médecins dans les processus de changement, tels que la légitimation des logiques managériales du secteur par le biais de leur acceptation de certains cadres de travail organisés. Leicht et Fennell (1997) discutent de l'utilité de se concentrer sur les trajectoires des carrières et sur la mobilité des professionnels à travers les cadres de travail afin de mieux comprendre les processus de changements à l'intérieur des professions. Les données de cette étude descriptive sont issues de deux ensembles de données collectées auprès de médecins en 1987 et en 1991 respectivement par l'American Medical Association et l'université de Georgetown, conjointement avec la Fondation

Robert Wood Johnson qui conduit des enquêtes sur les réactions des médecins aux divers cadres de travail. Les deux ensembles de données visent les jeunes médecins en exercice depuis plus d'un an et moins de 6 ans. L'enquête menée en 1987 a pris comme échantillon des médecins de moins de 40 ans alors que celle de 1991 inclut des praticiens de moins de 44 ans. Cette différence d'âge maximum entre les deux ensembles de données s'explique par le fait qu'une partie de la population interrogée en 1987 était âgée de 40 ans, elle a 44 ans quand elle est interrogée de nouveau en 1991. Environ la moitié des médecins interrogés en 1991 avaient aussi pris part à l'enquête précédente (N = 3 124). Cette composante du panel nous permet d'observer les changements de réactions des médecins face aux différents cadres de travail, dont les organismes d'assurance maladie (HMO) ou organisme de gestion intégrée des soins de santé, sur le long terme et aussi d'ajouter une composante comportementale à travers l'observation de la mobilité des médecins entre les deux périodes.

Les enquêtes « Young Physician Survey » de 1987 et de 1991 apportent des informations sur toute une variété de caractéristiques de structures organisationnelles. On a demandé aux médecins s'ils étaient indépendants (exercice libéral) ou employés à plein-temps ou mi-temps, de même que le type d'organisation à laquelle ils étaient affiliés. On dispose ainsi d'un index par type de cadre de travail, que ce cadre soit une entité à but lucratif ou à but non lucratif. Les sources de données fournissent de multiples mesures d'autonomie et une question concernant l'éventualité de quitter la pratique actuelle.

Des questions concernant l'autonomie ont été posées aux médecins employés de l'échantillon de l'enquête « Young Physicians » de 1987, et à tous les médecins interrogés dans le cadre de l'enquête de 1991. Les données de 1987 n'ont pas cette information pour les médecins qui exercent en libéral et ceux qui exercent au sein d'un groupe de professionnels ce qui restreint nos observations sur la façon dont les médecins qui continuent d'exercer dans ces deux catégories pendant les deux périodes concernées perçoivent leur autonomie, et aussi pour ceux qui quittent ces catégories pour exercer dans d'autres cadres. Toutes les questions liées à l'autonomie clinique et à la liberté de contrôler son emploi du temps reviennent à savoir si ils se sentent libres dans ces domaines. Ils fournissent des réponses en « oui/non ». La question de savoir si certaines de leurs prestations sont remboursées en honoraires libres est utilisée pour déterminer leur degré de liberté de détermination des honoraires. Le système d'honoraires libres permet une négociation des tarifs entre le médecin et son lieu de travail, entre lui et un tiers payant, même lorsque c'est à un tarif réduit, ou directement avec le patient. D'autres types de systèmes de paiement qui sont devenus dominants, tels que les honoraires forfaitaires et les salaires, sont prédéterminés soit par le payeur soit par l'employeur, ce qui permet de réduire les négociations au minimum. La question de savoir s'il existe un mécanisme formel pour superviser les décisions cliniques est liée à la liberté de supervision clinique sur le lieu de travail. Ces deux variables sont aussi mesurées de manière dichotomique.

La satisfaction des médecins est mesurée par la réponse à deux questions, chacune

mesurée sur une échelle de 4 points allant de très probable à très improbable. Les éléments sont :

- a) l'éventualité que le médecin quitte le cadre de travail dans les deux ans à venir, et
- b) s'ils étaient à l'université, sachant ce qu'ils savent maintenant de la médecine, continueraient-ils une carrière dans le médical aujourd'hui.

Pour étudier les schémas de mobilité des médecins, je présente des tableaux de mobilité basés sur l'appartenance du lieu de travail au médecin et d'autres cadres de travail. Les descriptions statistiques longitudinales sont aussi présentées pour l'autonomie perçue et la satisfaction au travers de plusieurs lieux de travail. Le but ici est de trouver des schémas qui peuvent indiquer que les médecins approuvent la logique professionnelle ou la logique managériale, ou les deux en utilisant des mesures attitudinales mais aussi comportementales.

