

Université de Montréal

**Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins
généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant
des modes d'organisation**

**par
Robert Geneau**

**Département d'administration de la santé
Faculté de Médecine**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en santé publique, option organisation des soins de santé**

© Robert Geneau, 2004



WA

5

U58

2004

V.017

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

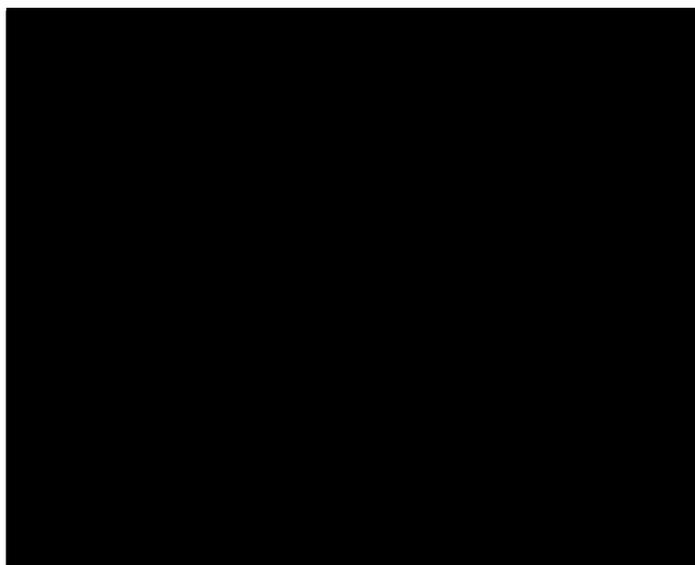
Cette thèse intitulée :

Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes : une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation

présentée par :

Robert Geneau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :



président-rapporteur

directeur de recherche

codirecteur de recherche

membre du jury

examineur externe

Thèse acceptée le : _____

RÉSUMÉ

Les services de santé de première ligne représentent la pierre angulaire des réformes des systèmes de soins de santé au Canada et ailleurs dans le monde. Par le biais de changements organisationnels, les décideurs souhaitent notamment influencer la façon dont ces services sont offerts par les médecins généralistes. L'objectif général poursuivi dans cette thèse est de mieux comprendre comment les modes d'organisation peuvent influencer la pratique des médecins généralistes. Nous misons sur une étude de nature qualitative, holistique et qui considère les perceptions des acteurs comme une façon privilégiée d'appréhender les propriétés contraignantes et habilitantes des modes d'organisation. Les 28 médecins recrutés dans le cadre de cette étude travaillent au Québec dans un Centre Local de Services Communautaires, un cabinet privé ou encore combinent ces deux types de pratique. Nous avons choisi la théorie de la structuration de Giddens pour alimenter le processus de théorisation des données et ainsi mieux cerner la nature des interrelations entre l'acteur et les modes d'organisation. La stratégie de recherche utilisée reflète la prise en compte de ces multiples niveaux d'analyse. Cette thèse, composée de trois articles, s'appuie à la fois sur l'ethnométhodologie et la stratégie des études de cas.

Dans le premier article, la théorie de la structuration a été mise à profit pour analyser les effets du mode de rémunération, de la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement, des caractéristiques et attentes des clientèles et de la collaboration (inter)professionnelle en tant que conditions à la *praxis* des médecins généralistes. Ces conditions peuvent influencer directement- ce que nous appelons des effets primaires- les décisions liées aux actes médicaux, à la gestion du temps de travail, au maintien et l'acquisition des connaissances médicales et à la spécialisation de la pratique de première ligne. Ces décisions peuvent avoir diverses conséquences, intentionnelles ou non, qui sont alors susceptibles de devenir des conditions à des actions subséquentes, nous parlons alors d'effets secondaires. Cet article contribue ainsi à clarifier les interactions

complexes et non linéaires qui caractérisent la relation entre les modes d'organisation et la pratique des médecins généralistes.

Le deuxième article examine comment et sous quelles conditions la pratique de groupe peut influencer les pratiques individuelles des médecins généralistes. À partir d'une étude multicas (huit organisations), nous avons dégagé quatre types de pratique de groupe : intégrée, idéologique, solo en groupe et « entrepreneuriale ». Nos résultats démontrent que le niveau d'intégration dans les organisations dépend autant des caractéristiques de l'environnement que de celles de l'organisation. Plus le niveau d'intégration est élevé, plus les médecins sont susceptibles d'influencer et d'être influencés par leurs collègues. Sous certaines conditions, la pratique de groupe peut donc être considérée comme un facteur qui influence les décisions cliniques.

Le troisième article explore le phénomène de multi-affiliation organisationnelle de première ligne, c'est-à-dire le cas des médecins, au Québec, combinant le travail en CLSC et le travail en cabinet privé. Les résultats présentés dans cet article montrent que les médecins généralistes ont de multiples intérêts constamment en mouvance et que la multi-affiliation organisationnelle apparaît comme une méthode utilisée par certains d'entre eux pour accroître leur satisfaction professionnelle et, dans certains cas, trouver le bon point d'équilibre entre l'accessibilité et la continuité des soins.

Dans cette étude, la pratique de la médecine est donc abordée en tant que phénomène social et sa pertinence repose sur l'adoption d'un point de vue nouveau à travers les concepts de la théorie de la structuration. Une telle réflexion sociologique permettra, nous l'espérons, de donner aux décideurs un point d'emprise supplémentaire pour appréhender les dynamiques d'offre et d'utilisation des services de santé de première ligne.

Mots-clés : Services de santé de première ligne, Théorie de la structuration, Sociologie des organisations, Organisation des soins de santé.

SUMMARY

Primary care services are the cornerstone of health system reforms in Canada and around the world. Via organizational changes, the decision-makers specifically wish to influence the way in which these services are offered by general practitioners. The general objective of this thesis is to better understand how organizational modes can influence the practice of general practitioners. Our study is qualitative and holistic and considers the actors' perceptions as an ideal means of discerning the enabling and constraining properties of organizational modes. The 28 physicians recruited for this study work in Quebec, either in a *Centre Local de Services Communautaires* (CLSC), a private clinic, or a combination of the two. We have used Giddens' structuration theory to facilitate the data theorization process and to better determine the interrelations between the actor, the organization and the environment. The research strategy used reflects the consideration of these multiple levels of analysis. This thesis, comprising three papers, is based on both ethnomethodology and the strategy of case studies.

In the first paper, the structuration theory was used to analyze the effects of the remuneration method, the availability of other medical resources in the environment, the characteristics and expectations of patients and (inter)professional collaboration as conditions for the *praxis* of general practitioners. These conditions can directly influence (primary effects) medical decision-making, the management of work time, the maintenance and acquisition of medical knowledge, and the specialization of primary care practice. These decisions can have a variety of outcomes, whether intentional or not, which are then likely to become conditions of subsequent actions, i.e. having secondary effects. This paper helps clarifying the complex and non-linear interactions which characterize the relationship between organizational mode and the practice of general practitioners.

The second paper examines how and under what conditions group practice can influence the individual practice of general practitioners. Based on a multiple case study (eight organizations), we identified four types of group practice: Integrated, ideological, solo in a group, and “entrepreneurial”. Our results show that the level of integration within the organization depends as much upon the environmental characteristics as the organizational ones. The greater the level of integration, the more likely that physicians will influence and be influenced by their colleagues. Under certain conditions, group practice can therefore be considered a factor that influences clinical decisions.

The third paper explores the phenomenon of affiliations with multiple primary care organizations, i.e. the case of Quebec physicians combining work at a CLSC and a private clinic. The results presented in this paper show that general practitioners have multiple, ever-changing interests and that affiliation with numerous organizations appears to be a method used by some physicians to increase their level of professional satisfaction and, in some cases, strike a balance between the accessibility and continuity of health care.

In this study, the practice of medicine is dealt with as a social phenomenon and its relevance rests on looking at the practice of general practitioners from a different point of view through the concepts of the structuration theory. We hope that this type of sociological analysis will give decision-makers an additional angle from which to assess the delivery and use of primary health care services.

Key words: Primary health care services, Structuration theory, Sociology of organizations, Health care organizations.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ	III
SUMMARY	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES	XV
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XVI
REMERCIEMENTS	XVIII
INTRODUCTION.....	1
Problématique de la thèse, mieux comprendre l'effet des modes d'organisation sur la pratique médicale de première ligne	3
Premier enjeu : Le concept de soins primaires : une responsabilité individuelle et/ou organisationnelle?	4
Deuxième enjeu : Les stratégies de régulation des pratiques : Quelle(s) est(sont) la(les) vision(s) du médecin, de l'organisation et de l'environnement?	5
Le médecin, un acteur (toujours) rationnel?	6
Le médecin, un acteur (toujours) motivé par des considérations financières?	7
Le médecin, un acteur... social.....	8
Importance de la thèse pour la santé publique	10
Description de la thèse	11
REVUE DE LA LITTÉRATURE - ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'INFLUENCE DES MODES D'ORGANISATION SUR LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	13
Introduction.....	14
La perspective empirique	14
L'étude des variables : des visions partielles de l'acteur et des contextes d'action	14
La composante économique : le médecin, un acteur manipulable ou manipulateur?	15

Le mode de rémunération et les incitatifs financiers	15
Le rôle de gatekeeper	20
Conclusion sur la composante économique	21
La composante socioprofessionnelle : le jeu des acteurs comme source de connaissances médicales	23
Pratique solo versus pratique de groupe	24
L'impact du système professionnel	29
Conclusion sur la composante socioprofessionnelle.....	32
Conclusion sur l'étude des variables : le tout est plus que la somme des parties	33
Comparer les organisations de première ligne, mais sur quelle base?.....	34
La vague <i>managed care</i> aux États-Unis	36
Du modèle <i>GP Fundholder</i> aux <i>Primary Care Groups</i> au Royaume-Uni	39
Les CLSC et les cabinets privés au Québec.....	43
Conclusion : les modèles sont-ils exportables?	45
Les considérations méthodologiques	46
Quelles variables caractérisent le mieux un modèle?	46
Une étiquette, plusieurs modèles?.....	46
Le manque de diversité dans les devis utilisés : où est le contexte?	47
L'importance des biais de sélection	48
Vers une approche holistique et compréhensive.....	49
La perspective théorique : conceptions de l'organisation, de l'environnement et de l'acteur	50
Conceptions de l'organisation dans les théories organisationnelles	51
L'organisation comme « système fermé »	54
L'organisation comme « système ouvert »	56
Et l'acteur? Entre les pôles volontaristes et déterministes	63
Conclusion : choix du cadre théorique.....	69
CADRE THÉORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	71
Comment appréhender les modes d'organisation?	72
La conception de l'acteur dans la théorie de la structuration.....	74
La dualité des structures.....	77
La théorie de la structuration dans une perspective « micro ».....	79
La théorie de la structuration appliquée à notre objet d'étude.....	81
Les médecins généralistes, la sécurité ontologique et les motivations à l'action.....	81

Le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation	82
L'univers des règles et ressources en situation de coprésence...	82
Les questions de recherche	86
CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	87
Une stratégie de recherche mixte : étude de cas et ethnométhodologie.....	88
L'ethnométhodologie et les représentations des acteurs.....	90
L'étude de cas	92
Le choix des organisations (cas) et des répondants	92
Les techniques de collecte des données et l'information à recueillir	95
Les entrevues semi-structurées	95
Les scénarios patients sur l'hypertension artérielle	98
Analyse des données : la prise en compte de multiples niveaux	99
Annexe 1.....	103
Annexe 2.....	111
Annexe 3.....	116
ARTICLE 1 L'EFFET DES MODES D'ORGANISATION SUR LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ANALYSE QUALITATIVE DES CONDITIONS ET CONSÉQUENCES DE L'ACTION.....	120
Résumé.....	121
Introduction.....	121
Cadre théorique.....	124
L'acteur et les motivations à l'action.....	124
Les structures comme condition et résultat de l'action.....	125
Méthodologie	129
Choix et caractéristiques des répondants	129
Collecte et analyse des données	130
Présentation des résultats	131
Les multiples motivations des médecins : Besoin de sécurité et estime de soi comme toile de fond.....	131
Des conditions à l'action avec des effets primaires et secondaires.....	132
Des actes qui ne sont pas basés uniquement en fonction des besoins des patients	134
Une routine en quatre temps	137
Le médecin généraliste peut-il demeurer... généraliste?.....	142
Clientèles desservies : entre sélection, devoir et	

responsabilité	144
Effets secondaires et conséquences (non)intentionnelles des actions	147
Discussion	150
Conclusion : La pratique de la médecine est forcément un phénomène social	154
Annexe	155
Références.....	160
ARTICLE 2 - LA PRATIQUE DE GROUPE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UNE ÉTUDE DE CAS SUR SES MODALITÉS ET SES IMPACTS SUR LES PRATIQUES MÉDICALES.....	164
Résumé.....	165
Introduction.....	166
Cadre théorique : L'organisation comme système ouvert	169
Méthodologie : Une étude multicas	172
Collecte et analyse des données.....	175
Présentation des résultats	178
Taxonomie des modalités d'intégration.....	178
La pratique de groupe « intégrée ».....	179
La pratique de groupe idéologique.....	185
La pratique solo en groupe.....	191
La pratique de groupe « entrepreneuriale »	196
Discussion	199
Conclusion	203
Annexe 1 – Scénarios – patients sur l'hypertention.....	205
Annexe 2 - Modalités d'intégration	207
Annexe 3 - scénarios sur l'hypertension	208
Références.....	209
ARTICLE 3 - LA PRATIQUE DE PREMIÈRE LIGNE À LA CARTE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU QUÉBEC: UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE À PARTIR DU CONCEPT D'INDIVIDUALISATION.....	212
Résumé.....	213
Introduction.....	214
Cadre conceptuel.....	216
Le médecin généraliste, un acteur qui poursuit de multiples intérêts ..	216

L'acteur, ses motivations et la construction de sa biographie.....	216
Méthodologie	219
Collecte des données et échantillonnage.....	220
Analyse des données	222
Présentation des résultats	222
Les critères de sélection du lieu de travail	223
La qualité de vie des médecins généralistes	223
La qualité de vie au travail	224
Valorisation liée à la contribution du médecin à l'organisation et au système de santé.....	228
Des intérêts complémentaires, de multiples affiliations?.....	231
Discussion	234
Conclusion	236
Annexe 1 : Profil des répondants	238
Références.....	239
DISCUSSION	242
Comprendre la praxéologie des médecins généralistes.....	243
Apport de l'article 1 : Mieux comprendre l'effet des modes d'organisation sur la PRESTATION des services de santé de première ligne	246
Apport de l'article 2 : Au-delà des étiquettes : Mieux comprendre la pratique de groupe chez les médecins généralistes québécois	248
Apport de l'article 3 : De multiples besoins, de multiples organisations : mieux comprendre le phénomène de multi-affiliation organisationnelle	251
Contributions et limites théoriques de la thèse	253
Contributions et limites méthodologiques de la thèse	258
Constats et pistes de réflexion concernant l'organisation des services de première ligne.....	264
Redéfinir le rôle des médecins généralistes	265
Repenser la première ligne en fonction du concept de configuration..	268
CONCLUSION	270
Un point de vue <i>structurationniste</i> sur le champ de la santé publique	271
Le corps et la santé : l'individu prend le contrôle.....	272
La « nouvelle » santé publique et la société du risque : l'individu désarmé	274

L'action individuelle et le changement social.....	275
BIBLIOGRAPHIE.....	277

LISTE DES TABLEAUX

	Page
 Revue de la littérature	
Tableau 1 : La classification des théories organisationnelles « dominantes » selon Scott (2003).....	53
 Cadre théorique et questions de recherche	
Tableau 1 : Opérationnalisation des concepts.....	85
 Cadre méthodologique	
Tableau 1 : Un portrait des organisations et répondants sélectionnés	95
 Article 1	
Tableau 1 : Répartition des répondants selon le mode d'organisation	130
Tableau 2 : Médecins et sécurité ontologique.....	133
Tableau 3 : Influence des modes d'organisation et actes médicaux	155
Tableau 4 : Influence des modes d'organisation sur la gestion du temps de travail	156
Tableau 5 : Influence des modes d'organisation et les connaissances	157
Tableau 6 : Influence des modes d'organisation sur les clientèles desservies	158
Tableau 7 : Effets primaires et secondaires des modes d'organisation : l'exemple de la gestion du temps du travail	159

Article 2

Tableau 1 : Coprésence et formes d'intégration 173

Tableau 2: Organisations et répondants 176

Article 3

Tableau 1 : Nombre de médecins combinant au moins deux
lieux de pratique versus un seul lieu de pratique 221

LISTE DES FIGURES

	Page
Revue de la littérature	
Figure 1 : Culture organisationnelle	25
Figure 2 : Le système professionnel vs les autres niveaux.....	31
Cadre théorique et questions de recherche	
Figure 1 : Articulation des concepts : les modes d'organisation et la pratique des médecins généralistes	73
Cadre méthodologique	
Figure 1 Illustration de la stratégie de recherche.....	90
Article 1	
Figure 1 : Les structures en tant que conditions à l'action	128
Figure 2: Le temps de consultation comme résultat et conditions de l'action.....	148
Figure 3 : Illustration des boucles de causalité.....	149
Article 2	
Figure 1 : Cadre intégrateur.....	171
Figure 2 : Analyse exploratoire sur l'influence de l'environnement sur les modalités d'intégration.....	201

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMC	Association médicale canadienne
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPHA	Canadian Public Health Association
DMS	Durée moyenne de séjour
FCRSS	Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
FFS	Fee-for-service
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
HMO	Health Maintenance Organization
IMO	Institute of Medicine
IPA	Independent Practice Association
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
POS	Points of service
PPO	Preferred Provider Organization

À Elliot, que
nous aurions
tellement aimé
connaître...

REMERCIEMENTS

Un clin d'œil à la théorie de la structuration consiste à considérer la rédaction d'une thèse de doctorat comme un processus impliquant différentes règles et ressources. Certaines personnes ont joué un rôle déterminant à tous les niveaux. Je tiens d'abord à remercier vivement mon directeur, **Raynald Pineault** (Département de médecine sociale et préventive) et mes co-directeurs, **Paul Lamarche** (directeur du GRIS) et **Pascale Lehoux** (Département d'administration de la santé). Ils ont su travailler ensemble pour me guider, m'encourager et ouvrir mes horizons de recherche sur l'organisation des soins de santé et le champ de la santé publique en général. J'ai été marqué par leur extraordinaire vivacité d'esprit et capacité à synthétiser l'information et leurs enseignements me suivront et me serviront tout au long de ma carrière. L'examen synthèse représente un moment clé dans le cheminement des études doctorales et je tiens particulièrement à remercier **Pierre Bergeron** (Direction de santé publique de Québec) et **Bernard Millette** (Département de médecine familiale) d'avoir si richement contribué à ce processus. Je remercie également **Pavel Hamet** (Département de médecine et spécialités médicales) et **Eveline Hudon** (Centre hospitalier de Verdun) pour leur appui et recommandations dans le développement de scénarios patient sur l'hypertension.

Dans le cours de mes études doctorales, j'ai eu le privilège de participer à différents projets de recherche m'ayant permis d'affiner ma compréhension des différents enjeux associés à l'organisation des soins de santé et, tout simplement, de devenir un meilleur chercheur. Je tiens d'abord à remercier **Claude Sicotte** (Département d'administration de la santé) dont la pensée théorique et les travaux en profondeur sur le concept de performance ont également enrichi mes réflexions de thèse. Je tiens également à remercier **Marie-Dominique Beaulieu** (Département de médecine familiale) et **Jean-Louis Denis** (Département d'administration de la santé) avec qui j'ai eu le privilège d'échanger dans le cadre de travaux de recherche sur les Groupes de médecine de famille (GMF). À cet égard, je dois également souligner l'appui de **Lysette Trahan** et d'**Hélène Guay**

(Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux) dans le cadre de l'évaluation de la première vague de GMF. Les nombreuses entrevues réalisées avec des médecins et des infirmières dans le cours de la dernière année m'ont notamment permis de valider indirectement certains de mes résultats de thèse. Enfin, la conjugaison de nos plans de carrière au niveau familial nous a également mené en Tanzanie en 2002-2003. Ce fut une expérience extrêmement enrichissante sur le plan personnel et professionnel et je tiens à remercier **Paul Courtright** et **Susan Lewallen** (Université de Colombie-Britannique) pour leur soutien et conseils dans la préparation d'articles et de communications scientifiques.