## **6. Les médecins changent-ils de lieu de travail, et si oui, où vont-ils ?**

Le fait d'être propriétaire est un facteur important dans l'orientation du lieu de travail d'un médecin. Si le lieu de travail est possédé par le médecin lui-même ou par un autre médecin, il y a des chances que ce lieu soit orienté vers des valeurs et des intérêts professionnels, et il est moins probable qu'il soit perçu comme étant gouverné par des intérêts non professionnels. D'un autre côté, les hôpitaux, les écoles médicales et les universités, les organismes d'assurance maladie (HMO) sont susceptibles d'avoir des médecins parmi leur comité de directions, mais sont rarement possédés par des médecins. D'une certaine manière, ces formes d'organisations dépendent des

**Tableau 1**  
**TABLEAU DE MOBILITÉ DES MÉDECINS BASÉE SUR LE STATUT**  
**DE PROPRIÉTAIRE DU LIEU DE TRAVAIL EN 1987 ET 1991\***

1987 \ 1991	Propriétaire du lieu de travail	Employé dans un lieu possédé par un médecin	Employé dans un lieu non possédé par un médecin
Propriétaire du lieu de travail	1227 (85,7)	85 (5,9)	119 (8,3)
Employé dans un lieu possédé par un médecin	231 (56,8)	75 (20,0)	87 (23,2)
Employé dans un lieu non possédé par un médecin	287 (24,7)	147 (12,6)	730 (62,7)

\* Les chiffres entre parenthèses sont en pourcentage.

médecins pour exister. Toutefois, à cause de changements environnementaux, ils sont aussi devenus plus conscients de la fiscalité et régulent les activités des médecins de manières différentes. En utilisant cette différenciation comme une jauge, je présente un tableau de mobilité des médecins du panel étudié en 1987 et en 1991 basé sur le statut de propriétaire.

Le tableau montre que les médecins qui sont propriétaires de leur lieu de travail sont ceux qui sont le plus susceptibles de rester dans ce cadre de travail. Le taux de rétention des employés dans des lieux de travail possédés par des médecins est bas, à 20 %. Cependant, 71 % de ceux qui quittent ces lieux passent au statut de propriétaire. Bien que la majorité des médecins travaillant sur des lieux non possédés par des praticiens soient restés dans cette catégorie sur les 4 ans, il existe une mobilité à la fois dans la propriété et dans les lieux possédés par les médecins. Les médecins sont plus susceptibles de passer du statut d'employé à celui de propriétaire, et dans

le cadre d'un emploi salarié de passer de lieux non possédés par des médecins à des lieux qui le sont. Jusque-là, il semblerait que dans ce panel de médecins, il y ait une mobilité vers des lieux de travail orientés vers des caractéristiques plus professionnelles.

Le tableau 2 présente les schémas de mobilité des médecins qui sont restés employés sur les deux périodes. Il différencie les médecins sur les lieux possédés par des praticiens, les HMO, les hôpitaux, les institutions d'enseignement et les employés gouvernementaux, fédéraux et de l'État.

Pour les médecins qui restent employés, ceux qui travaillent sur des lieux possédés par des médecins et sur des lieux gérés par le gouvernement sont les moins susceptibles de rester dans le même cadre entre 1987 et 1991. De manière surprenante, les médecins dans les lieux gérés par les HMO ont le plus haut taux de rétention, 76 % y sont restés sur la période étudiée. Il est moins surprenant de voir qu'il y a peu de mouvement au sein de HMO et que la



**Tableau 2**  
**TABLEAU DE MOBILITÉ DES MÉDECIN EMPLOYÉS ENTRE 1987 ET 1991\***

1987 \ 1991	Lieu possédé par un médecin	Institution d'enseignement	Hôpital	HMO	Gouvernement
Lieu possédé par un médecin	75 (46,3)	12 (7,4)	54 (33,3)	14 (8,6)	6 (3,7)
Institution d'enseignement	22 (8,9)	149 (60,3)	61 (24,7)	4 (1,6)	9 (3,6)
Hôpital	28 (14,0)	30 (15,0)	125 (62,5)	5 (2,5)	11 (5,5)
HMO	10 (14,5)		3 (4,3)	53 (76,8)	3 (4,3)
Gouvernement	43 (18,3)	36 (15,3)	40 (17,0)	10 (4,3)	104 (44,3)