Je tiens également à souligner l'appui remarquable apporté aux étudiants par **Francine Auger**, **France Pinsonnault** et **Josée Tessier** et toute l'équipe du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). C'est très apprécié.

Je tiens bien sûr également à remercier les **médecins**, **infirmières** et **gestionnaires** qui ont accepté de contribuer à la réalisation de cette étude. Chaque entrevue fut fascinante et j'ai grandement apprécié la grande générosité et disponibilité de chacun des répondants.

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une bourse pour études doctorales du **Conseil de recherche médicale** (CRM) et de la **Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé** (FCRSS). Je remercie également l'équipe FCAR dirigée par **Régis Blais** (Département d'administration de la santé) pour l'obtention d'un soutien financier supplémentaire.

Sur un plan personnel, j'ai la chance d'être entouré par un groupe d'amis extraordinaires. Ils ne m'ont pas tenu rigueur d'avoir manqué plusieurs occasions de rassemblement au cours des dernières années alors que j'étais dans ma « bulle » de rédaction. Bien plus, ils étaient toujours là pour me soutenir lorsque j'en sortais. Je tiens donc à remercier de tout cœur **Éric Breton**, **Maryse Scarfo**,

Jean-François Rivet, Christiane Bonneau, Chantal Lefebvre, Stephen Jobson, Nicolas Charest, Chantal Gagnon, Monica Tremblay, Renaud Deplaen et Chantal Havard.

Enfin, un merci tout spécial à ma compagne Annie et notre fille Noémie pour leur amour, leur patience et les moments de tendresse sans lesquels je n'aurais pas été en mesure de compléter ce long processus que je me plais à comparer à un véritable «marathon ».

À vous tous, merci!

INTRODUCTION

Les services de première ligne occupent une place de choix dans les discussions sur l'avenir des systèmes de santé au Canada et ailleurs dans le monde (Starfield, 1998). En effet, ces services apparaissent comme la pierre angulaire des récentes réformes visant à contrôler les coûts tout en augmentant, de façon globale, l'efficacité des systèmes de santé (Macinko, Starfield & Shi, 2003; Wilton & Smith, 1998). Nous assistons ainsi, aux yeux de plusieurs observateurs, à une «réaffirmation de l'importance des *soins primaires* et du rôle du *médecin en tant que filtre* pour l'ensemble du système» (Marriot & Mable, 1998 : 561). Pour le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), les services médicaux de première ligne ne représentent pas seulement un excellent investissement « économique » mais également une façon d'augmenter le taux de satisfaction des canadiens face à leur système de santé (CMFC, 2000). Au Québec, le rapport de la Commission Clair abonde dans le même sens et recommande « que l'organisation d'un réseau de 1^{ère} ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux » (MSSS, 2000).

Il existe un consensus quant à la pertinence d'investir dans le développement des services médicaux de première ligne. Par contre, *l'organisation* de ces services demeure un sujet controversé parce que les données disponibles ne permettent de démontrer clairement quel(s) élément(s) des réformes vient(nent) influencer la prestation des services et de quelle façon. Il en résulte que même les modèles organisationnels cités en exemple à travers le monde sont souvent décrits comme des «boîtes noires» (Maynard, 1995). Bref, du point de vue des politiques de santé, les décideurs se demandent encore *comment* influencer l'offre de services. L'attention portée aux modèles organisationnels ne doit donc pas occulter le fait que ce sont les actes médicaux posés par les médecins sur une base individuelle qui sont visés par les réformes. En effet, les médecins décident de la manière dont 90 % des dollars santé sont utilisés et pourtant nous savons peu de choses sur les différents facteurs qui gouvernent leurs décisions cliniques (Eisenberg, 2002).

PROBLÉMATIQUE DE LA THÈSE, MIEUX COMPRENDRE L'EFFET DES MODES D'ORGANISATION SUR LA PRATIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE

Notre recherche s'intéresse aux facteurs qui influencent la pratique médicale¹ de première ligne des médecins généralistes. Notre démarche intellectuelle s'inspire de deux postulats : 1) qu'une réflexion sur le problème de l'organisation des services de première ligne passe nécessairement par une réflexion sur le médecin généraliste; et 2) que le concept de mode d'organisation doit être défini autant en fonction des attributs de l'organisation que de l'environnement dans lequel celle-ci évolue. La thèse adopte ainsi comme position de départ que l'acteur, l'organisation et l'environnement sont des niveaux d'analyse indissociables et qu'ils ne peuvent être pensés séparément.

D'un point de vue sociologique, notre problématique gravite donc autour de la relation acteur / structure. Nous allons démontrer que la théorie de la structuration développée par Giddens (1984) contribue à enrichir notre compréhension des enjeux associés à la prestation des services de première ligne. Dans les prochaines pages, nous allons expliciter nos deux postulats de départ et introduire les fondements de notre réflexion théorique en discutant des deux enjeux suivants :

- 1- Les fonctions rattachées au concept de soins primaires et du rôle attendu des médecins généralistes;

¹ Dans cette thèse, le mot « pratique » fait référence à celui de *praxis*. D'origine grec, le terme *praxis* signifie « action ». En sciences sociales, le concept de *praxis* fut d'abord utilisé par Marx (1970) pour désigner l'ensemble des modes actifs par lesquels l'homme transforme le milieu naturel et les rapports sociaux. Dans son sens le plus large, le concept de *praxis* fait référence à une activité en vue d'un résultat. Pour des sociologues comme Bourdieu (1980) et Giddens (1984), la *praxis* fait référence aux actions portant en elles les structures et leurs propres règles et limites. Dans le domaine de la santé, la « pratique professionnelle » peut être conçue, selon Couturier (1998), comme un sens pratique, une "navigation à vue", comme actions de praticiens et praticiennes oeuvrant dans une aire de possibles qui leur est, en grande partie, socialement imposée.

- 2- Les mécanismes de régulation externes qui visent à influencer les pratiques des médecins généralistes.

PREMIER ENJEU : LE CONCEPT DE SOINS PRIMAIRES : UNE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ET/OU ORGANISATIONNELLE?

Quelles sont les fonctions rattachées au concept de soins primaires? L'Association médicale canadienne (AMC) propose la définition suivante² de ce concept:

“(...) first contact assessment of a patient and the provision of continuing care for a wide range of health concerns, and including the management of health problems, prevention and health promotion; and ongoing support, with family and community intervention where needed” (AMC, 1994).

Dans un système de santé, ce sont aux ressources médicales et sociales dites de « première ligne », ou de premier niveau, qu'incombent, ou que devrait incomber, la responsabilité de fournir la majeure partie des soins primaires³. Selon Starfield (1998), il y a quatre prérequis « incontournables » liés au développement d'une première ligne « forte »: 1- être accessible et disponible; 2- offrir un large éventail de services; 3- bien connaître sa clientèle; et 4- avoir la capacité et la volonté d'assurer la coordination et la continuité des soins.

² L'Organisation mondiale de la santé donne la définition suivante des soins de première ligne :“(...) It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process”. (WHO, 1978).

³ Les concepts de « soins primaires » et de « première ligne » sont quelquefois utilisés de manière interchangeable dans la littérature. La confusion vient du fait que le concept de soins primaires est quelquefois caractérisé autant en fonction d'éléments de philosophie de soins (approche globale, l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies) qu'en fonction d'une certaine façon de donner les services (équipe multidisciplinaire, rémunération qui favorise la qualité des soins plutôt que la rétribution à l'acte). Les soins primaires sont donc définis par certains comme un « moyen » d'offrir des services de première ligne (site web de Santé Canada). Dans cette thèse, nous voyons les services de première ligne comme devant « porter » les idéaux et fonctions rattachés au concept de soins primaires. Cette vision se rapproche de la distinction, dans la langue anglaise, entre « primary care » et « primary health care » : « (...) the term *primary care* to connote conventional primary medical care striving to achieve the goals of primary health care » (Starfield, 1998 : 11). Le concept de première ligne désigne donc, dans cette thèse, plus qu'un simple niveau de soins.

Si la recette semble « simple », comment expliquer qu'aucun système de soins ou modèle organisationnel de première ligne n'ait encore été identifié comme porte-étendard du concept de soins primaires?

Un premier élément de réponse réside dans le fait que certaines études suggèrent que l'atteinte d'une fonction se fait souvent au détriment d'une autre (Starfield, 1998). Dans plusieurs systèmes de soins, on observe ainsi qu'il est difficile de développer également les dimensions d'accessibilité et de continuité des soins (Gray et al., 2003). Malgré son indiscutable intérêt théorique, le « projet » de la première ligne est donc également perçu par certains comme n'étant pas « réalisable » (Moore & Showstack, 2003).

Un deuxième élément à considérer est qu'il est parfois difficile de déterminer sur *qui* ou sur *quoi* doit s'appuyer le concept de première ligne. En effet, dans les discours et les écrits sur la première ligne et ses fonctions, les termes « organisation », « réseau » et « médecin de famille » semblent souvent interchangeables. Indépendamment des structures, le concept de première ligne se ramène d'ailleurs, historiquement, à une façon d'*être* (ex : attitude empathique) et de pratiquer d'un médecin de famille permettant le développement d'une relation de confiance avec ses patients (Gray et al., 2003; Starfield, 1998). Or, l'attention semble aujourd'hui s'être déplacée de l'individu vers l'organisation. Pourquoi? Les valeurs et fonctions de base de la première ligne sont-elles mieux portées ou assumées par les médecins en fonction du milieu de pratique dans lequel ils évoluent? Quels sont les résultats sur le sujet?

DEUXIÈME ENJEU : LES STRATÉGIES DE RÉGULATION DES PRATIQUES : QUELLE(S) EST(SONT) LA(LES) VISION(S) DU MÉDECIN, DE L'ORGANISATION ET DE L'ENVIRONNEMENT?

Nous assistons présentement à la multiplication des stratégies visant à influencer les comportements des médecins généralistes. Ces stratégies peuvent

être de nature managériale (ex. : incitatifs financiers, nouveaux modèles organisationnels) ou professionnelle (ex. : guides de pratique et données probantes)⁴ et reposent en quelque sorte sur l'idée qu'un changement X dans l'environnement favorisera l'adoption d'un comportement Y par les médecins. Parallèlement, plusieurs médecins soutiennent que leur autonomie professionnelle doit être protégée et que l'autorégulation représente la meilleure solution. Par exemple, nous retrouvons dans les médias écrits des médecins qui réclament la mort de certains modèles organisationnels⁵ et d'autres qui appellent d'abord et avant tout les médecins à s'auto-discipliner pour contrer l'escalade des coûts « avant qu'une intervention administrative ne soit (...) nécessaire »⁶.

Derrière ces différentes prises de position se cachent des visions différentes, et souvent partielles, du médecin et des modes d'organisation. En effet, le médecin n'apparaît souvent sensible qu'à un seul élément de son environnement, comme par exemple les données scientifiques ou encore les considérations financières qui affectent sa rémunération. Nous remettons en question ces raisonnements « simplistes » qui peuvent être rattachés à l'approche comportementale (Giacomini et al, 1996).

LE MÉDECIN, UN ACTEUR (TOUJOURS) RATIONNEL?

La pratique de la médecine doit-elle être considérée comme un art, une science ou un amalgame des deux (Wieland, 1993)? Est-ce que le raisonnement clinique et le fait de poser un diagnostic peuvent être décrits comme des activités scientifiques? Pour les philosophes, ces questions font encore l'objet de débats intenses mais on reconnaît généralement que la médecine n'est pas *que* science

⁴ Ou encore de nature commerciale (ex : compagnies pharmaceutiques). Ces stratégies ne sont pas toujours compatibles avec les objectifs poursuivis par les gouvernements et même les corporations professionnelles (guides de pratique).

⁵ Dans Le Devoir du 29 octobre 2001, un médecin dresse un constat d'échec des CLSC « embourbés sous le poids de leurs bureaucraties ».

⁶ Dans La Presse du 27 septembre 2003, un médecin affirme que la solution au problème de l'escalade des coûts des médicaments passe en grande partie par l'autodiscipline des médecins.

(Pellegrino, 1979; Hucklenbroich, 1998)⁷, et que plusieurs étapes d'un raisonnement clinique ne peuvent être qualifiées de « scientifique » (Davis, 1997). Or, dans les grandes revues médicales, ces débats sont rarement abordés et le médecin est souvent présenté comme un acteur *rationnel*, c'est-à-dire pour qui les données scientifiques représentent toujours l'élément décisif dans la prise d'une décision clinique. Selon cette logique, l'existence de variations dans les pratiques médicales est fondamentalement le résultat d'une insuffisance de données scientifiques fiables dans certains domaines de la médecine (Tunis, Stryer & Clancy, 2003). L'accumulation de données probantes en médecine doit ainsi permettre de réduire les variations de pratique (Davies & Taylor-Vaisey, 1997; Graham, James & Cowan, 2000; Downswell, Harrison & Wright, 2001). La littérature démontre cependant que la diffusion de données probantes pour certaines pathologies n'entraîne pas forcément des changements dans les pratiques des médecins (Freeman & Sweeney, 2001). D'autres facteurs sont en jeu. Il appert en effet que les caractéristiques organisationnelles et individuelles peuvent influencer les décisions cliniques (Eisenberg, 2002). Ces résultats nous obligent à repenser la notion de « rationalité » dans la pratique de la médecine et à tenir compte d'autres facteurs susceptibles d'influencer le comportement des médecins.

LE MÉDECIN, UN ACTEUR (TOUJOURS) MOTIVÉ PAR DES CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES?

Les caractéristiques organisationnelles sont identifiées dans plusieurs études comme des déterminants de la pratique médicale (Eisenberg, 2002; Miller & Luft, 1994, 2002). Parmi l'ensemble de ces facteurs, aucun n'a été plus étudié que le mode de rémunération. En effet, le mode de rémunération a été associé, par exemple, à la pertinence des actes posés, à la durée des consultations, à la sélection de la clientèle et à la prestation de services ou de conseils axés sur la

⁷ Pour Pellegrino (1979), la médecine peut être décrite comme la science la plus humaine ou la science humaine la plus scientifique. La médecine clinique est d'abord et avant tout une *relation* entre un patient et un médecin.

prévention des problèmes de santé (Armour et al., 2001; Safran et al., 2000; Grumbach et al., 1998; Kristiansen & Mooney, 1993). Il est désormais admis que les incitatifs financiers peuvent influencer les médecins généralistes mais la magnitude et la direction des effets observés demeurent cependant des sujets beaucoup plus controversés. Aux yeux de plusieurs chercheurs, les considérations financières ne sont donc qu'un des nombreux facteurs susceptibles d'influencer le comportement des médecins (Eisenberg, 2002; Giacomini et al., 1996) et les données disponibles ne permettent pas de justifier la place unique qu'on leur accorde dans l'élaboration des politiques de santé (Scott & Hall, 1995). En d'autres mots, nous avons plutôt affaire à des interactions complexes entre des variables de différents niveaux.

LE MÉDECIN, UN ACTEUR... SOCIAL

À la lumière des résultats présentés plus haut, d'autres facteurs reçoivent maintenant une plus grande attention de la part des chercheurs qui s'intéressent aux déterminants de la pratique médicale de première ligne. Dans un premier temps, il peut s'agir d'autres attributs de l'organisation, comme par exemple l'influence des collègues de travail (Krawleski et al., 1999; de Jong, Groenewegen & Westert, 2003). Dans un deuxième temps, on retrouve un ensemble de facteurs qui débordent le simple contexte organisationnel, ou qui appellent plutôt à le redéfinir. Ainsi, certaines études ont tenté de mesurer l'impact du système professionnel⁸ sur les médecins généralistes (Fernandez et al., 2000). Enfin, la disponibilité des ressources dans l'environnement et les caractéristiques et attitudes des patients doivent également être pris en compte (Groenewegen & Hutten, 1995; Greer et al., 2002). Il faut en quelque sorte, selon Clark, Potter & McKinley (1991), ramener les structures sociales dans l'analyse des pratiques médicales.

⁸ L'influence de ces corporations non seulement sur les médecins mais également sur la société en général est largement documentée (Freidson, 1970, 1986 ; Coburn, 1998).

L'étude de la pratique médicale de première ligne requiert donc, à notre avis, une approche holistique et compréhensive. Cela implique, dans un premier temps, qu'il faut considérer le jeu des acteurs comme l'un des aspects centraux du phénomène organisationnel. L'organisation ne doit pas être vue comme une entité statique mais bien comme un processus auquel participe des acteurs en situation d'interdépendance stratégique (Scott, 2003; Friedberg, 1993). Dans un deuxième temps, ce processus organisationnel doit lui aussi être appréhendé face à un contexte plus large. L'environnement ne doit cependant pas être défini uniquement par le biais des ressources matérielles mais aussi en considérant les valeurs, normes et idéologies qui guident le développement des organisations dans différents secteurs de la société, dont celui de la santé (Powell & DiMaggio, 1991; Scott et al., 2000).

Alors, comment appréhender l'impact des structures sur le médecin et ses actions (*praxis*)? Dans cette thèse, c'est principalement à l'aide de la théorie de la structuration développée par Giddens (1984) que nous tenterons d'éclaircir cette relation. Selon cette théorie, il est erroné de penser séparément « structures » et « acteurs ». Il faut plutôt concevoir les structures à la fois comme la condition et le résultat de l'action. En effet, « agir » fait nécessairement appel à un ensemble de règles et de ressources — ce que Giddens désigne comme le structurel — et l'acteur participe, par ses actions et l'utilisation de ces règles et des ressources, à la (re)production des structures sociales. Pour Giddens (1984), l'acteur n'est pas un « idiot culturel », esclave des structures sociales, mais plutôt un sociologique expert capable de réfléchir sur sa condition et ses actions. Il postule cependant que l'acteur ne possède qu'une connaissance limitée du contexte et des conséquences de ses actions. De plus, les motivations à l'action sont, selon Giddens (1984), souvent inconscientes et relèvent des besoins de base des individus. Ces besoins touchent prioritairement les sentiments de satisfaction et de sécurité dans le déroulement des activités quotidiennes. Une telle conception de l'acteur, axée sur l'importance des routines et la multiplicité des sources de motivation à l'action, nous apparaît pertinente pour mieux comprendre la pratique des médecins

généralistes et ainsi favoriser, à plus grande échelle, l'élaboration de politiques de santé plus efficaces.

IMPORTANCE DE LA THÈSE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Les réflexions de nature sociologique sur la pratique des médecins généralistes sont encore largement absentes des débats sur l'organisation des services de première ligne⁹, mais elles sont, à notre avis, essentielles pour mieux comprendre les différents enjeux en présence.

Cette étude permettra de mieux comprendre les facteurs qui influencent les décisions à court et à long termes des médecins généralistes. Notre thèse aborde donc plusieurs thèmes qui sont pertinents pour le champ de la santé publique. En effet, le concept de soins primaires est considéré comme l'une des composantes centrales sur lesquelles reposent les réformes des systèmes de santé à travers le monde. Cela s'explique notamment par les fonctions, sur une base populationnelle, d'accessibilité, de continuité et de prévention et promotion de la santé qui lui sont rattachées. Il y a donc, du moins sur papier, des liens étroits à tisser entre le champ de la santé publique et celui de la pratique médicale de première ligne (Starfield, 2003). Par exemple, la littérature suggère que le fait pour les médecins généralistes de faire connaître à leurs patients les bénéfices liés à des changements de mode de vie se traduit par des effets positifs sur la santé de la population (Nutting, 1986; Rollnick, Kinnnersley & Stott, 1993). Toutefois, plusieurs médecins généralistes croient que ces démarches sont inutiles et peuvent même compromettre la relation patient/médecin (Lawlor, Keen & Neal, 2000). Pour comprendre ce phénomène, il est nécessaire de se pencher sur les motivations des médecins généralistes et leurs perceptions de leurs rôles et de leur pouvoir dans le système de soins ainsi que sur les propriétés structurantes des modes d'organisation. Bref, il faut réfléchir, comme nous l'avons mentionné plus haut, sur le médecin en tant qu'acteur social. Cette thèse permettra donc, par le

⁹ On retrouve davantage d'études réalisées sur la pratique des médecins en milieu hospitalier (Freidson, 1975).

biais d'une stratégie de recherche qualitative, de mieux saisir les différentes conditions à l'action des médecins généralistes. Une telle démarche rejoint ainsi les intérêts de tous les chercheurs en santé publique intéressés par le rôle des soins primaires comme déterminant de la santé.

DESCRIPTION DE LA THÈSE

La revue de la littérature est divisée en deux volets. Dans un premier temps, nous présentons une revue critique de la littérature sur les organisations de première ligne. Il s'agit du volet empirique. Que savons-nous à l'égard des sources d'influence sur la pratique des médecins généralistes? Nous avons d'abord classé les résultats en prenant les variables comme unités d'analyse avant d'étendre la discussion sur quelques-uns des principaux modèles d'organisation de première ligne déployés à travers le monde. Dans un deuxième temps, nous enchaînons avec le volet théorique. Nous examinons notamment comment les théories organisationnelles contemporaines conçoivent les interrelations entre acteur, organisation et environnement. Notre position est que le volet théorique est essentiel à l'interprétation des données empiriques et représente la base sur laquelle repose les possibilités de généralisation des données.

Le bilan de ces discussions nous amène à présenter, dans la section suivante, nos questions de recherche et notre cadre théorique basé sur la théorie de la structuration de Giddens (1984). C'est à l'aide de cette théorie que nous opérationnalisons les termes utilisés dans la formulation de nos questions de recherche.

Dans la troisième section, nous discutons d'abord brièvement de notre épistémologie pour ensuite décrire notre cadre méthodologique. Nous expliquons notamment pourquoi nous avons choisi une stratégie de recherche hybride, étude de cas et ethnométhodologie, pour répondre à nos questions de recherche. Les trois articles suivent par la suite.

Dans notre premier article, nous explorons, à l'aide de la théorie de la structuration, les effets de différents attributs des modes d'organisation sur la pratique médicale de première ligne des médecins généralistes. Dans la conclusion, nous pavons la voie à l'article suivant en soulevant la notion de « configuration » des contextes d'action. Le deuxième article présente les principaux résultats de l'étude de cas. Plus précisément, nous examinons les interrelations environnement / organisation et leurs impacts sur les modalités d'interaction des acteurs ainsi que sur leurs pratiques. Enfin, le troisième article examine les stratégies (méthodes) utilisées par les médecins pour se construire une pratique « à la carte ». L'analyse porte ainsi sur le processus de sélection / adaptation qui relie le médecin à l'organisation et cherche à expliquer le phénomène de multi-affiliation organisationnelle.

Une section synthèse reprend ensuite nos principaux résultats de recherche dans une perspective critique. Nous y discutons également des contributions et limites de cette étude. En conclusion, nous jetons un regard plus large sur le champ de la santé publique en adoptant un point de vue *structurationniste*.

**REVUE DE LA LITTÉRATURE - ÉTAT DES
CONNAISSANCES SUR L'INFLUENCE DES MODES
D'ORGANISATION SUR LA PRATIQUE DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES**

INTRODUCTION

Nous proposons dans ce chapitre d'approfondir notre problématique selon deux perspectives complémentaires : 1) une perspective empirique faisant le point sur ce que l'on sait mais qu'on ne comprend pas toujours quant aux sources d'influence sur la pratique des médecins généralistes; et 2) une perspective théorique permettant d'éclairer les « zones grises » identifiées par l'analyse du matériel empirique et de dégager des pistes de recherche plus prometteuses.

LA PERSPECTIVE EMPIRIQUE

À partir des bases de données comme MEDLINE (1966-2004), il est facile de constater que la littérature sur les services de première ligne est abondante et diversifiée. Nous avons choisi de présenter d'abord les études ayant discuté des effets de variables spécifiques. Par la suite, nous passons en revue les études qui ont comparé le fonctionnement et les effets positifs et négatifs de différents modèles d'organisation des services de première ligne.

L'ÉTUDE DES VARIABLES : DES VISIONS PARTIELLES DE L'ACTEUR ET DES CONTEXTES D'ACTION

Les études bâties autour des analyses de variance dominent la littérature sur les organisations de première ligne et leur influence sur les professionnels de la santé. À cet égard, le mode de rémunération et les incitatifs financiers figurent parmi les variables les plus étudiées. Notre première section explore donc les liens entre les pratiques médicales et les aspects financiers. Nous concluons cette section sur la composante économique en examinant la littérature reliée aux effets associés à la présence d'un *gatekeeper* dans les organisations de santé. Nous examinons par la suite une série de variables que nous avons regroupées sous l'étiquette « socioprofessionnelle ». Nous y retrouvons des études qui ont tenté de mesurer l'effet du travail de groupe et du système professionnel sur la pratique des médecins généralistes. En conclusion, nous discutons de la principale

faiblesse des études centrées sur les analyses de variance, soit leur incapacité à tenir compte adéquatement du contexte dans lequel se déroule le jeu des acteurs.

La composante économique : le médecin, un acteur manipulable ou manipulateur?

À travers les études qui s'intéressent à l'impact des aspects économiques sur la prestation des services de première ligne, le médecin apparaît souvent comme un acteur avec des comportements prévisibles et orientés vers la maximisation de ses intérêts financiers. En fonction des incitatifs en jeu, le médecin est vu parfois comme un acteur « contrôlé » par les structures et parfois comme un acteur « en contrôle » de l'utilisation des ressources.

Le mode de rémunération et les incitatifs financiers

Les médecins peuvent être rémunérés de plusieurs manières, les trois suivantes étant les plus courantes : le paiement à l'acte, le paiement par salaire et, enfin, le paiement à la capitation. À ces trois archétypes, il faut ajouter, par exemple, le tarif horaire, le partage des risques financiers, le paiement via une enveloppe globale et, bien sûr, une variété de combinaisons entre ces différents modes de rémunération (Contandriopoulos et al., 1996). En effet, il faut souligner que plusieurs organisations/systèmes de santé ont élaboré des méthodes mixtes de paiements pour les médecins dans l'espoir d'atténuer les effets pervers des différents modes de rémunération. Chaque mode de rémunération, ou combinaison, peut toutefois produire des effets différents sur la demande et l'offre des services.

Les résultats des méta-analyses sur l'impact des modes de rémunération indiquent qu'il s'agit d'un facteur déterminant de l'utilisation des services. La rémunération à l'acte est associée à une utilisation plus intensive des services comparativement au salariat à la capitation (Gosden et al., 2001; Miller & Luft, 1994). Il est admis depuis longtemps que la rémunération des médecins à l'acte est une cause de demande induite par l'offre, surtout lorsqu'il y a excédent de

médecins (Donabedian, 1973; Scott & Hall, 1995). Le médecin peut, en effet, suggérer de nouvelles consultations, procéder à des examens inutiles ou faire hospitaliser le patient sans nécessité¹⁰. À cet égard, la motivation financière peut également mener à une surmédicalisation des interventions, ce qui est étroitement lié au développement de maladies iatrogéniques. Aux États-Unis, l'étude de Leape (1989) a démontré que les médecins rémunérés à l'acte offraient des chirurgies mineures jugées inutiles médicalement dans une proportion pouvant aller jusqu'à 30 %. Une partie de la littérature sur la rémunération à l'acte porte sur le lien entre les variations de prix et les profils de pratique des médecins. Les résultats sont cependant souvent contradictoires (Scott & Hall, 1995). Plusieurs études ont démontré que les variations de prix n'avaient aucun effet (Hughes & Yule, 1992) ou encore des effets qui varient selon les conditions médicales (Hurley & Labelle, 1995). D'autres résultats semblent toutefois indiquer que la thèse du "target-income" est valide dans certains contextes (Mitchell, Hadlay & Gaskin, 2000 ; Krasnik et al., 1990). Si les prix baissent, la production aura alors tendance à augmenter :

« On constate en particulier que la progression des revenus des médecins a très peu souffert d'un accroissement de 20 pour cent des effectifs dans les années 80, les pressions concurrentielles qui s'exercent sur les niveaux d'honoraires ayant pu être compensées par une plus forte production. »
(OCDE, 1995)

Les études sur le sujet sont cependant peu nombreuses. Nous pouvons toutefois citer deux études réalisées au Québec¹¹. L'étude de Bélanger (1990) conclut que la diminution des tarifs des actes médicaux a mené à une augmentation du nombre d'actes par médecin et un déplacement de la pratique vers les actes les plus rémunérateurs. L'étude de Rochaix (1993) démontre qu'un

¹⁰ Les études qui contredisent l'hypothèse de la demande induite par l'offre sont rares. L'une des plus récentes a été réalisée en Norvège auprès de médecins rémunérés à l'acte et à salaire. Malgré l'augmentation de la compétition, les médecins rémunérés à l'acte n'ont pas augmenté le niveau d'intensité de services (Grytten & Sorensen, 2003)

¹¹ Le même phénomène fut observé aux États-Unis, voir Christensen (1992).

gel de la tarification des actes médicaux n'a pas permis une réduction des coûts de santé puisque les médecins ont augmenté de 6 %, en moyenne, la quantité d'actes facturés.

Du côté des effets positifs, l'incitatif financier lié au nombre de visites peut favoriser un suivi plus régulier des patients (Gosden et al., 2001) permettant ainsi au médecin traitant de mieux les connaître, de mieux cerner leurs besoins et leurs comportements à risque et de développer plus rapidement une relation de confiance avec eux. Ces avantages peuvent toutefois disparaître si les médecins ont un volume de patients leur imposant des contraintes sévères quant à la durée des consultations.

Dans les systèmes ou les modèles utilisant la capitation, les médecins, ou groupes de médecins, sont responsables d'une population bien définie. Dans les pays de l'OCDE, cette caractéristique est associée à des coûts de santé moins élevés pour les systèmes de santé comparativement à la rémunération à l'acte (Gerdtham et al., 1998). Ce mode de paiement est associé à une plus grande attention portée aux activités de prévention et promotion de la santé (Balkrishnan et al., 2002; Hibbard et al., 2001). En principe, il est dans l'intérêt du médecin de "veiller" à la santé de ses patients de manière à éviter autant que possible le recours ultérieur à des tests et des services coûteux qui seraient "évitables" considérant l'âge et le sexe de ces derniers. Toutefois, certains observateurs (Golaszewski, 2000; Shimmura, 1988) n'appuient pas l'idée que la capitation conduit nécessairement les médecins à développer davantage une philosophie de prévention, du moins dans les *Health Maintenance Organizations* (HMO) :

« (...) there is no widespread evidence to support the contention that a capitation system encourages preventive medicine in general medical practice. Preventive medicine takes time and the average GP's day is fully occupied with consultations with sick people (...) The greater use of preventive medicine by HMO enrolees appears to be attributable to their better financial coverage, not

the preventive care ideology. » (Shimmura, 1988: 249-250)

Parmi les impacts négatifs de la capitation, on souligne le danger du “*cream skimming*”, c’est-à-dire la tentation pour les médecins ou les organisations de ne choisir que des patients présentant un profil de santé avec un minimum de facteurs de risque ou de référer rapidement les patients avec des pathologies complexes (Lynch, 1998). Ces craintes seraient particulièrement justifiées dans le cas des médecins ou groupes oeuvrant dans ou près des grands centres, là où la pauvreté se fait davantage sentir et où l’accès aux spécialistes est plus facile. Au Royaume-Uni, pour contrer ces effets pervers, les méthodes d’allocation des ressources sont de plus en plus raffinées en fonction de la lourdeur des clientèles (Rice et al., 2000). Enfin, certains auteurs estiment que les paiements à la capitation peuvent inciter les producteurs à offrir moins de services au détriment de la santé des patients (Harrison & Choudry, 1996; Hellinger, 1996).

Les services distribués par des médecins payés à salaire risquent davantage de correspondre aux besoins réels des patients à long terme. En effet, une méta analyse souligne que le salariat, comparativement à la capitation et au paiement à l’acte, est associé à moins de tests par patient, à des consultations plus longues ainsi qu’à une attention à plus grande portée aux activités de prévention et de promotion de la santé (Gosden, Pedersen & Torgerson, 1999). Toutefois, le salariat peut également inciter les médecins à ralentir le travail et à faire preuve de moins de considérations à l’égard de leurs patients puisqu’ils n’ont aucun intérêt financier à les revoir sur une base continue (Gosden, Pedersen & Torgerson, 1999; Contandriopoulos et al., 1996).

La relation entre le mode de rémunération, le nombre d’actes et le temps moyen de consultation ne fait toutefois pas l’objet d’un consensus dans la littérature. Ainsi, dans les pays où la rémunération de base est à la capitation, on observe un nombre d’actes plus élevé et un temps de consultation plus court comparativement aux pays où les médecins sont principalement rémunérés à l’acte

(OCDE, 1994). Par exemple, les données de 1994 indiquent qu'au Royaume-Uni, le nombre d'actes par généraliste était de 8771 avec un temps de consultation d'environ 8,2 minutes (1987) alors qu'au Québec les chiffres disponibles ont fait état de 2291 actes et un temps de consultation d'environ 15 minutes (1985). Par contre, le nombre de consultations par habitant montre bien le rôle pivot des médecins généralistes au Royaume-Uni. En effet, on estime qu'il y a 4,9 consultations à un généraliste par habitant alors que ce taux est de 2,3 au Québec (3,4 en moyenne au Canada). Une étude réalisée en Norvège (Kristiansen & Mooney, 1993) n'a trouvé qu'une association très faible entre le fait d'être payé à salaire ou à l'acte et le temps de consultation :

« The average length of consultation was 14 mins, and only slightly lower for fee-for-service (FFS) doctors (13,7) than for salaried ones (14,8) (...) Although the association between the doctors' use of time and the type of remuneration is weak, the study indicates that the type of remuneration does matter. » (Kristiansen & Mooney, 1993 : 393).

Une partie de la littérature sur la rémunération porte également sur les « bonis » et pénalités spécifiques à la prestation de certains services¹². Selon Magnus (1999), ce type de mécanismes en fonction de cibles à atteindre (« *target payments* ») a des effets plus directs sur les pratiques médicales que le mode de rémunération. Toutefois, les résultats sont, encore ici, contradictoires. Lorsqu'il s'agit d'encourager la prestation de services préventifs par le biais d'un incitatif financier, il est possible d'identifier des études avec des impacts positifs, comme par exemple pour la distribution par les médecins d'informations supplémentaires sur les programmes de cessation du tabagisme (Roski et al., 2003), et d'autres études où l'on n'observe aucun impact significatif, comme dans le cas des programmes de détection précoce de certains cancers (Hillman et al., 1998) ou des campagnes de vaccination (Giuffrida, Gravel & Sutton, 2000). De plus, il est possible que l'offre de services préventifs puisse augmenter indépendamment des

¹² On parle alors d'incitatifs « explicites » comparativement aux modes de rémunération où les incitatifs sont « implicites » (Armour et al., 2001).

besoins (Langham, Gillam & Thorogood, 1995). La plupart des incitatifs financiers ont toutefois une connotation négative, c'est-à-dire qu'ils ont pour but de limiter l'utilisation des services (Chaix-Couturier et al., 2000; Dudley et al., 1998). Par exemple, les médecins qui jouent le rôle de *gatekeeper* dans certaines organisations de santé peuvent être influencés par différents types d'incitatif financier.

Le rôle de gatekeeper

Selon Starfield (1998), les médecins généralistes sont les mieux placés pour jouer le rôle de médecin en première ligne¹³ :

« Generalists (family or general practitioners) are the prototypical primary care physicians because the nature of their training is exclusively devoted to primary care practice.e » (Starfield, 1998 : 338)

On attribue souvent aux médecins généralistes le rôle de *gatekeeper*. Il y a deux catégories de *gatekeeper* selon la définition que l'on donne au concept. On peut d'abord définir ce rôle comme étant un premier contact avec le réseau de la santé, ce qui correspond au rôle donné aux médecins généralistes ou de famille dans la plupart des systèmes de santé, quoique de plus en plus ce rôle peut être partagé entre différents professionnels de la santé (avec les infirmières par exemple). Une définition plus stricte, et plus répandue, place cependant la visite à un généraliste comme une condition d'accès aux autres niveaux de soins. Dans les organisations ou les systèmes où cette condition existe, on observe une utilisation moins intensive des ressources spécialisées et un nombre moins élevé de visites à l'urgence (Gosden et al., 2001; Starfield et al., 1994; Miller & Luft, 1994). Il faut toutefois noter que certaines études n'ont observé aucun effet (Forrest et al., 2003; Escarce et al., 2001). La littérature sur les bienfaits associés à la présence d'un *gatekeeper* demeure donc controversée (Bodemheimer, Lo & Casalino, 1999). Par

¹³ Certaines études élargissent cependant les horizons professionnels compatibles avec la médecine de première ligne de manière à inclure la médecine interne, la pédiatrie et certaines spécialités (Rivo et al., 1994; Lindberg & Lamm, 1993).

exemple, la possibilité d'une erreur du *gatekeeper* dans l'évaluation d'un patient peut retarder la prestation des soins nécessaires, ce qui entraîne des problèmes d'ordre éthique. De plus, dans les systèmes où cette pratique est récente (la vague *managed care*), on reconnaît que les patients peuvent se sentir lésés et percevoir la présence du *gatekeeper* uniquement pour son rôle économique dans l'organisation (Grumbach et al., 1999). Certaines études américaines démontrent également un certain niveau d'insatisfaction du côté des médecins qui assument ce rôle dû, entre autres, à un accroissement des tâches administratives (Halm, Causino & Bluementahal, 1997; Ellsbury, 1989). À cet égard, notons toutefois que dans les pays européens où cette pratique est en place depuis longtemps, la satisfaction des patients est élevée et le lien de confiance patient-médecin semble solide (Starfield et al., 1994; Gervas, Perez-Fernandez & Starfield, 1994).

L'expression *gatekeeping* englobe aujourd'hui des réalités parfois très différentes. La fonction de *gatekeeper* peut en effet faire l'objet d'une régulation juridique stricte (obligation pour le patient d'être référé pour voir un spécialiste) ou encore d'une régulation économique liée au paiement des services (ex. : rémunération du spécialiste moindre lorsque le patient n'a pas été référé, ou pénalité pour le médecin généraliste avec un « mauvais » profil de référence). Dans ce dernier cas, le patient conserve sa liberté de choisir son médecin et l'incitatif pour encourager la fonction de *gatekeeper* se situe uniquement du côté des producteurs. Dans l'ensemble, la fonction de *gatekeeper* semble plus forte lorsque la rémunération de base des généralistes n'est pas le paiement à l'acte (Gervas, Perez-Fernandez & Starfield, 1994).