\* Les chiffres entre parenthèses sont en pourcentage. Les pourcentages sont calculés dans cette étude en incluant la catégorie « autre » pour 1987 et 1991, toutefois cette catégorie n'est pas présentée dans le tableau car trop difficile à évaluer.

majeure partie des mouvements se font dans les hôpitaux, les institutions d'enseignement, ou les cabinets possédés par les médecins. Les médecins travaillant déjà dans des lieux possédés par des praticiens sont les plus susceptibles de passer au statut de propriétaire. Des médecins employés dans d'autres cadres sont moins susceptibles de faire le même pas. Cependant, à l'exclusion des médecins officiant dans les HMO, il y a à nouveau un mouvement vers des lieux plus orientés vers le professionnel dont les cabinets possédés par des médecins.

Les médecins ont des choix de cadre de travail multiples tout au long de leur carrière avec quelques différences régionales. Par conséquent, les médecins qui travaillent pour des HMO sont susceptibles d'avoir fait ce choix par rapport à d'autres types de cadre de travail. Les préférences et les choix de ces praticiens peuvent ne pas être représentatifs de la totalité des médecins.

En d'autres termes, ces médecins peuvent porter moins d'importance aux attributs professionnels, tels que l'autorité professionnelle et le contrôle sur le lieu de travail, et préférer d'autres avantages des HMO tels que les heures régulières, une clientèle stable et l'utilisation de certaines ressources. Ils peuvent également avoir une autre vision de ce qui constitue l'autonomie professionnelle.

En répondant à la question « est-ce que les médecins changent de lieu de travail et si oui, pour aller dans quelle direction ? » nous nous sommes trouvés confrontés à un phénomène intéressant. La majorité des médecins de cette étude s'orientent vers des lieux de travail qui reflètent des valeurs plus traditionnelles. Soit ils possèdent leur cabinet et ils y restent, soit ils travaillent dans des lieux possédés par des médecins, des hôpitaux et des institutions d'enseignement et font preuve d'une mobilité vers des lieux plus traditionnellement professionnels, ce

qui indique qu'ils favorisent une logique professionnelle qui met en avant le contrôle professionnel. Cependant, une minorité de médecins ne suit pas cette tendance. Ceux qui travaillent dans des HMO ont tendance à moins de mobilité. En étudiant les attitudes des médecins dans ces lieux de travail et leurs évolution dans le temps, nous pouvons déterminer si les tendances de ces médecins de HMO ont été acquises par le travail dans ces cadres ou si elles sont une conséquence de préférences personnelles.

### 7. Évaluation du niveau d'autonomie et de satisfaction des médecins restés dans le même cadre de travail

Les médecins qui sont restés dans le même cadre de travail entre 1987 et 1991 ressen-

tent généralement qu'ils sont très autonomes en matière de clinique (tableau 3). Il y a significativement moins d'autonomie perçue en matière de contrôle des emplois du temps dans toutes les catégories, bien que cela soit très prononcé chez les médecins des HMO.

Les médecins qui sont restés dans les HMO sur cette période de 4 ans ne font pas systématiquement part d'un sentiment de baisse d'autonomie comparé à des médecins dans d'autres lieux. Pour certaines fonctions cliniques telles que l'hospitalisation et la commande d'examen et de procédures, on trouve un pourcentage égal ou supérieur. Les deux mesures de l'autonomie pour lesquelles les médecins rapportent une baisse significative sont la liberté de s'occuper des

**Tableau 3**  
MÉDECINS QUI RAPPORTENT AVOIR DE L'AUTONOMIE DANS LE CADRE DE LEUR TRAVAIL EN 1987 ET EN 1991 (en %)

	Groupe de praticiens % (nb. total)	Institutions d'enseignement % (nb. total)	Hôpital % (nb. total)	HMO % (nb. total)
Liberté de :				
Passer du temps avec les patients	73 (63)	71 (133)	60 (119)	67 (52)
Hospitaliser	88 (48)	85 (100)	83 (92)	88 (49)
Garder hospitalisé	67 (42)	61 (100)	65 (65)	73 (48)
Prodiguer des soins aux indigents	76 (59)	86 (133)	87 (112)	46 (41)
Ordonner des tests et analyses	75 (60)	76 (136)	82 (120)	84 (50)
Liberté d'établir son propre planning de travail	46 (63)	48 (138)	40 (121)	27 (52)
Liberté de fixer ses honoraires	77 (43)	48 (93)	30 (88)	52 (48)

**Tableau 4**  
**DIFFÉRENCES DANS LE % DE MÉDECINS QUI RAPPORTENT**  
**QU'ILS ONT DE L'AUTONOMIE DANS LE CADRE DE LEUR TRAVAIL**  
**ENTRE 1987 ET 1991**

	Groupe de praticiens % de changement	Institutions d'enseignement % de changement	Hôpital % de changement	HMO % de changement
Liberté de :				
Passer du temps avec les patients	-1,5	-0,7	-5,0	1,9
Passer en revue historique et analyses	6,3	5,1	3,3	15,7
Hospitaliser	-6,2	1,0	-4,4	4,1
Garder hospitalisé	-2,3	-7,0	1,6	4,2
Prodiguer des soins aux indigents	0,0	-1,5	-5,3	-26,8
Ordonner des tests et analyses	5,0	-2,9	-1,0	-4,0
Liberté d'établir son propre planning de travail	4,8	-1,5	1,7	-1,9
Liberté de fixer ses honoraires	16,2	25,8	31,8	4,2

nécessiteux et la liberté de contrôler son emploi du temps. Les structures de soins intégrés sont moins accessibles aux populations nécessiteuses à cause de sa relation contractuelle avec les patients.

Dans le tableau 4, un nombre négatif indique que le pourcentage de réponses positives a diminué sur les deux périodes de temps pour les médecins qui sont restés dans un même cadre de travail et qui rapportent des changements dans leur perception du niveau d'autonomie. Par exemple, il

y a une baisse de 1,9 % de liberté perçue de contrôler leurs cadres de travail pendant la période allant de 1987 à 1991 pour 83 % des médecins travaillant dans les HMO qui ont répondu à cette question. La variation dans cette autonomie perçue est largement déterminée par le nombre (83 %) de médecins qui ont perçu un changement dans leur perception pendant la période de 4 ans (voir tableau 3). Si on observe uniquement les changements dans les perceptions de l'autonomie, on note que les médecins perçoivent

vent plus d'autonomie sur 4 mesures cliniques. Le nombre de mesures de l'autonomie qui expriment une augmentation de l'autonomie perçue sur la période étudiée est plus important pour les médecins HMO que pour ceux qui exercent dans d'autres cadres. Donc pour ces mesures de la pratique clinique, les médecins semblent sentir une amélioration de leur condition. En comparaison, les médecins exerçant dans des cadres plus traditionnels rapportent plutôt une réduction dans leur perception de l'autonomie clinique.

Les résultats des médecins qui sont restés dans le cadre d'un HMO pendant deux périodes de l'enquête suggèrent que leur perception de l'autonomie clinique n'a pas beaucoup changé comparé aux médecins exerçant dans d'autres cadres, et qu'il y a un processus d'acceptation de cette forme organisationnelle par ceux qui y travaillent. La part des médecins satisfaits par leur pratique dans le temps est plus importante parmi les médecins HMO (64 %) que parmi

les médecins exerçant dans d'autres cadres, mais la satisfaction se trouve diminuée pour ceux qui ont perçu une différence entre les deux moments de l'enquête. Et, même si un nombre moins important de médecins exerçant en cabinet de groupe rapportent une satisfaction en matière de carrière et de pratique, ceux qui perçoivent un changement dans les niveaux de satisfaction se disent plus satisfaits avec le temps. C'est le seul groupe qui rapporte une plus grande satisfaction dans le temps pour les deux mesures à la fois.

Finalement, ces résultats indiquent une faible différence dans l'autonomie perçue et la satisfaction pour les médecins travaillant dans différents cadres de travail y compris dans les HMO. Ils suggèrent que les médecins qui restent dans un seul cadre de pratique durant toute cette période de 4 ans sont généralement satisfaits et perçoivent qu'ils disposent de l'autonomie qui leur convient. Cela peut être dû à des préférences personnelles et/ou à un certain

**Tableau 5**  
POURCENTAGE DE MÉDECINS SATISFAITS À CHACUNE DES DATES  
ET POURCENTAGE DE CHANGEMENT PARMIS LES MÉDECINS  
QUI ÉTAIENT SATISFAITS ENTRE 1987 ET 1991

	Groupe de praticiens	Institutions d'enseignement	Hôpital	HMO
Satisfaction de la carrière % (nb. total)	52 (54)	74 (132)	68 (105)	68 (41)
(refait fac de médecine) % changt.	14,8	-3,8	-0,9	12,2
Satisfaction de la pratique % (nb. total)	49 (61)	59 (147)	52 (123)	64 (53)
(abandonne la pratique) % changt.	3,3	0,6	2,4	-1,9

niveau d'adaptation à leur situation (Reames et Dunstone, 1989).