Conclusion sur la composante économique

En résumé, il existe des données solides démontrant que le mode de rémunération et les incitatifs financiers influencent le comportement des médecins. Par contre, comme le soulignent Scott & Hall (1995), on ignore encore l'impact que cela peut avoir sur les patients :

« Although we know that remuneration can influence behaviour, much more research is required before policy recommendations can be made (...) The most fundamental criticism of the evidence to date is that it does not shed any light on the ultimate policy question, i.e., whether changes in practice patterns were “better” or “worse” in terms of their effects on patient welfare. » (Scott & Hall, 1995: 192)

Les possibilités de généralisation à partir des résultats disponibles sont limitées par plusieurs facteurs, notamment les biais de sélection des médecins (caractéristiques individuelles), des différences culturelles lorsque l'on compare les résultats d'études réalisées dans des pays/systèmes différents, les normes de pratique parfois spécifiques à chaque organisation (culture organisationnelle) ainsi que le contexte d'action général qui encadre la pratique médicale dans chaque système et qui, indépendamment du mode de rémunération, peut influencer le degré d'autonomie professionnelle des médecins. Sur ce dernier point, par exemple, Contandriopoulos et al. (1996) notent que les effets des modes de rémunération peuvent varier en fonction de qui est responsable des paiements aux professionnels :

« The main organizational characteristic that must be considered in analysing physician remuneration is payment responsibility (...) The responsibility can stem from three sources : the patient, a third-party or an organization which employs the physician. Accordingly, the level of control on the practice is very weak when it is paid by the patient, slightly higher when it is paid by a third party, and even greater when it is paid by an organization (for example an HMO). » (Contandriopoulos et al., 1996: 3-4)

Le mode de rémunération, comme toute autre caractéristique organisationnelle, ne peut donc être étudié en dehors de son contexte général (système) et spécifique (organisation). À travers un modèle communicationnel, Giacomini et al. (1996) montrent bien comment le contexte organisationnel et

social peut influencer les médecins et la façon dont ils décoderont les messages (via les modes de paiements et les mesures incitatives) envoyés par les organismes subventionnaires. Selon eux, la réponse des producteurs de soins sera structurée à partir de plusieurs éléments : leurs croyances face aux changements souhaités par les organisations envoyant le message (changements de pratique, etc.) et leurs conséquences; les objectifs des acteurs et leurs perceptions de leur mission et de leurs rôles dans le système de santé; les moyens et les ressources matérielles en jeu ainsi que la propension des individus ou des organisations d'adhérer aux règles du jeu fixées au niveau macro (culture organisationnelle).

Les stratégies actuelles en matière de rémunération et d'incitatifs financiers s'inspirent en quelque sorte de la théorie de l'agence et de l'approche comportementale (Giacomini et al., 1996). Le médecin est en effet perçu comme un être rationnel qui cherche uniquement la maximisation de ses intérêts financiers. Selon cette logique, la solution pour modifier les comportements des médecins est donc fort simple, il suffit de changer les stimuli. Or, la relation de cause à effet entre les aspects financiers et les pratiques médicales n'est pas entièrement appuyée par la littérature. Les médecins poursuivent de multiples intérêts, consciemment ou non, et qui ne sont pas, bien sûr, tous d'ordre financier. De plus, les normes et les valeurs propres à chaque contexte d'action ne concordent pas nécessairement avec les comportements ciblés par les mécanismes financiers. C'est pourquoi de plus en plus d'études se penchent sur le contexte social et professionnel en tant que sources d'influence sur les pratiques médicales.

La composante socioprofessionnelle : le jeu des acteurs comme source de connaissances médicales

Nous examinons, dans cette section, comment les dynamiques de groupe et le système professionnel peuvent influencer les médecins généralistes. Ces deux « variables » sont souvent traitées sous l'angle de l'acquisition des connaissances et de la gestion de l'incertitude médicale. Il appert que la diffusion de nouvelles connaissances n'est pas, en soit, une condition suffisante pour altérer les attitudes

et les comportements des médecins généralistes dans le cadre de leurs activités cliniques. Il faut surtout examiner « comment » et « par qui » les connaissances sont transmises.

Pratique solo versus pratique de groupe

Les données de la littérature démontrent que le fait pour les médecins de travailler seul ou en groupe est un facteur qui influence la façon dont les soins sont offerts ainsi que les pratiques de référence. La pratique solo est en effet généralement associée à une plus grande utilisation des services (tests, références et hospitalisations) pour les patients et à de moins grandes connaissance et utilisation des protocoles de soins de la part des médecins (Engstrom, Foldevi & Borgquist, 2001; Landon et al., 2001). Pour plusieurs conditions médicales courantes, la pratique solo est associée à une moins grande qualité des soins (Starfield et al., 1994). Aux États-Unis, les médecins en pratique solo sont ceux qui sont le moins satisfaits de leurs conditions de travail, notamment en raison des pressions financières liées aux frais de pratique (Sturm, 2002).

Comment expliquer ces résultats? L'une des hypothèses est que le travail d'équipe permet de réduire l'incertitude médicale pour les médecins, soit par le biais de rencontres informelles entre collègues, soit par l'adoption au sein du groupe de protocoles de soins pour les pathologies les plus courantes¹⁴. Les normes de pratique de groupe expliqueraient une partie des variations de pratique observées entre différentes organisations offrant des services de première ligne aux États-Unis (Kralewski et al., 1999; Flierman & Groenewegen, 1992; de Jong, Groenewegen & Westert, 2003). La culture organisationnelle fait référence au partage de valeurs, croyances et normes quant aux comportements jugés appropriés dans une organisation (Kralewski, Wingert & Barbouche, 1996; Schein, 1992). Il s'agit d'un champ d'investigation relativement nouveau dans le domaine de l'organisation des services de santé :

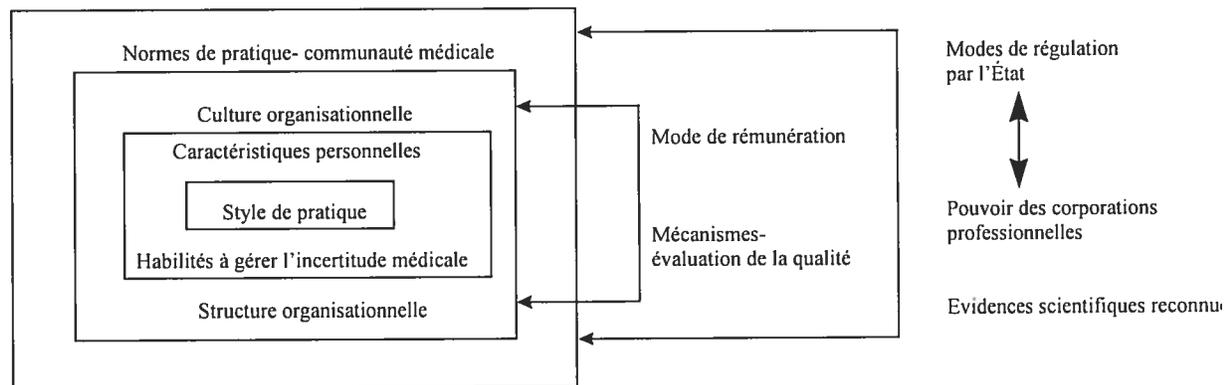
¹⁴ Toutefois, comme le démontre Dowswell, Harrison & Wright, (2001), les normes de groupe ne correspondent pas nécessairement aux normes des guides de pratique.

« (...) few researchers have considered the importance of the context at the organization level, such as an organization's system of norms and values that have a great deal of influence over people's behaviour. » (Chatman, 1989 : 335)

Il s'avère toutefois difficile d'opérationnaliser le concept de culture organisationnelle dans le cadre d'études quantitatives. Krawleski et al.(1996), dans l'une des rares études sur le sujet, ont utilisé 12 dimensions pour définir la culture organisationnelle¹⁵ de différents groupes de pratique offrant des services de première ligne. Certaines de ces dimensions englobent des éléments de structure, par exemple les modes de décision (individuelle versus collectif) et de collaboration et le degré de formalisation des procédures, etc. (Reynolds, 1986; Kralewski, Wingert & Barbouche, 1996).

Le modèle conceptuel suivant développé par Kralewski et al. (1996) permet de situer les variables en présence:

Figure 1: Culture organisationnelle



Adapté de Kralewski, Wingert & Barbouche (1996).

Dans une étude comparant différents groupes de pratique pour le traitement de l'hypertension, la culture organisationnelle s'est avérée être un facteur plus important que la structure organisationnelle (Kralewski et al., 1999).

¹⁵ Ils ont en fait adapté les travaux de Reynolds (1986) aux organisations de santé.

Toutefois, ces deux facteurs, lorsque combinés, n'expliquaient que 8 % des variations observées, les caractéristiques individuelles des médecins se révélant la catégorie de variables la plus déterminante. Denison (1996) a critiqué les stratégies de recherche strictement quantitatives utilisées pour cerner le concept de culture organisationnelle, le concept de « culture » nécessitant une approche davantage basée sur les méthodes qualitatives et la description des activités quotidiennes. À cet égard, la thèse de Rouleau (1995) apporte une contribution intéressante. L'auteure soutient que la définition du concept de « culture organisationnelle » doit dépasser les simples faits symboliques :

« Ce que les gens font matériellement explique et contribue à rendre compte de ce qu'ils sont symboliquement. L'un et l'autre sont indissociables. Autrement dit, les pratiques reliées à la production remplissent aussi des fonctions d'ordre symbolique. Connaître la culture d'une organisation, c'est aussi être familier avec ses fondements technopratiques. » (Rouleau, 1995 : 23)

En Grande-Bretagne, une étude qualitative (Rowlands, Willis & Singleton, 2001) a démontré que les réunions d'équipe dans le cadre d'activités d'éducation médicale n'avaient pas modifié les habitudes individuelles des médecins en matière de référence vers les services spécialisés. Une autre étude menée cette fois sur les pratiques liées à la prescription de médicaments a cependant démontré que ces rencontres avaient influencé les comportements des médecins (Ashworth et al., 2000).

Un autre aspect de la pratique de groupe qui retient l'attention des chercheurs est l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur les pratiques des médecins généralistes. En effet, l'un des points communs à la plupart des réformes des services de première ligne dans les pays industrialisés est l'importance accordée au concept d'équipe multidisciplinaire (Leatt et al., 1996). La composition des équipes de soins varie selon les modèles mais la présence d'une ou de plusieurs infirmières est une constante. À la lumière des récentes

réformes menées au Royaume-Uni (*Primary Care Groups*) et des projets-pilote en cours dans plusieurs provinces canadiennes, il semble que la prestation des soins de première ligne devrait de plus en plus s'appuyer sur un partenariat médecins-infirmières quoique la nature des actes pouvant être délégués aux infirmières demeure un sujet controversé (Wilson, Pearson & Hassey, 2002). En fait, dans certaines études, on parle librement d'un rôle de substitution pour la prise en charge de certaines conditions cliniques. Ainsi, pour l'hypertension, par exemple, l'étude de Jewell & Hope (1988) n'a trouvé aucune différence significative entre la qualité des traitements offerts par des infirmières comparativement aux médecins généralistes. D'autres études (Horrocks, Anderson & Salisbury, 2002; Mundinger et al. 2000) ont obtenu des résultats similaires. Dans une perspective de complémentarité plutôt que de substitution, les données disponibles indiquent également que la collaboration interprofessionnelle à l'échelle de la première ligne peut mener à une réduction de l'utilisation de services spécialisés et des taux d'hospitalisation, notamment dans le cas des personnes âgées (Sommers et al., 2000) et des clientèles avec des problèmes de santé mentale (Hull et al., 2002)¹⁶. Les résultats quant à l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur la satisfaction des patients sont mixtes et il existe, étonnamment, peu d'études sur le sujet¹⁷.

Quel est l'impact de la collaboration interprofessionnelle sur les médecins? En Angleterre, les médecins généralistes sont d'avis que la présence d'une ou plusieurs infirmières dans les groupes de pratique permettra d'alléger leur charge de travail (Carr et al., 2002). La philosophie de soins et l'acquisition de nouvelles connaissances sont deux autres aspects de la pratique des médecins qui sont susceptibles d'être influencés par la collaboration interprofessionnelle.

¹⁶ Une forme de collaboration plus « légère », soit des visites périodiques à titre de « facilitateur » pour la prise en charge de clientèles avec des problèmes de santé mentale, n'a entraîné aucun changement dans la façon dont les médecins gèrent ces cas (Bashir et al., 2000).

¹⁷ Dans l'étude de Mark, Byers & Mays (2001), les médecins avec un style axé sur la collaboration avaient les patients les moins satisfaits, ces derniers valorisant davantage une relation continue avec un seul professionnel. Safran (2003) soulève également la question de la continuité des soins dans le contexte de la vague *managed care*. Au Québec, l'étude de Roberge et al. (2001) suggère également que les patients s'identifient davantage à un médecin qu'à un groupe de pratique.

On observe par exemple que dans les organisations avec une équipe multidisciplinaire, l'approche médicale est davantage holistique et axée sur la prévention et la promotion de la santé. Au Québec, une étude réalisée auprès des médecins de cabinet privé et de CLSC révèle que ces derniers sont plus sensibles à la nature biopsychosociale des problèmes de santé et qu'ils tentent davantage d'impliquer les patients dans le plan de traitement (Pineault et al., 1991). La collaboration interprofessionnelle permet-elle, à elle seule, d'expliquer ces résultats? Les auteurs suggèrent plutôt que les CLSC attirent des médecins qui, au départ, ont un profil de pratique axé sur la médecine sociale et préventive. Une étude multicas (3) réalisée par D'Amour, Sicotte & Levy (1999) montre également que le travail en équipe multidisciplinaire, une caractéristique-vitrine des CLSC, est « demeurée un idéal à atteindre qui, pour certains, perd de plus en plus de son sens » (D'Amour, Sicotte & Levy, 1999: 86).

Alors, peut-on conclure que la présence d'autres professionnels de la santé peut influencer le style de pratique des médecins par le biais des normes, valeurs et connaissances issues de différentes disciplines? Il est surprenant de constater qu'il y a peu de données disponibles, autant quantitatives que qualitatives, pour répondre à cette question. Le phénomène d'« apprentissage interprofessionnel¹⁸ » n'a pas encore été démontré par le biais d'évaluations systématiques :

« Despite a large body of literature on the evaluation of interprofessional education, studies generally lacked methodological rigour needed to understand the impact of interprofessional education on professional practice and/or health care outcomes. » (Munro, Felton & McIntosh, 2002)

L'impact de la collaboration interprofessionnelle sur la culture des organisations et les pratiques professionnelles dans les organisations de santé demeure donc, à ce jour, incertain. Le potentiel existe sur papier mais les barrières

¹⁸ *Inteprofessional Learning* (Zwarenstein et al., 2001). Abbott (1988) utilise l'expression "workplace assimilation" (p. 65) pour décrire ce phénomène.

à la collaboration interprofessionnelle sont nombreuses et sont liées, entre autres, aux normes et valeurs spécifiques à chaque système professionnel.

L'impact du système professionnel

Les associations et les corporations professionnelles peuvent avoir un impact majeur sur les dynamiques organisationnelles puisqu'elles contribuent à la définition des normes, règles et valeurs avec lesquelles les actes professionnels et comportements de leurs membres doivent être jugés et évalués. Dans le domaine de la santé, le système professionnel peut être défini de la manière suivante :

« The professional system could be defined as a widely accepted, socially legitimated, and legally recognized set of shared traditions, norms and values that « truly » define good medical practice. »
(Fernandez et al., 2000 : 623)

Il peut cependant y avoir différents degrés de concordance ou de conflit entre les normes de groupe et les normes professionnelles.

Il y a ici plusieurs interrelations à considérer entre les niveaux suivants : société — système professionnel — organisation et acteur. D'abord, la légitimité des systèmes professionnels repose en partie sur leur capacité à ancrer leur développement à partir des normes et valeurs existantes dans la société :

« Culturally, professions legitimate their control by attaching their expertise to values with general cultural legitimacy, increasingly the values of rationality, efficiency, and science. » (Abbott, 1988 : 16)

Les systèmes professionnels font aussi partie du « champ organisationnel » et agissent en quelque sorte comme un intermédiaire entre la société et les organisations :

« It represents an intermediate level between organization and society and is instrumental to processes by which socially constructed expectations and practices become disseminated and reproduced. » (Greenwood, Suddaby & Hiningo, 2002)

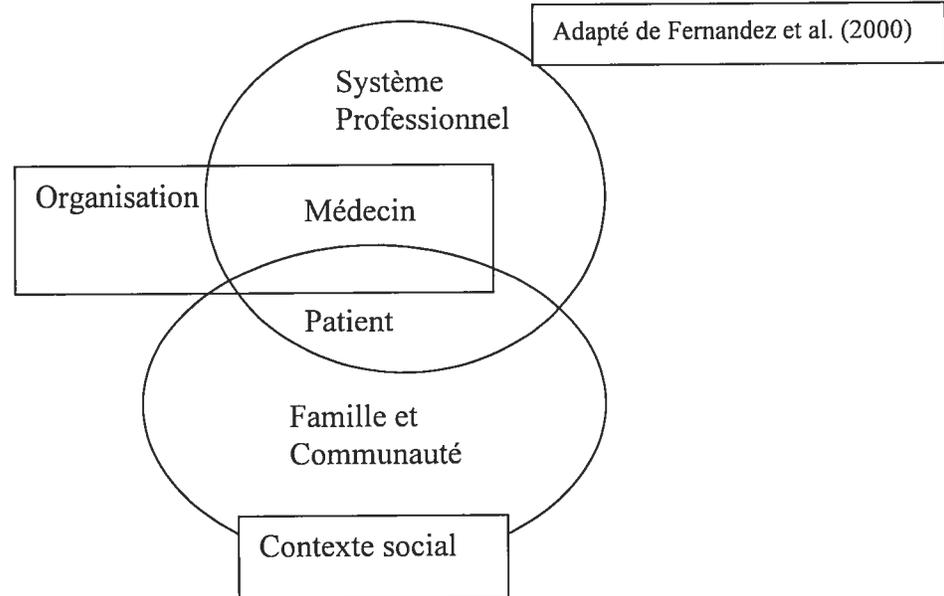
Selon Abbott (1988), le concept de juridiction est un thème majeur de l'analyse des professions. Ce concept exprime le lien entre une profession et le contenu du travail qui la définit. De nombreux auteurs se sont penchés sur le phénomène de « domination » de la médecine sur les autres professions dans le domaine de la santé ainsi que sur la capacité de la profession médicale d'influencer le champ des politiques dans la société (Freidson, 1970, 1986; Coburn, 1998). Selon certains auteurs, le « pouvoir médical » est dans une phase de déclin relatif dans laquelle il faut distinguer le niveau individuel et le niveau collectif (Tousijn, 2002; Coburn, 1998). Selon Tousijn (2002), la profession médicale a conservé, et même accru, son contrôle sur les activités médicales malgré le fait que l'autonomie professionnelle¹⁹ de ses membres ait, dans l'ensemble, diminuée. En effet, par le biais des médecins gestionnaires et le développement rapide des guides et protocoles de soins, la profession médicale a pu, à tout le moins, maintenir ses champs de juridiction. Par contre, la multiplication de règles administratives et financières dans certains systèmes de santé, qui sont parfois liées aux protocoles et guides de pratique, est un phénomène qui a ouvert des brèches dans la capacité des médecins de contrôler différents aspects de leur travail.

Dans le cadre de notre problématique, l'une des questions qui nous intéresse est la suivante : quel est l'impact du système professionnel médical sur la pratique de première ligne des médecins généralistes? Encore une fois, il existe peu d'études empiriques sur le sujet à l'échelle de la première ligne. L'étude de

¹⁹ Il y a plusieurs définitions possibles de ce concept. Freidson (1970) a élaboré sur ce concept en parlant de « contrôle sur le travail » ou encore sur les « conditions de travail ». Cela inclut les façons d'accomplir le travail, son contenu, et le rythme et les heures de travail. McKinlay & Arches (1985) ont bonifié cette définition en ajoutant le contrôle sur les outils et les moyens (équipement, édifice, etc.) de travail.