### 8. Attitudes (dans le temps) des médecins qui sont passés d'un cadre de travail à un autre

Dans cette partie, j'observe le changement dans les mesures de l'autonomie perçue pour les médecins qui sont allés vers une pratique propriétaire et pour ceux qui sont allés vers un HMO à partir d'un autre cadre de travail.

Parmi les médecins qui sont passés d'un cadre d'exercice comme employés en 1987 à une pratique comme propriétaire en 1991, une plus large part perçoit, sur 5 mesures de l'autonomie parmi les 8 proposées, qu'ils disposent d'autonomie dans leur nouveau cadre de travail. Ce qui confirme bien que quand les médecins vont vers des cadres de travail plus traditionnels où le cadre organisationnel est proche du cadre professionnel, ils sont plus disposés à percevoir de l'autonomie. Cela suggère également que les médecins qui s'identifient avec les valeurs

**Tableau 6**  
CHANGEMENT DANS LE % DE MÉDECINS PERCEVANT  
DE L'AUTONOMIE ENTRE 1987 ET 1991 QUI SONT ALLÉS VERS DES LIEUX  
DE TRAVAIL POSSÉDÉS ET HMO

De 1987 à 1991	Employé hors-HMO/ employé HMO % changt. (nb. total)	Non-propriétaire/ propriétaire % changt. (nb. total)
Liberté de :		
Passer du temps avec les patients	-13,1 (23)	11,5 (477)
Passer en revue historique et analyses	4,3 (23)	9,2 (478)
Hospitaliser	13,0 (23)	0 (375)
Garder hospitalisé	5,3 (19)	-8,1 (345)
Prodiguer des soins aux indigents	-4,5 (22)	0,2 (456)
Ordonner des tests et analyses	-4,3 (23)	-5,5 (469)
Liberté d'établir son propre planning de travail	4,4 (23)	26,5 (484)
Liberté de fixer ses honoraires	4,7 (21)	27,1 (185)

professionnelles cherchent des cadres de travail orientés profession.

Bien que leur nombre soit restreint, les médecins qui sont passés d'un autre cadre d'exercice et de pratique en 1987 à un HMO en 1991 montrent une évolution positive en matière d'autonomie entre les deux périodes. Dans ce groupe de médecins, ils sont plus nombreux en 1991 à rapporter, sur 3 mesures cliniques parmi les 6 proposées, qu'ils ont plus d'autonomie dans le cadre du HMO qu'ils n'en avaient quand ils étaient dans un cadre hors-HMO où ils exerçaient en 1987. Plus surprenant, un plus grand nombre de médecins rapportent aussi une meilleure maîtrise de leur emploi du temps et un plus grand contrôle sur leurs honoraires à travers le temps. Au total, parmi les médecins qui sont passés d'un cadre hors-HMO à un HMO en 1991, un plus grand pourcentage exprime sur 5 mesures d'autonomie parmi les 8 proposées qu'ils ont le sentiment d'avoir plus d'autonomie dans le cadre du HMO que dans le cadre hors-HMO où ils exerçaient avant. J'en déduis que les HMO sont devenus plus acceptables, non seulement par les médecins qui ont travaillé dans le cadre d'un HMO, mais aussi pour ceux qui sont arrivés à exercer dans ce cadre de travail particulier. Il faut se souvenir de la section précé-

dente où l'on avait noté qu'il y avait moins de médecins qui allaient vers un cadre HMO que vers n'importe quel autre cadre d'exercice entre les deux moments de l'enquête. Cette augmentation de l'autonomie perçue peut aussi être attribuée aux préférences personnelles des médecins.

Le tableau 7 montre une augmentation de 11 % sur le nombre de propriétaires de cabinet qui sont passés aux organismes d'assurance maladie et qui sont satisfait de leur carrière, alors que la statistique équivalente pour les anciens médecins non employés par ces organismes est de 14,3 %. Alors qu'il y a 22 % de médecins en plus qui sont satisfaits dans le premier groupe, il y a une diminution de 4,6 % de la satisfaction pour les médecins qui passent d'un lieu non géré par un organisme d'assurance maladie en 1987 à un lieu géré par ces organismes en 1991. Il est surprenant de constater que les anciens propriétaires sont plus satisfaits par les lieux gérés par les organismes d'assurance maladie. Cette constatation est difficile à interpréter à cause du nombre réduit de personnes interrogées. Il est moins surprenant de constater que les médecins qui ont quitté des lieux non gérés par les HMO pour passer à des lieux gérés par ces derniers soient moins satisfaits de leur nouvel environnement. Ceci indique peut-être que