Fernandez et al. (2000) porte sur les perceptions de médecins généralistes quant à l'importance de différentes sources d'influence sur les pratiques médicales. Aux yeux des médecins interrogés, le système professionnel représente la principale source d'influence sur les pratiques médicales. Toutefois, les auteurs ont défini le système professionnel de façon très large en considérant simultanément une composante formelle (associations, institutions académiques, conférences) et composante informelle (médecins avec une renommée internationale, discussions entre collègues, etc.). Les auteurs ont illustré les différentes sources d'influence de la manière suivante :

Figure 2 : Le système professionnel vs les autres niveaux



La composante formelle (ex. : association professionnelle), en fonction de sa légitimité aux yeux des médecins, peut aussi influencer ces derniers par le biais des guides de pratique et des activités de formation. Les résultats à ce sujet sont mixtes. Plusieurs études n'ont rapporté aucun changement dans les pratiques suite à la dissémination de guides de pratique (Smith et al., 2003; Azocar et al., 2003), même lorsque ceux-ci étaient présentés directement aux médecins dans leur lieu de travail (Hall et al., 2001). La publication de méta-analyses dans les revues

renommées semble avoir un impact (Kenyon & Taylor, 2002) mais il y a peu d'évaluations sur le sujet. La combinaison de différentes sources d'influence rend difficile la mise en application des guides de pratique. Bref, il y a un écart important entre la théorie et la pratique :

« For some doctors, the evidence had clarified practice, focused clinical effort, and sometimes radically altered practice. But a stronger theme from our data is that doctors are shaping the square peg of the evidence to fit the round hole of the patient's life. » (Freemam & Sweeney, 2001)

Dans l'ensemble, les recherches actuelles soulignent qu'il existe de nombreuses barrières contribuant à la faible adhésion aux guides de pratique parmi les médecins généralistes et spécialistes (Oxman et al., 1995; James et al., 1997; Graham, James & Cohen, 2000; Downswell, Harrison & Wright, 2001).

Conclusion sur la composante socioprofessionnelle

La littérature indique que les dynamiques de groupe et le système professionnel peuvent influencer la pratique des médecins généralistes. Ces résultats vont dans le sens des travaux de Freidson (1986) sur la présence de normes professionnelles. Toutefois, il y a peu de données sur le *comment*, de même que sur la contribution relative des associations professionnelles versus les dynamiques de groupe (Hoogland & Jochemsen, 2000). Par exemple, certains auteurs attachent de l'importance à la culture organisationnelle (Kralewski, Wingert & Barbouche, 1996; Kralewski et al., 1999) alors que d'autres minimisent l'impact d'une telle variable dans les organisations de santé en raison du haut de degré de professionnalisation de la main-d'œuvre :

« Organizational participants are highly professionalized and their primary loyalty belongs to the profession rather than the organization. »
(Shortell et al., 1987 : 13)

Le système professionnel est porteur de valeurs mais au niveau des pratiques médicales les médecins semblent plus sensibles à l'influence de leurs collègues. De Jong, Groenewegen et Westert (2003) suggèrent ainsi que les pratiques médicales doivent être vues d'abord et avant tout comme le résultat de processus sociaux ancrés dans un contexte local spécifique.

Conclusion sur l'étude des variables : le tout est plus que la somme des parties

À la lumière des résultats disponibles, il est clair que les variables de nature économique et socioprofessionnelle ont un impact sur la façon dont les soins de première ligne sont délivrés. Par contre, l'effet de chaque variable peut être conditionnel à la présence d'autres variables associées soit à l'organisation ou encore au contexte global dans lequel cette dernière évolue. C'est sur la base de ce constat, nous le rappelons, que nous avons défini le concept de « mode d'organisation ». À l'intérieur de chaque mode d'organisation, le défi est d'arriver à saisir les différentes formes d'interaction entre les variables. Selon Meyer, Tsui & Henings (1993), l'étude du phénomène organisationnel doit ainsi considérer davantage l'étude des relations non-linéaires :

« Analytically, in attempting to statistically isolate the effects of each contingent variable, the prevalent econometric methodology downplays complex forms of interaction and ignores nonlinear relationships. » (Meyer, Tsui & Hennings, 1993: 1177)

Dans la littérature actuelle, une seule étude, celle de Miller et al. (2001), traite des relations non-linéaires entre des variables de différents niveaux. Ces auteurs comparent la pratique des médecins de famille à la pratique du Jazz, c'est-à-dire unique, adaptative et soumise à de multiples influences. Doit-on conclure que chaque milieu de pratique est unique? Dans la prochaine section, nous tournons justement notre attention sur l'étude des modèles organisationnels. Le

fait de considérer l'organisation dans son ensemble permet-il de mieux comprendre et prédire l'effet des variables et d'identifier des grandes tendances?

COMPARER LES ORGANISATIONS DE PREMIÈRE LIGNE, MAIS SUR QUELLE BASE?

Pour les chercheurs, et encore davantage pour les décideurs, l'idée de classer les organisations de santé et de comparer les impacts associés à chaque catégorie apparaît certes intéressante. L'entreprise n'est pas nouvelle mais se bute inévitablement à des problèmes d'ordre méthodologique reliés aux choix des critères de classification. La classification peut se faire *a priori*, on parle alors d'une typologie, ou encore être basée sur l'observation empirique, ce qui représente une taxonomie (Rich, 1992).

Il existe dans la littérature sur les organisations de santé un certain nombre de grandes catégorisations basées soit sur leurs fonctions, leur main-d'œuvre ou encore leurs caractéristiques structurelles. Par exemple, les organisations de santé sont considérées par Blau & Scott (1962) comme des organisations de *services* parce que le client en est le principal bénéficiaire. Pour Mintzberg (1994), il s'agit d'*organisations professionnelles* parce qu'elles évoluent dans un environnement complexe qui commande l'emploi d'une main-d'œuvre hautement qualifiée qui s'appuie davantage sur les normes professionnelles que sur les normes organisationnelles. En raison d'un haut degré d'incertitude dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, les professionnels ont une grande autonomie par rapport aux structures, ce qui amène certains auteurs (Shortell & al., 2000) à qualifier les organisations de santé comme étant *loosely-coupled* comparativement à des types d'organisation *tightly-coupled* où les interactions entre la structure et les acteurs, et les unités entre elles, sont plus formelles et avec des formes de contrôle plus rigides.

En ce qui concerne les organisations de première ligne, ce type d'exercice de classification est-il possible et que peut-on en tirer? L'une des premières

difficultés rencontrées est liée au fait qu'il existe un large éventail de modèles de prestation de services de première ligne à travers le monde. Au Canada seulement, chaque province possède une configuration de la première ligne qui lui est propre. La vague de projets touchant à la première ligne subventionnés par le Fonds d'adaptation des services de santé FASS (81 projets sur 141) en 1997-98 illustre bien la grande diversité des modèles possibles, ce qui explique peut-être pourquoi les études ayant présenté une typologie ou une taxonomie des organisations de première ligne sont peu nombreuses. Abelson & Hutchison (1994) ont présenté une typologie basée sur le professionnel dominant dans l'organisation, soit les modèles centrés autour : 1- des médecins; 2- des infirmières; et 3- d'une équipe multidisciplinaire. Dans le cadre d'un projet de recherche financé par la Fondation canadienne de recherches sur les services de santé (FCRSS), une équipe du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) a reçu le mandat de construire une taxonomie des différents modèles de prestation de services de première ligne. Les auteurs ont retenu 28 cas et dégagé quatre modèles à partir d'une revue de la documentation associée à chacun d'entre eux : 1- le modèle communautaire intégré; 2- le modèle communautaire non intégré; 3- le modèle professionnel de coordination des services; et 4- le modèle professionnel de contact (Lamarche et al., 2003). Pour les décideurs, ces classifications ne sont utiles que si on peut leur associer des effets, soit d'ordre économique ou de santé. Il existe cependant des débats quant à la nature des données à considérer. Doit-on retenir uniquement les études randomisées ou élargir la définition de ce qui constitue une donnée « probante »? Enfin, peut-on comparer des modèles provenant de différents systèmes de santé?

Dans cette section, nous avons choisi de comparer uniquement des modèles d'organisation de première ligne évoluant dans un même système de santé. Notre objectif est de déterminer si l'étude des configurations de variables propre à chaque modèle permet de mieux comprendre les variations observées au niveau de l'offre des services. Les différences observées entre les modèles nous

intéressent moins que les pistes d'explication suggérées par les auteurs. Nous avons retenu les comparaisons suivantes:

- 1- les organisations *managed care* (États-Unis, Royaume-Uni), versus les autres formes de pratique.
- 2- au Québec, les CLSC versus les cabinets privés.

Ces différentes comparaisons mettent en jeu plusieurs caractéristiques organisationnelles contrastantes, notamment le mode de rémunération, le niveau de collaboration interprofessionnelle et la responsabilité de l'organisation envers une population spécifique (adhérents ou par territoire).

La vague *managed care* aux États-Unis

Les études comparatives impliquant des HMO, le point de départ de la vague *managed care*, ont été nombreuses aux États-Unis depuis leur apparition dans les années 70. L'expression « *managed care* » désigne des soins « coordonnés » ou « intégrés » mais une définition complète met en jeu de nombreuses caractéristiques organisationnelles et financières :

« A system that integrates the financing and delivery of appropriate medical care by means of the following features: contracts with selected physicians and hospitals that furnish a comprehensive set of health care services to enrolled members, usually for a predetermined monthly premium; utilization and quality controls that contracting providers agree to accept financial incentives for patients to use the provider and facilities associated with the plan; and the assumption of some financial risk by doctors, thus fundamentally altering their role from serving as agent for the patient's welfare to balancing the patient's needs against the need for cost control. »
(Iglehart, 1992: 742)

Aux États-Unis, l'expression *managed care* désigne principalement les *Health Maintenance Organizations (HMO)*, les *Preferred Provider Organization*

(PPO) et les *Points of Service* (POS). Ces organisations partagent la caractéristique d'opérer à travers un « réseau » de médecins privilégiés (employés ou contractuels) pour offrir des services de santé à leur clientèle.

Les premières évaluations sur les HMO démontraient que ces organisations obtenaient, pour certaines conditions cliniques, des taux d'hospitalisation de 10 à 40 % (Luft, 1981) moins élevés pour leurs patients comparativement aux individus couverts par un plan d'assurance « traditionnel ». En résumé, les résultats laissaient entrevoir, dans les années 80, une relation entre, d'une part, certaines caractéristiques de base des HMO, comme le mode de rémunération des médecins (salaire ou capitation) et la fonction de *gatekeeper* des généralistes (majoritaires) et, d'autre part, des taux d'admission moins élevés dans les hôpitaux et un plus grand contrôle sur les coûts. Plus précisément, les HMO parviennent à réduire l'utilisation des ressources hospitalières grâce à la présence d'un "gatekeeper" ainsi qu'au recours plus intensif aux services ambulatoires et aux activités de prévention et de promotion de la santé (Miller & Luft, 1994, 2002). Dans cette optique, les HMO ont tendance à embaucher des médecins dont les profils de pratique se rapprochent le plus des objectifs de l'organisation (Bard, 1990). Il devient ainsi difficile de mettre en évidence l'influence des caractéristiques organisationnelles sur l'efficacité et l'efficience de l'organisation sans souligner l'influence des caractéristiques des médecins sur ces résultats. En effet, l'embauche de médecins possédant un bon profil "coût/efficacité" représente l'une de leurs stratégies organisationnelles privilégiées.

Les plus récents résultats sur les HMO sont plus hétérogènes, notamment en raison de la diversité des modèles d'organisation et des stratégies organisationnelles utilisées. En résumé, Miller & Luft (2002) concluent que les organisations de type HMO obtiennent les résultats suivants lorsqu'elles sont comparées aux plans traditionnels d'offre de services du type *Fee-for-Service* (FFS) :

- des taux d'admission moins élevés;
- des durées moyennes de séjour à l'hôpital plus courtes;
- moins de jours à l'hôpital/patient;
- des résultats mixtes quant au nombre de visites au médecin/patient;
- une utilisation moins importante des services coûteux;
- une plus grande importance accordée aux tests préventifs et aux activités de promotion de la santé;
- une qualité des soins au moins égale (impacts sur la santé);
- les patients des HMO sont moins satisfaits des services mais plus satisfaits en ce qui concerne les coûts.

On constate, en comparant les données des années 80 avec celles des études plus récentes, que les écarts en ce qui concerne les taux d'admission ont diminué. Ceci s'explique en partie par le «rattrapage» effectué par les plans d'assurances privés en ce qui concerne les procédures d'admission des patients dans les hôpitaux (*precertification*) et par l'utilisation d'incitatifs financiers liés à l'utilisation de ces ressources. Par contre, les écarts ont augmenté pour les indicateurs des durées moyennes de séjour (DMS), les patients des HMO ayant des DMS plus courtes que ceux couverts par des plans « traditionnels ». Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce phénomène: 1. Les HMO ont développé et instauré des protocoles et des lignes directrices pour les médecins plus complètes que ce que l'on retrouve dans les autres types d'organisation; 2. les HMO font davantage pression auprès des hôpitaux pour que les durées de séjour soient les plus courtes possibles; 3. les HMO utilisent davantage d'incitatifs financiers visant à réduire les DMS; et 4- les HMO possèdent des systèmes d'information plus complets, ce qui leur permet d'effectuer relativement rapidement des revues d'utilisation des services, passées et présentes (Langwell, 1990; Miller & Luft, 1994, 2002). Une autre hypothèse soulevée par Flood et al. (1998) est que les différences apparaissent surtout dans le traitement des problèmes de santé sans complications :

« (...) the healthiest and the sickest patients receive similar care (...) the savings observed for episodes of treating HMO patients with a specific disease, appear to occur primarily when treating patients

with "average" overall health problem. » (Flood et al., 1998: 92)

Le traitement de l'hypertension sans complications, par exemple, correspond à cette catégorie de problèmes de santé. Nous avons répertorié six études ayant comparé les HMO avec des plans traditionnels. Les résultats des groupes expérimentaux et des groupes contrôle sont identiques ou légèrement en faveur des HMO en ce qui concerne les mesures de l'état de santé mais leurs patients utilisent moins de ressources hospitalières que les patients FFS (Greenfield et al., 1995; Nelson et al., 1998). Les patients des HMO effectuent davantage de visites à leur médecin généraliste, ce qui confirme l'importance accordée par ces organisations aux activités de prévention primaire et secondaire.

Enfin, le résultat le plus intrigant est le fait que les HMO-Staff et « prepaid » n'obtiennent pas de meilleurs résultats que les nouvelles formules HMO du type « réseau », *Independent Practice Association (IPA)*, et « mixte ». Cette conclusion montre clairement la nécessité de se tourner vers les études de cas pour mieux saisir comment les caractéristiques organisationnelles interagissent dans des contextes différents.

Du modèle *GP Fundholder* aux *Primary Care Groups* au Royaume-Uni

Dans la littérature, le système de santé du Royaume-Uni est souvent présenté comme l'un des plus efficient dans une perspective macro-économique (Maynard & Bloor, 1995). Ces succès s'expliquent, en partie, par l'importance accordée aux services de première ligne. Dans le cadre de notre revue de la littérature, nous nous sommes penchés sur les deux modèles d'organisation qui ont marqué le National Health Service (NHS) depuis le début des années 90, soit le modèle *GP Fundholder* (médecins gestionnaires de fonds de santé) et celui de *Primary Care Groups*, toujours en phase d'implantation et d'évolution.

Au début des années 90, le NHS a permis la création de groupes de médecins-gestionnaire dans le but d'améliorer la coordination des soins avec les établissements de deuxième ligne, de permettre le développement d'une plus grande gamme de services pour les patients (physiothérapie, counselling) au niveau même de la première ligne et, enfin, de favoriser le contrôle des coûts du système en rendant les médecins entièrement responsables des soins pour leurs patients. Cette réforme permettait aux médecins d'acheter directement des services pour leurs patients auprès des établissements hospitaliers qui ont le statut de *Trust* (95 % des hôpitaux).

Les premières évaluations sur les réformes de 1991 ont toutefois révélé des résultats contradictoires quant à l'impact du modèle *GP Fundholder*, tant en ce qui concerne la qualité des soins que l'utilisation des services de santé. Il faut distinguer entre la première vague d'adhésion au statut de gestionnaire et les vagues subséquentes, moins bien préparées à assumer ces nouvelles responsabilités. Dans la première vague, on retrouvait en général des groupes avec une clientèle plus nombreuse et qui étaient bien ancrés dans leur communauté (Harrisson & Choudhry, 1996).

En ce qui concerne les impacts sur les processus de production, les résultats étaient également partagés. Certains affirment que les médecins gestionnaires ont réussi à réduire les coûts d'utilisation de certains services sans compromettre la qualité des soins (Ayles, 1996). D'autres chercheurs argumentent plutôt que les médecins non gestionnaires ont su s'adapter au phénomène de la compétition et qu'ils ont, eux aussi, changé leurs pratiques médicales dans le sens d'une plus grande efficacité, notamment en ce qui concerne les prescriptions pharmacologiques aux patients (Whynes, Baynes & Tolley, 1997). Chez les groupes de médecins gestionnaires, la diminution des coûts reliés aux médicaments s'explique par l'utilisation des marques « génériques » ainsi que par des politiques internes de prescription plus strictes (Harrison & Choudhry, 1996). À l'égard de la qualité des soins, les craintes de

sous-médicalisation ou de baisse de la satisfaction des clientèles se sont révélées non fondées (Corney, 1999).

En ce qui a trait à l'aspect coût/efficacité, l'introduction des groupes de médecins gestionnaires n'a pas eu, à l'époque des réformes, les effets escomptés. En effet, les *Health Authorities* (qui distribuent les fonds aux médecins gestionnaires) ont fait face à des coûts d'opération et de gestion élevés (Giuffrida, Gravel & Sutton, 2000). Ces coûts étaient liés aux processus de coordination et d'allocation des ressources avec les groupes de médecins gestionnaires. De plus, la capacité pour ces groupes d'économiser suffisamment pour entreprendre un processus de croissance semble encore limitée. Tout comme dans le cas des HMO avec les cas *Medicare*, le défi est de trouver une formule d'allocation qui tienne compte de façon équitable de la lourdeur des clientèles.

Suite à l'arrivée au pouvoir du Labour Party, un moratoire a été décrété quant à la création de nouveaux groupes de *GP Fundholders*. Depuis avril 1999, les *Primary Care Groups* (PCG) ont fait leur entrée dans la structure du NHS. L'achat des services est désormais sous la responsabilité conjointe des professionnels oeuvrant en première ligne et des *Community Trust*. Ces groupes misent sur une plus grande collaboration médico-nursing pour assurer une gamme de services de première ligne plus complète et mieux adaptée aux besoins des populations à l'échelle locale. Les paiements à la capitation et le fait d'avoir une responsabilité de population demeurent par contre au coeur de l'organisation des services de première ligne au Royaume-Uni. Les PCGs constituaient en fait la première étape de remplacement du modèle *fundholding* par un système de coordination entre tous les fournisseurs de soins primaires. Les PCGs couvrent tous les services et soins primaires à l'intérieur d'une aire géographique déterminée et sont responsables de la santé des populations concernées, en développant les soins primaires, en négociant les soins secondaires, en recherchant la qualité et en réduisant les inégalités dans le domaine de la santé.

Depuis 2000, les PCG ont l'occasion de se "transformer" en *Primary Care Trusts* (PCT). Les PCGs, en devenant PCTs, deviennent des structures de soins primaires complètement et exclusivement responsables de l'achat ou de la prestation directe des services et des soins, indépendamment des autorités sanitaires locales. L'objectif ultime est de disposer d'organisations de première ligne capables d'intégrer l'offre, le financement et l'amélioration de la qualité de soins, au niveau local, dans une conception forte de responsabilité communautaire. Le trait marquant de ces deux modèles est d'avoir misé sur le principe de responsabilité de population et d'y avoir attaché des implications légales, financières et administratives pour les médecins. L'adhésion des médecins généralistes à un PCG est obligatoire, contrairement au plan de réforme antérieur qui misait sur un recrutement volontaire (Whynes & Baines, 2002).