**Tableau 7**  
CHANGEMENT DANS LE POURCENTAGE DE MÉDECINS SATISFAITS

De 1987 à 1991	Satisfaction de la carrière (refait fac. de médecin) % changt. (nb. total)	Satisfaction de la pratique (abandonne la pratique) % changt. (nb. total)
Non propriétaire → propriétaire	1,7 (419)	27,0 (490)
Propriétaire → HMO	11,1 (18)	22,2 (18)
Non-HMO → employé HMO	14,3 (21)	-4,6 (22)

si les médecins ont plus d'autonomie dans les lieux gérés par les organismes d'assurance maladie, ces mesures d'autonomie ne prédisent pas la satisfaction de ces médecins. Les médecins qui sont passés de lieux ne leur appartenant pas à des lieux qui leur appartiennent ont dit être plus satisfaits de leur nouveau lieu de travail qu'avant. La satisfaction concernant la carrière semble généralement augmenter avec le temps quels que soient les types de changement de lieu de travail.

### 9. Discussion

Nous avons observé deux types de mobilité chez les médecins dans cette étude. La majorité d'entre eux se trouvaient déjà dans des structures orientées vers la logique professionnelle, ou s'en sont rapprochés. Une petite minorité est restée dans les structures HMO. Ceux qui n'ont pas changé de cadre de travail entre temps, tous types confondus, n'ont pas perçu de grandes différences dans leur autonomie, ce qui suggère un biais d'auto-sélection ou d'adaptation. Ceux qui ont changé leur cadre de travail dans la période de l'étude, se sont tournés vers des structures plus professionnelles avec des niveaux d'autonomie perçue et de satisfaction plus élevés dans ces cas. On peut conclure donc que la logique professionnelle a toujours la préférence des médecins. Les attitudes négatives envers les structures HMO sont en partie responsables

du rejet récent des systèmes de soins intégrés (Mechanic, 2001 ; Robinson, 2001). La logique professionnelle ne perd pas de terrain, bien au contraire, et elle n'est pas en train d'être délégitimée. En même temps, le support pour des structures plus managériales de la part d'une minorité de médecins indique que la diversification des structures a généré une opportunité pour une diversification des préférences des médecins, et par conséquent une diversification de la population des médecins en général. Ces résultats soutiennent les conclusions de Christianson *et al.* (2002) que les médecins étroitement liés aux systèmes de soins intégrés ont des attitudes plus positives envers ces structures.

Nous constatons que, en règle générale, les médecins restent fermes sur les principes de la profession et ne soutiennent pas l'intrusion des nouvelles logiques managériales. Quand ce résultat est combiné avec des sentiments mitigés envers les systèmes de soins intégrés de la part des clients, il n'est pas étonnant de constater une évolution vers plus de flexibilité des systèmes de paiement, du choix des médecins et de leurs pratiques dans les HMO. Ces développements montrent les difficultés sous-jacentes de contrôler le travail des médecins sur une base managériale. Il faut trouver d'autres modèles qui impliquent les membres de la profession médicale dans la maîtrise des coûts tout en respectant leur liberté de pratique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abbott A., *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.
- Alexander J. A., Morlock L. L., Gifford B. D., "The Effects of Corporate Restructuring on Hospital Policymaking", *Health Services Research*, 23, 1988, p. 311-37.
- Alexander J. A., Morrissey M., Shortell S., "Physician Participants in the Administration and Governance System of Freestanding Hospitals: A Comparison of Type of Ownership", *For-profit Enterprise in Health Care*, Bradford G. (Ed.) Washington, D.C., National Academic Press, 1986, p. 402-421.
- American Medical Association Education and Research Foundation, *Practice Patterns of Young Physicians*, 1987, United States Computer File. Chicago, IL.
- American Medical Association Education and Research Foundation Producer, 1987. Ann Arbor, MI, Inter-University Consortium for Political and Social Research Distributor, 1990.
- Arrow K., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economics Review* 53, 1963, p. 941-950.
- Bays C., "Why Most Private Hospitals are Nonprofit", *Journal of Policy Analysis and Management* 2, 1983, p. 366-385.
- Begun J. W., "Managing with Professionals in a Changing Health Care Environment", *Medical Care Review*, 42, 1985, p. 3-10.
- Bohland J., Knox P. L., "Growth of Proprietary Hospitals in the United States: A Historical Geographic Perspective", *Health Services Privatization in Industrial Societies*, Joseph L. Scarpaci (Ed.), New Brunswick, Rutgers University Press, 1989, p. 27-64.
- Brown L. D., *Politics and Health Care Organizations: HMOs as Federal Policy*, Washington D.C., The Brookings Institute, 1983.
- Christianson J. B., Warrick L. H., Wholey D. R., "Physicians' Perceptions of Managed Care: A Review of the Literature", *Medical Care Research and Review*, vol. 62, n° 6, 2005, p. 635-675.
- Deckard G. J., "Physician Responses to a Managed Environment: A Perceptual Paradox", *Health Care Management Review*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 40-46.
- Dresnich S. J., Roth W. I., Linn B. S., Pratt T. C., Blum A., "The Physician's Role in the Cost Containment Problem", *Journal of the American Medical Association*, 241, 1979, p. 1606-1609.
- Enthoven A. C., *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Financing*, Amsterdam: North Holland, 1988.
- Freidson E., *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Hawthorn, N.Y., Aldine, 1970a.
- Freidson E., *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead and Co, 1970b.
- Freidson E., "The Changing Nature of Professional Control." *Annual Review of Sociology*, vol. 10, 1984, p. 1-20.
- Freidson E., "The Reorganization of the Medical Profession", *Medical Care Review*, 42, 1985, p. 11-36.



- Freidson E., Lorber J., (eds.) *Medical Men and Their Work*, Chicago, Aldine, 1972.
- Ginzberg Eli., *The Medical Triangle*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1990.
- Gray B. (ed.), *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington D.C., National Academy Press, 1986.
- Greenwood E., "Attributes of a Profession", *Social Work*, vol. 2, 1957, p. 45-55.
- Hadley J., Mitchell J. M., "Effects of HMO Market Penetration on Physicians' Work Effort and Satisfaction", *Health Affairs*, vol. 16, n° 6, 1997, p. 99-111.
- Hall R. H., "Professionalization and Bureaucratization." *American Sociological Review*, vol. 33, 1968, p. 92-104.
- Hall R.H., "Intraorganizational Structural Variation: Application of the Bureaucratic Model", *Readings in Organizational Behavior and Human Performance*, Scott Jr. W. E. and Cummings L. L. (Eds.), Homewood III., Richard D. Irvin, 1973.
- Halm E.A., Causino N., Blumenthal D., "Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes", *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 20, 1997, p. 1677-1681.
- Haug M. R., "Computer Technology and the Obsolescence of the Concept of Profession", *Work and Technology*, Haug M.R. and Dofny J. (Eds.), Beverly Hills, CA, Sage, 1977, p. 215-228.
- Hoff T.J., "The Social Organization of Physician-Managers in a Changing HMO", *Work and Occupations*, vol. 26, n° 3, 1993, p. 24-351.
- Jensen G. A., Morrisey M. A., "The Role of Physicians in Hospital Production", *Review of Economics and Statistics*, vol. 68, 1986, p. 432-442.
- Kapur K., Gresenz C.R., Studdert D.M., "Managing Care: Utilization Review in Action at Two Capitated Medical Groups", *Health Affairs*, vol. 22, n° 4, 2003, p. 13.
- Kerr E.A., Mittman B.S., Hays R.D., Siu A.L., Leake B., Brook R.H., "Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management", *Health Services Research*, vol. 35, n° 1/2, 2000, p. 333-349.
- Kitchener M., "Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Care Mergers." *Organization Studies*, vol. 23, n° 3, 2002, p. 391-420.
- Larson, Magali S., *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977.
- Leicht K. T., Fennell M.L., "The Changing Organizational Context of Professional Work", *Annual Review of Sociology*, vol. 23, 1997, p. 215-231.
- Marshall T.J., "The Recent history of Professionalism in Relation to Social Structure and Social Policy", *Class, Citizenship, and Social Development*, Garden City, New York, Anchor, 1965, p. 158-79.
- Mckinlay J. B., Arches J. "Toward the Proletarianism of Physicians", *International Journal of Health Services*, 15, 1985, p. 161-95.
- Mechanic D., *Growth of Bureaucratic Medicine: An Inquiry into the Dynamics of Patient Behavior and the Organization of Medical Care*, New York, John Wiley and Sons, 1976.

Mechanic D., "The Managed Care Backlash: Perceptions and Rhetoric in Health Care Policy and the Potential for Health Care Reform", *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 1, 2001, p. 35-54.