À l'heure actuelle, il y a peu de données quant à l'impact de ces nouvelles structures en lien avec des indicateurs de santé ou de qualité des soins. La taille des groupes de pratique est l'une des variables ayant le plus été étudiées jusqu'à maintenant. L'étude de Bojke, Coleman & Gravelle (2003) démontre qu'il n'y a pas de relation entre la taille du groupe et différents indicateurs de qualité des soins. Toutefois, Guthrie (2002) soutient que la taille du groupe est un facteur important à l'égard de l'accès au médecin traitant et à la continuité des soins. En comparant 66 *Primary Care Groups*, Majeed et al. (2002) ont observé des variations importantes dans les taux de référence pour quatre chirurgies courantes. Toutefois, les caractéristiques propres à chaque groupe n'ont pas été reconnues comme étant significatives dans l'explication de ces variations.

Il existe une littérature beaucoup plus abondante sur le processus d'implantation des PCGs et sur les perceptions des principaux acteurs impliqués. Selon Lucas & Bickler (2000), l'un des défis les plus urgents à relever est le développement d'une vision commune de la première ligne et des fonctions des PCGs. En effet, lors de cette étude qualitative réalisée peu après l'implantation des PCGs, les médecins et infirmières impliqués ont exprimé des opinions

différentes quant aux priorités et objectifs de ces nouvelles structures. Il y a également divergence d'opinions quant aux rôles et responsabilités des infirmières cliniciennes au sein des PCGs (Wilson, Pearson & Hassey, 2002). L'évaluation des PCG a misé, entre autres, sur la réalisation de 12 études de cas. Les chercheurs ont observé de grandes variations dans la capacité des PCG de se transformer en PCT et l'une des principales variables explicatives est l'historique de collaboration au sein du groupe (Locock, Regen & Goodwin, 2004).

Les CLSC et les cabinets privés au Québec

Le modèle CLSC a retenu l'attention de plusieurs observateurs au Canada et dans la plupart des pays industrialisés en raison de : 1- l'utilisation du salariat pour rémunérer les médecins; 2- la présence d'une équipe multidisciplinaire favorisant la pratique d'une médecine plus globale; et 3- une responsabilité de population pour un territoire donné. Au début des années 70, les CLSC ont été créés dans le but de servir de « porte d'entrée » principale du réseau de la santé et des services sociaux au Québec mais plusieurs facteurs ont contribué à ralentir leur implantation et réduire la portée de leur mission (Turgeon & Anctil, 1994). Il faut mentionner, notamment, que les CLSC n'ont jamais été très populaires auprès des médecins généralistes. Au début de la première vague d'implantation, la FMOQ recommandait d'ailleurs à ses membres « d'éviter les aventures rocambolesques d'employés d'établissements » de manière à « conserver la liberté thérapeutique du médecin ainsi que l'autorité qui correspond à ses responsabilités » (cité par Lesemann, 1981). En 1999, un médecin sur quatre était affilié à un CLSC mais on dénombre cependant un grand nombre de postes à temps partiel.

Quel est la plus value du modèle CLSC par rapport aux cabinets privés en ce qui concerne la prestation de services médicaux courants? Les recherches comparatives CLSC²⁰ versus cabinets privés sont peu nombreuses. Dans les

²⁰ Nous pouvons également mentionner l'absence d'études comparant des CLSC ou des cabinets privés différents.

années 80, l'étude de Renaud et al. (1980) et celle de Battista (1983) ont démontré des différences significatives entre la pratique médicale des médecins en CLSC et ceux exerçant dans les cabinets privés. Dans ces deux études, les médecins en CLSC ont obtenu de meilleurs résultats quant à la pertinence des soins et l'intensité des activités de prévention. L'étude de Renaud et al. (1980) démontrait également que les consultations étaient plus longues dans les CLSC et que la relation patient-médecin y était davantage satisfaisante pour le patient (pour de faux patients présentant des symptômes de maux de tête nerveux). Une étude par questionnaire menée par Maheux et al. (1990) a révélé que, comparativement aux médecins en cabinet privé, ceux pratiquant en CLSC : 1- favorisent davantage une approche multidisciplinaire dans les soins de santé; 2- sont plus ouverts à la composante sociale des soins de santé; et 3- valorisent davantage la notion d'autonomie et de prise en charge par le patient. L'étude de Tanguay, Lamarche & Martineau (1997) démontre que les CLSC, en raison de leur responsabilité de population, sont plus efficaces que les cabinets privés pour la prise en charge et la gestion des programmes de vaccination pour enfants.

Ces résultats suggèrent donc que les médecins de CLSC et de cabinet privé ont des profils de pratique différents. Il est toutefois difficile de préciser, à partir de ces résultats, jusqu'à quel point ces différences sont le résultat du contexte organisationnel ou encore uniquement le fait que ces organisations « attirent » des médecins avec un profil différent (Pineault et al., 1991; Beauchemin & Lalonde, 1981). Par ailleurs, on observe un phénomène de mixité organisationnelle de plus en plus important au Québec avec de nombreux médecins qui oeuvrent à la fois en cabinet privé et en CLSC (Demers & Brunelle, 2000). Les médecins changent-ils leur façon de pratiquer selon leur lieu de travail? Un autre facteur à prendre en compte est que le « modèle » CLSC prend également différentes formes d'un territoire à l'autre en fonction de la présence ou non d'autres ressources de première ligne. Certains CLSC fonctionnent uniquement par programme alors que d'autres offrent des services de sans rendez-vous où les médecins sont rémunérés à l'acte.

Du côté des cabinets privés, une enquête par questionnaire menée conjointement par le GRIS et le Collège des médecins du Canada a permis de dresser un portrait de la médecine en cabinet privé au Québec. Les auteurs ont distingué six profils de pratique : 1) médecins avec pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous; 2) médecins très actifs avec pratique diversifiée; 3) médecins moyennement actifs avec pratique diversifiée; 4) médecins moyennement actifs avec pratique concentrée en cabinet; 5), le modèle Marcus Welby; et 6) médecins peu actifs (Contandriopoulos et al., 2001). Ces profils désignent les médecins et nous disposons de peu d'informations sur les différentes caractéristiques organisationnelles des cabinets privés.

Conclusion : les modèles sont-ils exportables?

Après avoir examiné la littérature sur les variables organisationnelles, nous avons conclu que le tout était plus que la somme des parties. L'effet de chaque variable peut être conditionnel à la présence d'autres variables. L'étude de « modèles » devrait permettre, en principe, de mieux comprendre les effets produits par différentes combinaisons de variables organisationnelles. Or, les études comparatives soulèvent davantage de questions qu'elles n'apportent de réponses. En effet, on observe des effets mais on parvient difficilement à les expliquer. Les conclusions que l'on peut tirer de ces études ayant comparé différents modèles sont, à notre avis, limitées par : 1) des considérations d'ordre méthodologique; et 2) l'adoption d'une approche morcelée où l'acteur et l'environnement sont minimalement pris en compte. Ces différents éléments expliquent pourquoi, à notre avis, le jeu des comparaisons internationales semble avoir encore relativement peu d'influence sur les réformes des systèmes de santé en cours dans les pays industrialisés.

Les considérations méthodologiques

Quelles variables caractérisent le mieux un modèle?

Inévitablement, les chercheurs doivent faire des choix quant aux variables à cibler pour la collecte et l'analyse des données. À titre d'exemple, l'étude de Safran et al. (2000) a ciblé les variables organisationnelles suivantes pour expliquer les écarts de performance entre 5 plans de soins aux États-Unis :

« (...) information about the plan's physician recruitment, selection, and deselection criteria; compensation and financial incentives; and nonfinancial influences on care, including the use of profiling, guidelines, and utilization review. »
(Safran et al., 2000 : 12)

Le choix des variables organisationnelles n'est cependant pas le même dans toutes les études ayant comparé différents modèles d'organisation de première ligne. Plusieurs études, par exemple, ne considèrent pas les sources d'influence non financières. Les critères de « performance » pour les organisations de première ligne ne font pas non plus consensus. De plus, l'atteinte d'un objectif se fait quelquefois au détriment d'un autre. Le fait que les variables dépendantes et indépendantes soient différentes d'une étude à l'autre limite donc la faisabilité de méta-analyses ainsi que la portée de leurs conclusions.

Une étiquette, plusieurs modèles?

Les possibilités de généralisation à partir de la littérature sont limitées par la grande diversité des modèles étudiés. Aux États-Unis, l'expression *managed care* regroupe différentes formes d'organisation (Scutchfield, Lee & Patton, 1997) : 1- les HMO de groupe où les médecins et l'organisation ont un contrat d'exclusivité; 2- les HMO « staff » où tous les médecins sont des employés de l'organisation; 3- les IPA où les médecins sont à contrat mais non exclusif; et 4-

les POS où le patient peut utiliser des services médicaux en dehors du plan mais doit alors payer un surplus. À l'intérieur même de ces catégories de HMO, il est également possible de trouver des différences organisationnelles. Selon Miller & Luft (1994), l'absence de modèle "pur" fait en sorte qu'il devient extrêmement difficile de déterminer l'effet des caractéristiques organisationnelles puisqu'une même étiquette peut englober des organisations différentes. À l'inverse, des organisations portant encore des appellations différentes partagent désormais une ou des caractéristiques semblables (comme le mode de rémunération, etc.).

Le manque de diversité dans les devis utilisés : où est le contexte?

Les études quantitatives qui utilisent des banques de données administratives ne peuvent prendre en compte toutes les variables organisationnelles. Chaque étude ne définit alors qu'un morceau de la réalité. De plus, plusieurs auteurs soulignent que les données de nature administrative (fichiers des centres hospitaliers, des HMO, etc.) ne permettent pas de comprendre la dynamique des interactions entre les variables. Par exemple, Crabtree, Miller & Stange (2001) soulignent que:

« Our current understanding of outpatient practice is largely based on administrative databases, national surveys, and medical record reviews, with additional insights from surveys of patients or clinicians. These data generally are not designed to capture the richness of the content and context that is needed to better understand the realities and complexities of practice. » (Crabtree, Miller & Stange, 2001: 881)

Puisqu'il est clair qu'aucune variable ne peut expliquer à elle seule les variations observées entre les organisations de première ligne, il est donc important d'acquérir une connaissance qualitative plus approfondie des modèles ou organisations à l'étude. À cet égard, Flood et al. (1998) ont souligné la nécessité de se tourner vers des études de cas avant d'entreprendre des analyses

statistiques complexes sur des modèles organisationnels dont l'appellation (HMO, IPA, etc.) cache des réalités de plus en plus ambiguës. Actuellement, le manque de données descriptives sur les stratégies organisationnelles des HMO, par exemple, pose des limites importantes au pouvoir explicatif des méta-analyses. Starfield (1998) souligne également la nécessité d'entreprendre davantage d'études descriptives sur les organisations de première ligne :

« Descriptions of the practice of primary care in various organizational configurations, settings, and communities (...) Such information will provide the basis for understanding the reasons for variations in practice patterns across different facilities. »
(Starfield, 1998 : 383)

Les études qualitatives permettent de mieux comprendre ce qui passe *dans* les organisations, c'est-à-dire étudier les variables en tenant compte du contexte.

L'importance des biais de sélection

Dans plusieurs des études comparatives citées plus haut, notamment celles impliquant les HMO, les auteurs soulignent les difficultés reliées à la constitution des groupes de comparaison. En effet, plusieurs résultats sont remis en question en raison de biais de sélection des patients (Luft, 1981; Miller & Luft, 1994). Bref, les HMO obtiennent-ils de meilleurs résultats parce qu'ils desservent des clientèles en meilleure santé?

Il y a également des interrogations associées à la sélection des organisations et des médecins. Dans le cas des HMO, il appert que certaines organisations sélectionnent les médecins qui, au départ, ont un bon profil coût/efficience (Bard, 1990). La question demeure : peut-on alors véritablement parler d'un « effet HMO »? Les résultats provenant des premières évaluations sur les médecins gestionnaires au Royaume-Uni ont également été remis en question pour des raisons similaires. En effet, les premières vagues d'adhérents étaient constituées de groupes déjà bien organisés avec les meilleures chances de réussite

(Harrison & Choudhry, 1996). Il est intéressant de constater que la même question est posée dans le cas des comparaisons CLSC/cabinet privé, s'il y a une part d'adaptation des médecins ou d'influence de l'organisation, elle n'a toujours pas été clairement explorée.

Faut-il vraiment parler d'un biais de sélection? Nous croyons plutôt qu'il s'agit d'un processus de sélection / adaptation qui dépend en partie du jeu des acteurs dans l'organisation et que les dynamiques d'interaction sociales sont elles-mêmes soumises à de multiples influences extérieures.

VERS UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET COMPRÉHENSIVE

Nous avons identifié l'absence de prise en compte du contexte dans lequel opèrent les organisations comme l'une des faiblesses des études actuelles. L'environnement est soit ignoré ou exclusivement traité sous l'angle des ressources matérielles ou financières et comme source de contraintes pour les organisations. L'organisation apparaît comme une entité capable de décisions et d'adaptation. La présence d'un *gatekeeper* apparaît, par exemple, comme une stratégie organisationnelle donnant des résultats prévisibles, indépendamment des acteurs qui doivent remplir ce rôle. Il n'y a pas, dans les études actuelles sur les organisations *managed care*, les CLSC ou les modèles de cabinets privés, de reconnaissance de l'influence de l'environnement sur la dynamique interne de l'organisation et le jeu des acteurs. Or, ce sont les acteurs qui décident, s'adaptent et qui *font* l'organisation. À quels éléments de leur environnement sont-ils sensibles et, surtout, comment ces éléments sont-ils interprétés, négociés et « institués » individuellement et collectivement? Il ne s'agit probablement pas d'une option intéressante pour les décideurs mais devrait-on, plutôt que de classer des modèles « statiques », s'efforcer de caractériser les dynamiques d'interaction entre les acteurs et de mieux comprendre ce qui les influencent? Bref, nous croyons que la dyade environnement / acteurs mérite une plus grande attention. Une telle position invalide en quelque sorte l'idée que les « modèles »

d'organisation de première ligne puissent être facilement « exportés », donc qu'ils puissent produire les mêmes effets dans des contextes sociaux différents.

La façon de concevoir l'acteur dans les études centrées sur les modèles fait aussi problème à d'autres niveaux. Le comportement du médecin dans une organisation apparaît soit prédéterminé et immuable (phénomène de sélection) ou complètement déterminé par les structures. La sélection du lieu de travail, une décision de « long terme », est présentée comme déterminant en grande partie les décisions de court terme (actes cliniques). En quelque sorte, une fois que le médecin a « choisi » son HMO ou son CLSC, les fondements de sa pratique et de sa philosophie de soins seront-ils constamment reproduits? Cette approche permet mal d'appréhender comment les pratiques et les intérêts des médecins se transforment dans le temps et néglige également les phénomènes de mobilité et de multi affiliation organisationnelle. Enfin, la question de la satisfaction des médecins généralistes face à leur vie professionnelle devrait être plus souvent abordée en lien avec la sélection des milieux de pratique et la qualité des soins offerts (Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003).

Notre perspective est donc, dialectiquement, à la fois plus « holistique » et plus « micro », soit comprendre le phénomène organisationnel par le biais des acteurs et de l'environnement. Dans la prochaine section, nous passons en revue les éléments théoriques qui nous apparaissent les plus pertinents pour articuler ces différents niveaux d'analyse.

LA PERSPECTIVE THÉORIQUE : CONCEPTIONS DE L'ORGANISATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'ACTEUR

Nous avons choisi d'utiliser principalement la théorie de la structuration pour étudier notre problème de recherche plutôt qu'une théorie strictement organisationnelle. Tout comme Parsons (1937, 1951), Giddens (1984) a cherché à développer une « grande » théorie capable d'expliquer le social dans son ensemble. Alors que Parsons (1956) s'est par la suite penché directement sur le

phénomène organisationnel et continue encore d'inspirer certaines recherches contemporaines²¹, les travaux de Giddens (1984) sont demeurés plus généraux et n'ont pas été aussi souvent repris et débattus à l'intérieur du champ de la sociologie des organisations (Pozzebon, 2004). Pourtant, il est possible de trouver des références à certains concepts de la théorie de la structuration dans la plupart des œuvres récentes touchant le phénomène organisationnel (Friedberg, 1993; Powell & DiMaggio, 1991; Handel, 2003). Dans le chapitre suivant, nous allons préciser comment, à notre avis, la théorie de la structuration permet d'apporter une contribution valable à l'étude de notre problématique et peut aussi s'arrimer aux théories organisationnelles contemporaines. Pour bien comprendre ce choix et la contribution attendue de notre modèle théorique, il est essentiel d'examiner d'abord les différentes conceptions de l'organisation et de l'acteur véhiculées dans les théories organisationnelles.

CONCEPTIONS DE L'ORGANISATION DANS LES THÉORIES ORGANISATIONNELLES

Selon Scott (2003), le champ de la sociologie des organisations a d'abord été marqué par une vision de l'organisation comme une entité évoluant dans un système fermé, c'est-à-dire avec peu d'interactions avec son environnement. Depuis le début des années 60, la recherche organisationnelle opère plutôt à partir de la perspective « système ouvert », c'est-à-dire que l'organisation est perçue comme étant en interaction constante avec son environnement. À l'intérieur de ces deux perspectives — système fermé et système ouvert — il faut également distinguer la vision « rationnelle » et la vision « naturelle » de l'organisation. Une vision « rationnelle » de l'organisation signifie que l'accent est placé sur la mise en place de structures formelles « efficaces » dans le but d'atteindre des buts de production prédéterminés alors qu'à travers une vision « naturelle » l'attention est tournée vers le « collectif », c'est-à-dire sur les membres de l'organisation et

²¹ Par exemple, les travaux de Sicotte et al. (1998) sur la performance hospitalière sont basés sur un modèle qui s'inspire des quatre fonctions organisationnelles identifiées par Parsons (AGIL) : *adaptation; goal-attainment; integration; latency*.

comment ces derniers peuvent (mieux) contribuer à l'atteinte des buts organisationnels.

Le tableau 1 présente la classification des théories organisationnelles²² développée par Scott (2003). Cette typologie est particulièrement intéressante du fait qu'elle permet de situer chacune des théories organisationnelles par rapport aux trois niveaux d'analyse de base de la recherche organisationnelle : le niveau socio-psychologique (les acteurs organisationnels), le niveau structurel et le niveau écologique.

L'auteur admet que les frontières entre les différentes perspectives et visions sont souvent floues et toutes les classifications courent en fait le risque d'une simplification excessive. Par exemple, la perspective de l'organisation en tant que système fermé peut indiquer que le niveau écologique a été peu développé mais cela n'implique pas qu'il était complètement absent. Les théories sont également classées en fonction de leur impact au moment où elles ont été présentées et le plus utilisées. Les travaux de Weber (1968), par exemple, font aujourd'hui l'objet d'une relecture montrant que le sociologue allemand reconnaissait en fait plusieurs formes complexes de rationalité. Dans les prochaines pages, nous passons en revue les différentes conceptions de l'organisation en sociologie en utilisant la typologie de Scott (2003).

²² D'autres classifications sont utilisées dans la littérature, notamment celle de Haas & Drabek (1973) qui présentent plutôt les perspectives suivantes : rationnelle, classique, des relations humaines, système naturel, conflictuelle, de l'échange, technologique et, enfin, du système ouvert. Astley & Van de Ven (1983) ont répertorié les perspectives suivantes : systémique-structurel; choix stratégique; sélection naturelle et action collective. Burrell & Morgan (1979) suggèrent une classification selon quatre paradigmes : fonctionnalisme, sociologie interprétative, structuralisme et humanisme radical.

Tableau 1:

**La classification des théories organisationnelles « dominantes » selon Scott
(2003)**

Niveaux d'analyse	Modèles systèmes fermés		Modèles systèmes ouverts	
	(1900-1930) <i>Modèles rationnels</i>	(1930-1960) <i>Modèles naturels</i>	(1960-1970) <i>Modèles rationnels</i>	(1970-) <i>Modèles naturels</i>
Socio- psychologique	<i>Management scientifique</i> (Taylor, 1911)	<i>Relations humaines</i> (Whyte, 1959)	<i>Rationalité limitée</i> (March & Simon, 1958)	<i>Processus organisant</i> (Weick, 1969)
Structurel	<i>Théorie de l'administration</i> (Fayol, 1919) <i>Théorie bureaucratique</i> (Weber, 1968)	<i>Système coopératif</i> (Barnard, 1938) <i>Relations humaines</i> (Mayo, 1945) Modèles de conflit (Gouldner, 1954)	<i>Théorie de la contingence</i> (Lawrence & Lorsch, 1967) <i>Structure comparative</i> (Woodward, 1965), Pugh, Hickson & Hinnings (1969), Blau (1970)	<i>Systèmes sociotech- niques</i> (Miller & Rice, 1967)
Écologique	----	----	<i>L'analyse des coûts de transaction</i> (Williamson, 1975) <i>Création de la connaissance</i> (Nonaka & Takeuchi, 1995)	<i>Écologie organisa- tionnelle</i> (Hannan & Freedman, 1977) <i>Théorie de la dépendance des ressources</i> (Pfeffer & Salancik, 1978) <i>Théorie institution- nelle</i> Selznick, 1949), Meyer & Rowan (1977), DiMaggio & Powell (1983)

L'organisation comme « système fermé »

Avec la perspective « système fermé », l'organisation est essentiellement perçue comme une « machine » permettant d'atteindre des buts et objectifs. Les travaux de Parsons permettent d'illustrer cette vision :

« As a formal analytical point of reference, primacy of orientation to the attainment of a specific goal is used as the defining characteristic of an organization which distinguishes it from other types of social systems. » (Parsons, 1960 : 12)

La perspective « système fermé » dans les théories organisationnelles est souvent associée aux travaux de Weber (1968), de Taylor (1911) et de Fayol (1919) puisque ces derniers insistent sur les buts et processus internes (Fayol a défini 14 principes d'administration par exemple) de l'organisation et très peu sur les relations avec l'environnement extérieur. Les travaux de Weber (1968) ont aussi été décrits comme témoignant d'une vision « rationnelle » de l'organisation. Cette approche accorde un poids très important aux structures et le pouvoir s'exprime surtout à sens unique, de l'organisation vers les acteurs. L'action apparaît donc surtout guidée par une rationalité formelle (règles et lois). Selon Scott (2003), Weber, contrairement à ce que d'autres auteurs lui ont reproché, n'a cependant pas exclu l'existence d'autres formes de rationalité.

En réaction à la vision utilitariste véhiculée dans les travaux de Weber (1968), Taylor (1911) et Fayol (1919), les définitions de l'organisation ont par la suite davantage ciblé le jeu des acteurs comme étant un élément central du phénomène organisationnel. On parle alors d'une vision « naturelle » de l'organisation :

« An organization is defined as a relatively permanent and relatively complex discernible system. Organizations can be observed as a series of patterned interactions among actors. However, it is not the collection of actors that is our focus but,

rather, the interaction among them. » (Haas & Drabek, 1973: 8)

La vision « naturelle » de l'organisation n'exclut pas l'importance des buts et objectifs mais postule que les intérêts des acteurs organisationnels contribuent de manière significative à les déterminer :

« Organizations are collectivities whose participants are pursuing multiple interests, both disparate and common, but who recognize the value of perpetuating the organization as an important resource. The informal structure of relations that develops among participants is more influential in guiding the behavior of participants than is the formal structure. » (Scott, 2003: 28).

Une telle vision se retrouve dans l'approche des relations humaines et celle du système coopératif. Les tenants de ces approches (Barnard, 1938; Mayo, 1945; Whyte, 1959; Likert 1961; Argyris, 1982) ont ainsi voulu accorder une plus grande place à l'individu et se sont efforcés de mettre en évidence des sources de motivation autres que la rémunération (ex: participation dans les processus de décision) tout en stipulant que la satisfaction au travail des employés était un but légitime en soit et non seulement un moyen pour atteindre les buts de l'organisation. On peut faire un parallèle entre ces approches et la théorie de l'équilibre organisationnel (Barnard, 1938; Simon, 1964), quoique cette dernière ouvre une porte vers la perspective du système ouvert. En résumé, la théorie de l'équilibre organisationnel est une théorie centrée sur la motivation et postule qu'il doit exister un équilibre entre les incitatifs (salaire, autres) offerts aux participants (employés) et la contribution de ces derniers. L'organisation est responsable des paramètres permettant d'atteindre cet équilibre et la coopération représente un enjeu organisationnel fondamental.

L'organisation comme "système ouvert"

En ce qui concerne la perspective « système ouvert », on peut en retracer les origines dans les travaux de Von Bertalanffy (1956), l'un des fondateurs de l'approche systémique. Certains des concepts centraux de cette approche, comme celui d'*équifinalité* par exemple (plusieurs façons d'atteindre un même but), ont été repris par les sociologues pour mieux comprendre le phénomène organisationnel. Plusieurs auteurs ont ainsi rejeté la vision "mécanique" des organisations et insisté sur le fait que les modes de fonctionnement peuvent varier en fonction de la nature de la tâche à accomplir, du niveau technologique requis, du degré de professionnalisation de la main-d'oeuvre et des contraintes et limites imposées par le contexte politique, économique et social de l'environnement macro dans lequel l'organisation évolue (Perrow 1967; Thompson, 1967; Crozier, 1964). De plus, les buts et objectifs des organisations, dans une perspective « système ouvert », sont relégués au second plan (Hall, 1967). Il n'y a donc pas de recette unique permettant de garantir le fonctionnement efficace d'une organisation. Les tenants de cette approche s'intéressent aussi aux relations d'interdépendance entre les organisations et leur environnement :

« (...) the organization must be conceived of as an open system which means that it is in constant interaction with its environment, taking in raw materials, people, energy and information, and transforming or converting these into products and service which are exported back into the environment. » (Schein, 1965 : 95)

À partir des écrits de Thompson (1967) et Crozier (1964), Haas & Drabeck (1973) soulignent que les organisations ont pour fonction, entre autres, de réduire l'incertitude pour les acteurs face à l'environnement :

« Because humans are presumably characterized by complex symbol manipulating skills, through which enhanced self-awareness is possible, human organizations can be viewed as efforts to cope with uncertainty. Uncertainty from within, but especially

from the environment, is assumed as a given. »
(Haas et Drabek, 1973 : 87).

Selon Scott (2003), on peut distinguer cinq *approches rationnelles* dans la perspective « système ouvert » : la théorie de la contingence (Lawrence & Lorsch, 1967), le modèle de la structure comparative (Woodward, 1965), la théorie de la rationalité limitée (March & Simon, 1958), l'analyse des coûts de transaction (Williamson, 1975) et la théorie de la création de la connaissance (Nonaka & Takeuchi, 1995).

La théorie de la contingence (Burns & Stalker, 1961; Lawrence & Lorsch, 1967; Thompson, 1967; Perrow, 1967) postule que la forme organisationnelle bureaucratique est plus pertinente lorsque l'environnement est stable, les tâches et l'utilisation de la technologie sont sous le signe de la routine et lorsque l'organisation compte sur une main-d'oeuvre composée essentiellement de non professionnels. À l'opposé, l'organisation devrait adopter une forme moins bureaucratique et moins centralisée lorsqu'elle évolue dans un environnement complexe et dynamique, que les tâches et l'utilisation de la technologie sont non routinières et qu'il y a un fort pourcentage de professionnels impliqués. Cette approche a permis de relativiser l'idée qu'il y avait une façon « idéale » de structurer les organisations. Nous retrouvons des constats similaires dans le modèle de la structure comparative de Woodward (1965). En effet, l'auteure montre l'importance des données contextuelles pour expliquer la structure de l'organisation. Plus spécifiquement, Woodward fut l'un des premiers chercheurs à souligner l'importance des techniques de production dans l'analyse des organisations.

Dans la théorie de la rationalité limitée (March & Simon, 1958), l'organisation est perçue comme un système formé de plusieurs unités décisionnelles, que ce soit des individus ou des entités plus larges (départements, etc.). Cette perspective permet d'introduire les concepts de décentralisation, délégation et spécialisation. Chaque unité base ses décisions à partir

d'informations partielles, d'où le concept de "rationalité limitée" (*bounded reality*). En conséquence, les acteurs organisationnels sont à la recherche, dans l'environnement, d'informations "satisfaisantes" mais ils ne peuvent prétendre pouvoir toujours trouver les solutions "optimales".

L'analyse des coûts de transaction de Williamson (1975) a pour principal objectif de montrer comment les frontières externes de l'organisation sont influencées par les coûts de transaction. C'est donc le niveau écologique qui prédomine mais la vision est indéniablement « rationnelle » puisque cette théorie présuppose que les acteurs ont des connaissances « précises » des « coûts » impliqués dans différents scénarios de production (fonctionnement à l'interne ou délégation vers l'interne).

Enfin, la théorie de la création des connaissances (Nonaka & Takeuchi, 1995) postule que la fonction première de l'entreprise est de créer un avantage concurrentiel basé sur le savoir collectif. La connaissance constitue donc un capital devenu incontournable qu'il est nécessaire de systématiser et de gérer à long terme. Cette théorie met ainsi l'accent sur les processus de création et d'utilisation des connaissances dans l'organisation.

La vision "naturelle" de l'organisation dans la perspective « système ouvert » se traduit par une ouverture jusqu'à maintenant inégalée aux multiples facteurs pouvant influencer les processus organisationnels. Au niveau sociopsychologique, le modèle du processus organisant présenté par Weick (1969) cible les processus cognitifs à l'œuvre dans la « création » et le développement de l'organisation. Il postule que, loin d'être rationnel, ces processus sont non linéaires et relèvent souvent d'une stratégie essai/erreur (contrairement à la perspective de Nonaka & Takeuchi, 1995). Les stimuli de l'environnement peuvent être interprétés différemment par chaque membre de l'organisation et le modèle de Weick s'attarde donc au phénomène collectif de

« construction » de sens permettant à l'organisation de survivre et de changer dans le temps.

Dans ses grandes lignes, l'approche des modèles sociotechniques postule qu'il faut une interface souple entre le capital humain et les moyens techniques utilisés par l'organisation. Plutôt que de favoriser des structures rigides et « contrôlantes », l'emphase est placée sur l'autonomie des groupes dans l'organisation et leur capacité de régulation interne. Selon Miller & Rice (1967), il faut que le regard stratégique des acteurs soit tourné simultanément vers l'intérieur et l'extérieur : comment adapter, à l'interne, la « machinerie » de l'organisation en fonction des contraintes et opportunités de l'environnement extérieur. Ces auteurs ont par ailleurs développé une typologie des contextes environnementaux en lien avec différentes formes organisationnelles, ce qui nous amène maintenant aux modèles organisationnels les plus « écologiques ».

Au niveau écologique, la théorie de la dépendance des ressources place, comme son nom l'indique bien, l'accent sur l'acquisition et le contrôle des ressources. On distingue deux niveaux d'analyse : 1- l'organisation qui négocie avec l'environnement extérieur pour acquérir les ressources nécessaires à sa survie/croissance; et 2- une lutte à l'interne entre les membres de l'organisation à propos du contrôle et de l'allocation de ces ressources. Cette approche assume que les gestionnaires ont le pouvoir d'influencer l'environnement extérieur de manière à réduire le plus possible la dépendance de l'organisation face à ce dernier. Le terme « influencer » veut aussi dire ici répondre adéquatement aux demandes provenant de l'extérieur :

« The effective organization, then, is the organization which satisfies the demands of those in its environment from whom it requires support for its continued existence. » (Pfeffer & Salancik, 1978 : 242)

La théorie de la dépendance des ressources peut compter sur de nombreux contributeurs (March & Olsen, 1976; Pfeffer & Salancik, 1978; Williamson, 1981).

Contrairement à l'approche précédente, la théorie écologique populationnelle postule que les acteurs ont peu d'influence sur l'environnement extérieur. C'est la loi du plus fort et sur une "population" d'organisations, seules les "formes" les plus fortes survivront (donc indépendamment de ce qui passe à l'interne). Le point à retenir est qu'il faut avoir une bonne lecture de l'environnement *au départ* parce que les organisations ont une faible capacité d'adaptation et de changement dans le temps (*structural inertia*). Sous la pression de nouvelles formes d'organisation mieux adaptée à l'environnement, les formes plus anciennes, étant nées dans un contexte différent, se retrouvent en position d'infériorité et sont condamnées à mourir. Cette approche se retrouve, notamment, dans les travaux de Hannan & Freeman (1967) et Aldrich (1979).

La théorie institutionnelle accorde une importance primordiale aux relations entre les organisations et leur environnement (Scott, 1983; DiMaggio & Powell, 1983). Les premières analyses institutionnelles ont mis l'accent sur les éléments « techniques », comme la technologie. Par contre, une nouvelle vague de penseurs de la théorie institutionnelle ont élargi le champ d'analyse en incluant les notions de symbolisme, croyances, valeurs et légitimité comme étant des « forces » capables d'influencer les structures organisationnelles (Scott, 2003). En effet, Scott & Meyer (1994) soulignent l'importance des mécanismes symboliques et culturels dans la naissance et la structuration des formes organisationnelles. Ils vont donc beaucoup plus loin dans la conceptualisation du rôle de l'environnement que ce que l'on retrouve dans la théorie de la dépendance des ressources, de la contingence structurelle et de la théorie écologique populationnelle. Dans ces théories, l'environnement occupe certes une place importante mais uniquement en termes de ressources matérielles :

« (...) the visible structures and routines that make up organizations are direct reflections and effects of rules and structures built into (or institutionalized within) wider environments. Organizations reflect patterns or templates established in a wider system. » (Scott & Meyer, 1994 : 2)

Certains auteurs parlent donc de la « nouvelle » théorie institutionnelle puisque le concept de rationalité y occupe une place moins centrale (Powell & DiMaggio, 1991). Cette approche a mené à l'émergence de nouveaux concepts pour l'analyse des organisations. Par exemple, Powell & DiMaggio désignent les organisations qui partagent un environnement commun comme faisant partie d'un même « champ organisationnel ».

Enfin, l'une des nouvelles approches développées selon une logique similaire est basée sur la notion de « configuration ». L'approche « configurationnelle », que Scott (2003) n'a pas considéré dans sa typologie, est définie de la manière suivante par Meyer, Tsui & Hinings (1993):

« (...) to denote any multidimensional constellation of conceptually distinct characteristics that commonly occur together. Numerous dimensions of environments, industries, technologies, strategies, structures, cultures, ideologies, groups, members, processes, practices, beliefs, and outcomes have been said to cluster into configurations, archetypes, or gestalts. » (Meyer, Tsui & Hinings, 1993 :1175)

Cette approche a comme finalité de développer des typologies et des taxonomies plus représentatives de la complexité des formes organisationnelles. Théoriquement, le nombre de catégories est infini mais empiriquement, selon Meyer, Tsui & Hinings (1993), le nombre de configurations (*patterns*) viables est limité :

« This patterning occurs because attributes are in fact interdependent and often can change only discretely or intermittently. The upshot is that just a fraction of the theoretically conceivable

configurations are viable and apt to be observed empirically. » (Myer, Tsui & Hinings, 1993 :1176)

L'approche « configurationnelle » postule qu'on ne peut "décontextualiser" les organisations, bref que les formes organisationnelles sont le résultat de forces endogènes et exogènes.

Les travaux de Crozier & Friedberg (1977) et Friedberg (1993) insistent également sur le fait que les frontières organisationnelles sont souvent floues. Pour Friedberg, il faut procéder à un déplacement de l'objet d'étude et cesser d'opposer « intérieur/extérieur » :

« Au lieu de s'interroger sur une organisation soumise aux influences de son environnement, il faut d'emblée chercher à comprendre les mécanismes de régulation qui gouvernent l'ensemble du système organisation/environnement et qui conditionnent les réponses que les membres de l'organisation comme les acteurs de l'environnement peuvent apporter aux contraintes et aux opportunités qu'ils perçoivent dans leur contexte commun d'action. » (Friedberg, 1993 : 93)

En résumé, chacune de ces approches comporte des limites (Haas & Drabek, 1973; Scott, 2003). La perspective système fermé implique la définition de buts clairs avec, ensuite, une adéquation parfaite entre les buts et les moyens. De plus, on présume que l'organisation évolue dans un environnement stable, presque statique, et que les gestionnaires en font une lecture parfaite leur permettant d'anticiper les fluctuations. Il s'agit d'un scénario utopique. La perspective système ouvert s'est solidement développée depuis les années 60 par le biais de plusieurs approches mais demeure, selon certains, encore difficilement opérationnelle dans le cadre d'études empiriques. En effet, en reconnaissant le rôle majeur joué par l'environnement et en s'intéressant autant au facteur « humain » dans les organisations (interactions), on multiplie les défis pour les chercheurs.

ET L'ACTEUR? ENTRE LES PÔLES VOLONTARISTES ET DÉTERMINISTES

Chacune des approches présentées plus haut véhicule une vision plus ou moins spécifique de l'acteur, de ses motivations et de ses comportements:

« (...) *any macrosociology rests on a microsociology, however tacit (...).* » (Powell & DiMaggio, 1991 : 16)

Certaines approches, surtout celles élaborées dans la perspective de l'organisation comme système fermé, ont considéré les relations de pouvoir de l'organisation vers les acteurs seulement, ces derniers ne faisant alors que réagir aux contraintes. Weber (1968) a cependant insisté sur le fait que les « institutions n'existent pas *per se* et se ramènent en dernière analyse au comportement de leurs agents; les règles et valeurs qui les organisent n'ont d'efficacité qu'à travers le sens qu'ils leur reconnaissent » (Berthelot, 2001 : 242). Mais dans l'ensemble, Weber a abordé l'action humaine surtout sous l'angle des déterminants structuraux. Ses travaux illustrent bien la perspective déterministe en sociologie puisqu'il accorde un poids important à l'environnement et aux structures.

Les travaux de Parsons (1937, 1951, 1960), qui ont inspiré les tenants du fonctionnalisme et structuro-fonctionnalisme qui se sont intéressés aux analyses organisationnelles, ont porté sur l'influence de la culture sur l'action humaine. Les acteurs poursuivent des intérêts multiples et font des choix, ce qui représente le côté « volontariste » de la théorie parsonienne, mais leurs actions demeurent essentiellement basées sur les valeurs dominantes de la société. Ces valeurs, selon Parsons, sont intériorisées par les acteurs mais l'action demeure « intentionnelle » puisque qu'elle a pour finalité d'obtenir des gratifications ou d'éviter des sanctions.