Mick S. S., *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

Morrisey M. A., Alexander J. A., Burton L.R., Johnson V., "Managed Care and Physician/Hospital Integration", *Health Affairs*, vol. 15, n° 4, 1996, p. 62-73.

Murray A., Montgomery J.E., Chang H., Rogers W.H., Inui T., Safran D.G., "Doctor discontent: A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, n° 7, 2001, p. 452-459.

Parsons T., "The Professions and Social Structure." In *Essays in Sociological Theory*, New York, Free Press, 1954, p. 34-49.

Pauly M., Redisch M., "The Not-for-Profit Hospital as a Physicians Cooperative", *American Economic Review*, vol. 63, 1973, p. 87-99.

Reames H. R., Dunstone D. C., "Professional Satisfaction of Physicians", *Archives of Internal Medicine*, vol. 149, 1989, p. 1951-1956.

Relman Arnold S., "The New Medical Industrial Complex", *New England Journal of Medicine*, vol. 303, 1980, p. 963-970.

Remler D.K., Donelan K., Blendon R.J., Lundberg G.D., Leape L.L., Calkins D.R., Binns K., Newhouse J.P., "What do managed care plans do to affect care?, Results from a survey of physicians", *Inquiry*, vol. 34, n° 3, 1997, p. 196-204.

Reschovsky J., Reed M., Blumenthal D., Landon B., "Physicians' assessments of their ability to provide high-quality care in a changing health care system", *Medical Care*, vol. 39, n° 3, 2001, p. 254-269.

Robinson J.-C., "Consolidation of Medical Groups into Physician Practice Management Organizations", *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 2, 1998, p. 144-149.

Robinson J.-C., "The End of Managed Care." *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 20, 2001, p. 2622-2628.

Schlesinger H.J., Marmor T., Smithey R., "Non-Profit and For-Profit Medical Care: Shifting Roles and Implications for Health Policy", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12, 1987, p. 427-457.

Schroeder S. A., "Variations in Physician Practice Patterns: A Review of Medical Cost Implications", *The Physician and Cost Control*, Carels E. J., Neuhauser D., Stason W. B. (Eds.) Cambridge, Mass., Oelgeschlager, Gunn and Hain, 1980.

Scott W. R., "The Organization of Medical Care Services: Toward an Integrated Theoretical Model", *Medical Care Review*, vol. 50, 1993, p. 271-303.

Scott W. R., Backman E. V., "Institutional Theory and the Medical Care Sector", *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, Stephen S. Mick and Associates (Eds.), San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990, p. 20-52.

Scott W. R., Lammers J. C., "Trends in Occupations and Organizations in the Medical Care and Mental Health Sections", *Medical Care Review*, vol. 42, 1985, p. 37-38.

Scott W. R., Mendel P., Pollack S., "Studying Everything Else: Assessing the Environments of and Organizational Field", Paper presented at the *Conference on Institutional Analysis*, University of Arizona, 1996.

Scott W. R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C.A., *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.

Shapiro R.S., Tym K.A., Gudmundson J.L., Derse A.R., Klein J.P., "Managed care: Effects on the physician-patient relationship", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 9, n° 1, 2000, p. 111-115.

Silverstein G., "Physicians' Perceptions of Commercial and Medicaid Managed Care Plans: a Comparison", *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, vol. 22, n° 1, 1997, p. 5-21.

Starr P., *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, Inc. 1982.

Thompson F. J., *Health Policy and Bureaucracy: Politics and Implementation*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1981.

Trice H. M., J.M. Beyer, *The cultures of work organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1993.

Van Maanen J., Barley S.R., "Occupational Communities: Culture and Control in Organizations", *Research in Organizational Behavior*, Staw B.M. and Cummings L.L. (Eds.), Greenwich, CT, JAI Press, vol. 6, 1984, p. 265-287.

Warren M.G., Weitz R., Kulis S., "The Impact of Managed Care on Physicians", *Health Care Management Review*, vol. 24, n° 2, 1999, p. 44-56.

Weingarten S., Stone E., Hayward R., Tunis S., Pelter M., Huang H., Kristopaitis R., "The adoption of preventive care guidelines by primary care physicians: Do actions match intentions?", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 10, n° 3, 1995, p. 138-144.

Wilensky D., "The Professionalization of Everyone?", *American Journal of Sociology*, vol. 70, 1964, p. 137-158.

Young D. W., Saltman R. B., "Prospective Reimbursement and the Hospital Power Equilibrium: A Matrix-Based Management Control System", *Inquiry*, vol. 20, 1983, p. 20-33.