« Action remains rational in the sense that it comprises the quasi-intentional pursuit of gratification by reasoning humans who balance

complex and multifacted evaluative criteria. »
(Powell & DiMaggio, 1991 : 17)

La vision d'un acteur soumis à l'emprise des valeurs sociales est également présente dans la théorie de la contingence, la théorie des relations humaines et la théorie écologique populationnelle (Friedberg, 1993) :

« Celles-ci se sont affirmées contre la vision techniciste, mais elles voient dans les formes organisationnelles ou dans les modes de fonctionnement comme dans l'évolution des unes et des autres, soit l'incarnation sinon le reflet de contraintes et de routines culturelles, normatives et institutionnelles les dépassant, soit l'expression de lois d'imitation et de diffusion dont on ne précise pas vraiment la genèse ni les mécanismes d'influence, soit encore le produit de mécanismes impersonnels de domination sociale. » (Friedberg, 1993 : 194)

À l'opposé des approches déterministes, plusieurs courants théoriques en sociologie ont mis l'accent sur la capacité des acteurs d'agir indépendamment des structures sociales. Cette idée est présente notamment dans la théorie de l'agence, l'individualisme méthodologique, l'approche phénoménologique et l'ethnométhodologie. Dans les théories organisationnelles, cette idée correspond à ce que Astley & Van de Ven (1983) appellent une approche « volontariste » :

« Seen from the voluntaristic orientation, individuals and their created institutions are autonomous, proactive, self-directing agents; individuals are seen as the basic unit of analysis and source of change in organizational life. »
(Astley & Van de Ven, 1983 : 247)

Les théoriciens de la planification stratégique et de la dépendance aux ressources soutiennent, par exemple, que l'environnement peut être « manipulé » par les gestionnaires.

« Managers are regarded as performing a proactive role; their choices are viewed as autonomous, and their acts are as energizing forces that shape the organizational world. » (Astley et Van de Ven, 1983 : 249)

Dans les théories organisationnelles contemporaines, la tendance est maintenant de combiner les perspectives volontaristes et déterministes. En effet, selon Berthelot (2001), il faut absolument cesser d'opposer culturalisme (structuralisme, fonctionnalisme) et individualisme (individualisme méthodologique) dans les sciences sociales :

« (...) chacune de ces grandes oppositions peut prétendre au statut de principe de réduction ultime (...) — par croisement deux à deux — on aboutit toujours soit à laisser un résidu important, soit à faire entrer de force un élément de l'univers décrit dans une catégorie qui ne lui correspond pas. » (Berthelot, 2001 : 247-248)

Il existe des approches qui ont tenté de jumeler ces deux « doctrines ». C'est le cas, par exemple, des chercheurs associés à l'analyse institutionnelle (Scott et Meyer, 1994) et à l'analyse organisationnelle (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1993).

L'analyse institutionnelle cherche à s'éloigner de la conception *parsonnienne* de l'action en insistant davantage sur l'importance du contexte social:

« Most social theory takes actors (from individuals to states) and their actions as real, a priori, elements of modern social processes and institutional forms. We see the "existence" and characteristics of actors as socially constructed and highly problematic, and action as the enactment of broad institutional scripts rather than a matter of internally generated and autonomous choice, motivation, and purpose. » (Meyer, Boli & Thomas, 1987 : 14)

Powell & DiMaggio (1991) présentent, dans un ouvrage sur la nouvelle analyse institutionnelle, les éléments d'une théorie pratique de l'action qui s'inspire fortement, au départ, de la phénoménologie et de l'ethnométhodologie. En effet, ces auteurs proposent un tournant « cognitif » en insistant sur la conscience et les connaissances « pratiques » des acteurs. Ils puisent dans les travaux de Goffman (1967) et de Giddens (1984) pour souligner l'importance des routines et de la sécurité ontologique. Les travaux de Bourdieu (1980) sont également mis à contribution avec le concept d'*habitus* en tant que médiateur entre les structures sociales et les schèmes mentaux. L'*habitus* de classe est transposé, dans l'analyse institutionnelle, aux secteurs ou champs organisationnels :

« Indeed, it is an emphasis on such standardized cultural forms as accounts, typifications, and cognitive models that leads neoinstitutionalists to find environment at the level of industries, professions, and nation-states rather than in the old local communities that the old institutionalists studied (...) » (Powell & DiMaggio, 1991 : 27)

Dans la théorie pratique de l'action, l'acteur organisationnel a donc une liberté en partie conditionnée par un inconscient à la fois personnel et collectif.

Dans l'analyse organisationnelle, Friedberg (1993) tente également de trouver un juste milieu entre le poids des structures et l'intentionnalité des acteurs :

« En un mot, nous n'avons affaire ni à des surhommes hyperrationnels et souverains, ni à des éponges qui absorbent les normes extérieures, ni à de simples supports de structures (...) On est donc devant un être actif, qui n'absorbe pas passivement le contexte qui l'entoure, mais qui le structure à son tour, un être actif qui, tout en s'adaptant aux règles du jeu de son contexte d'action, les modifie à son tour par son action. » (Friedberg, 1993 : 197-198)

Friedberg, tout comme Weick (1969), affirme qu'il faut accepter une vision moins intentionnelle et linéaire de l'action humaine. Les individus, note Friedberg (p. 53), n'ont que très rarement des préférences et des objectifs clairs. Par exemple, le concept de rationalité limitée (*bounded rationality*), développé par March & Simon, (1958) mais abondamment repris par Crozier et Friedberg (1977), est un concept-clé de l'analyse organisationnelle :

« (...) aucun décideur n'est capable d'optimiser ses solutions, la complexité des processus mentaux impliqués par toute véritable optimisation dépassant, et de beaucoup, les capacités de traitements des informations et de raisonnement de l'être humain (...) le décideur n'optimise ni ne maximise, il se contente d'une solution satisfaisante. » (Friedberg, 1993 : 45)

Selon Friedberg, chaque décision d'un acteur doit être replacée et étudiée dans son contexte d'action :

« Au lieu de critiquer les décideurs de ne pas se comporter selon les canons du modèle classique et de chercher à les amener à s'y conformer davantage, il faut étudier et comprendre leur comportement comme une adaptation active et raisonnable à un ensemble de contraintes et d'opportunités perçues dans leur contexte d'action. » (Friedberg, 1993 : 46)

Pour Friedberg, l'organisation doit être considérée d'abord et avant tout comme un contexte d'action pour un ensemble d'acteurs en position d'interdépendance stratégique (Friedberg, 1993). Cette définition se rapproche de celle présentée dans le modèle systémique en théorie des organisations (Etzioni, 1969). L'analyse organisationnelle s'intéresse aussi, bien sûr, aux interactions entre les acteurs et accorde une place importante à la capacité de ces derniers d'influencer leur contexte d'action.

La théorie « interactionniste », qui prend racine davantage du côté de la psychologie organisationnelle que la sociologie des organisations, reprend aussi l'idée que les comportements sont le résultat de forces individuelles et collectives tout en reconnaissant une relation d'influence réciproque entre les acteurs et l'organisation (Schneider, 1990; Chatman, 1989). Cette théorie se veut donc un compromis entre les tenants de l'approche « individuelle » (Staw, 1980) et ceux de l'approche « situationnelle » (Pfeffer & Salancik, 1978). En résumé, l'approche « individuelle » amènerait un gestionnaire à recruter des employés qui, au départ, ont un profil qui correspond le plus possible aux valeurs et normes en vigueur dans l'organisation. À l'opposé, avec l'approche « situationnelle », le gestionnaire doit placer ses énergies à bâtir un environnement qui contribuera à amener des individus avec des profils différents vers des valeurs et des normes communes (socialisation par une forte culture organisationnelle). L'un des points-clé de cette théorie est l'importance accordée au processus de sélection réciproque organisation versus acteurs :

« (...) there is evidence that people actively choose their situations (...) In fact, the tendencies exist for people both to choose situations and to perform best in situations that are most compatible to themselves (...) Person-organization fit is defined here as the congruence between the norms and values of organizations and values of persons. » (Chatman, 1989 : 337)

La théorie «interactionniste» postule cependant que le changement (influence des acteurs sur l'organisation) n'est possible que lorsqu'il y a, au départ, un écart trop grand entre les valeurs des individus et celles de l'organisation :

« (...) when a mismatch occurs, for example, when a cooperative organization hires a competitive person, the organization may change over time- in this case, a norm for competition may begin to overshadow the previous norm for cooperation. » (Chatman, 1989 : 334)

La théorie interactionniste ne fournit toutefois pas d'explications satisfaisantes quant à l'influence des structures sociales sur les individus et les organisations.

CONCLUSION : CHOIX DU CADRE THÉORIQUE

Les perspectives et concepts présentés plus haut sont pertinents pour mieux comprendre l'influence des contextes d'action sur les médecins généralistes. Par exemple, le contexte d'action doit impérativement se rapporter autant à l'environnement qu'à l'organisation. Le médecin apparaît également comme un acteur avec des motivations inconscientes, une rationalité limitée et qui choisit son lieu de travail en fonction des contraintes et opportunités perçues. Nous sommes ainsi confrontés, dans notre étude, au défi d'articuler de manière cohérente le niveau sociopsychologique, le niveau organisationnel et le niveau écologique. À notre avis, la théorie de la structuration, développée par Giddens (1984), est celle qui permet le mieux de relever ce défi en lien avec notre problématique. La théorie de la structuration offre en effet une grille d'analyse plus nuancée sur les déterminants de l'action comparativement à ce que l'on retrouve, par exemple, avec le fonctionnalisme (primauté des structures) ou l'individualisme méthodologique (primauté de l'acteur). Dans un premier temps, l'importance qu'accorde Giddens (1984) à l'anxiété et l'estime de soi pour mieux comprendre le déroulement des activités quotidiennes permet de relativiser la notion de « rationalité ». L'acteur, sans être un « idiot » culturel, n'a pas toujours pleinement conscience des conditions et conséquences de ses actions. Dans un deuxième temps, Giddens (1984) adopte une vision compréhensive du concept de « structure » en le définissant comme un ensemble de règles et de ressources servant de conditions à l'action. Enfin, l'élément central des travaux de Giddens (1984) réside dans sa conception des structures non pas uniquement comme condition mais également comme résultat de l'action. Les acteurs, en utilisant des règles et des ressources, contribuent ainsi, consciemment ou non, à la (re)production du structurel. Comme nous le verrons plus en détail dans le

chapitre suivant, ces différentes notions de la théorie de la structuration offrent, à notre avis, des opportunités intéressantes pour mieux comprendre la pratique des médecins généralistes.

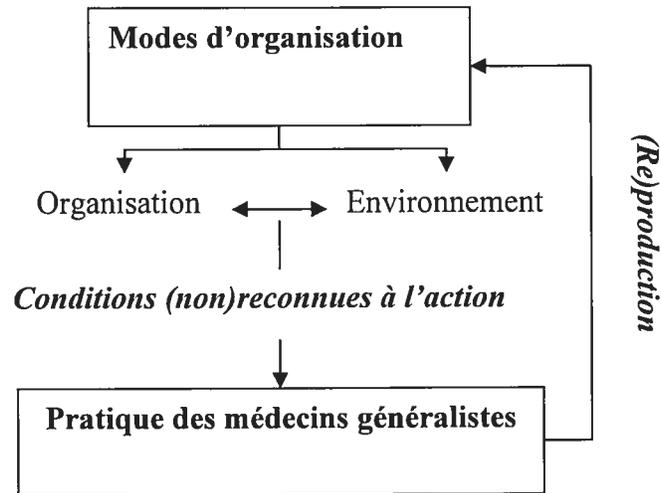
CADRE THÉORIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

COMMENT APPRÉHENDER LES MODES D'ORGANISATION?

L'objectif général de cette étude est de mieux comprendre comment les modes d'organisation influencent les médecins généralistes. Nous adoptons dans cette étude une approche holistique en définissant un mode d'organisation comme la combinaison d'attributs reliés, d'une part, à l'organisation et, d'autre part, au contexte dans lequel celle-ci évolue. Pour utiliser les termes de Meyers, Hinning et Tsui (1993), un mode d'organisation représente une « configuration » d'attributs de l'organisation et de son environnement.

D'un point de vue théorique, les modes d'organisation représentent le concept de « structure ». Dans cette thèse, nous adoptons la définition qu'en donne Giddens (1984), soit la « structure » en tant qu'un ensemble de règles et de ressources nécessaires à l'action. La figure 1 montre qu'un mode d'organisation désigne donc un ensemble de règles et de ressources provenant de l'organisation et de son environnement. Ces règles et ces ressources font partie des conditions (non)reconnues à la pratique des médecins généralistes. Toutefois, selon Giddens (1984), les structures n'existent pas *en dehors* des acteurs, elles sont en fait produites et reproduites par les actions de ces derniers. À travers leurs actions, les médecins généralistes contribuent ainsi, consciemment ou non, à la (re)production des modes d'organisation. La figure 1 permet donc d'illustrer sommairement notre conception de la relation entre les structures et les acteurs en lien avec notre objet d'étude.

Figure 1 : Articulation des concepts :les modes d'organisation et la pratique des médecins généralistes



Avec une telle conception de la relation acteur/structure, cette recherche se situe implicitement dans le paradigme *interprétativiste* (Creswell, 1994 ; Denzin & Lincoln, 1994). Le paradigme « interprétativiste » prend comme position de départ que la réalité sociale est en partie *construite* et qu'il est donc essentiel de comprendre les interprétations et représentations des acteurs (Delanty & Strydom, 2003). Il existe cependant plusieurs positionnements et zones grises épistémologiques à l'intérieur de ce paradigme (Delanty & Strydom, 2003). Cette affirmation nous conduit à présenter de façon très succincte notre position épistémologique à l'égard des deux points suivants : 1- la conception de la réalité; et 2- les façons de l'appréhender.

Dans cette étude, nous rejetons les points de vue philosophiques du réalisme « naïf » et de l'idéalisme « pur » qui consiste à voir respectivement le monde soit comme existant de façon complètement indépendante de l'individu (et de son esprit) ou soit comme étant une création de l'esprit (Delanty & Strydom, 2003). Notre position dans cette thèse peut être qualifiée de réalisme « subtil » ou

de réalisme « critique »²³ (Seale, 1999; Mays & Pope, 2000; Bashkar, 1979), c'est-à-dire que nous souscrivons à l'idée qu'il existe un monde « vrai » et « étudiable » mais qui peut toutefois être appréhendé de différentes façons. Giddens (2001), par exemple, admet, comme Popper (1972), l'existence d'une vérité « objective » (Bryant & Jary, 2001) mais pour lui l'appréhension de la réalité demeure une entreprise « subjective ». Le fait d'accorder de l'importance à la perception de la réalité n'implique pas nécessairement de tomber dans une position de relativisme total où chaque point de vue s'équivaut :

« (...) although we always perceive the world from a particular viewpoint, the world acts back in us to constrain the points of view that are possible. »
(Seale, 1999 : 26)

Bref, certains points de vue sont plus plausibles que d'autres (Seale, 1999) et notre démarche de recherche s'appuie donc sur les prémisses suivantes : 1- la réalité ne peut pas être étudiée de manière totalement « objective » comme le prétendent les penseurs rattachés au paradigme positiviste. Il apparaît ainsi inutile d'opposer « objectivité » et « subjectivité » (Pozzebon, 2004) et 2- l'étude des points de vue des acteurs (perspective *émique*) est une façon légitime d'appréhender la réalité sociale. À l'intérieur du paradigme « interprétativiste », il apparaît ainsi primordial de s'intéresser, comme le fait Giddens (1984), à l'acteur et à ses motivations à travers le concept de réflexivité.

LA CONCEPTION DE L'ACTEUR DANS LA THÉORIE DE LA STRUCTURATION

Aux yeux de Giddens (1984), tout acteur est un sociologue « expert ». Par cette image, il cherche à illustrer que l'acteur a des compétences sociales et qu'il est capable de comprendre et d'expliquer ses actions. L'acteur, pour Giddens, est donc un sujet réflexif. La réflexivité de l'acteur n'opère que partiellement au

²³ La position de Bashkar (1979), également connue sous le nom de « réalisme critique transcendantal », est qu'il faut distinguer le monde « intransitif » (naturel et qui change peu) du monde « transitif » (qui est social, historique et dynamique).

niveau discursif mais largement au niveau pratique. Selon Giddens, il faut donc distinguer chez les acteurs deux niveaux de conscience : discursive et pratique. La conscience discursive représente ce que les acteurs ont à dire à propos de leurs intentions et du contexte de leurs actions ou de celles d'autres acteurs. La conscience pratique, ou le « préconscient », se définit comme la capacité des acteurs à enregistrer les stimuli de l'extérieur pour les relier à leurs activités, sans toutefois pouvoir l'expliquer de façon discursive. Enfin, Giddens utilise également le concept « d'inconscience » lorsqu'il discute des motivations à l'action. Il définit l'inconscient de la manière suivante :

« The unconscious includes those forms of cognition and impulsion which are either wholly repressed from consciousness or appear in consciousness only in a distorted form. » (Giddens, 1984: 4-5)

Giddens se distancie toutefois des interprétations freudiennes de l'inconscient et insiste sur la capacité des acteurs à réfléchir sur leurs conduites. Dans cette perspective, l'inconscient, selon Giddens, opère essentiellement au niveau des routines de la vie sociale. Les motivations à l'action sont donc ancrées dans les routines et sont associées à la sécurité ontologique. Le concept de sécurité ontologique fait référence à un besoin de sécurité ainsi qu'à la satisfaction tirée par les acteurs dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Cette satisfaction est indispensable au développement de l'estime de soi. Les routines facilitent le développement d'un sentiment de confiance :

« Ordinary day-to-day life- in greater or less degree according to context and the vagaries of individual personality- involves an ontological security expressing an autonomy of bodily control within predictable routines (...) Routine, psychologically linked to the minimizing of unconscious sources of anxiety, is the predominant form of day-to-day social activity (...) In the enactment of routines agents sustain a sense of ontological security. » (Giddens, 1984 : 50 et 282).

Pour Giddens, la vie quotidienne est donc un flot continu d'actes intentionnels mais qui prennent racine dans l'inconscient et la conscience pratique des acteurs. Par contre, les actes intentionnels peuvent avoir des conséquences qui ne le sont pas et qui deviennent à leur tour des conditions non reconnues à une action subséquente. La connaissance de l'acteur du contexte et des conséquences de ses actions est donc limitée :

« The knowledgeability of human actors is always bounded on the one hand by the unconscious and on the other by unacknowledged conditions/unintended consequences of action. » (Giddens, 1984 : 282)

Selon Giddens, il existe ainsi des conditions et résultats à l'action dont l'acteur n'a pas toujours pleinement conscience et qu'il ne peut contrôler. Giddens parle ici des « circonstances de l'action » :

« All action occurs in contexts that, for any given social actor, include many elements which that actor neither helped to bring into being nor has any significant control over. » (Giddens, 1984:346)

L'effet contraignant des structures est justement de limiter « l'éventail d'options dont dispose un acteur ou un ensemble d'acteurs, dans un contexte donné ou dans un type de contexte » (pp. 176-177). Cela n'équivaut pas à dire que l'acteur, parce qu'il est soumis à des contraintes structurelles, est dénué de pouvoir. Le pouvoir n'est pas une ressource mais plutôt une caractéristique intrinsèque à toute action :

« Actions depends upon the capability of the individual to 'make a difference' to a pre-existing state of affairs or course of events. An agent ceases to be such if he or she loses the capability to 'make a difference', that is, to exercise some form of power (...) action logically involves power in the sense of transformative capacity. » (Giddens, 1984 : 14-15)

Giddens ne nie pas que certains acteurs aient plus de pouvoir que d'autres. Il insiste par contre sur le fait que les acteurs avec moins de pouvoir peuvent toujours utiliser les ressources de manière à influencer les acteurs qui détiennent plus de pouvoir. C'est ce que Giddens appelle la dialectique du contrôle. C'est également par l'action que les structures sont (re)produites.

LA DUALITÉ DES STRUCTURES

Les contraintes et opportunités des contextes d'action pour les acteurs s'expriment à travers différentes dimensions structurelles. Selon Giddens, le structurel est composé d'un ensemble de règles et de ressources qui servent de médium à l'action. C'est le fait, pour les acteurs, d'utiliser ces règles et ces ressources qui permet la (re)production des systèmes sociaux. Pour Giddens, la structure est donc à la fois la condition et le résultat de l'action, ce qu'il appelle la dualité des structures.

Les ressources sont de deux types : 1- des ressources d'allocation, en référence aux ressources matérielles nécessaires à l'activité humaine; et 2- des ressources d'autorité qui découle des interactions sociales en lien avec cette activité. Pour les règles qui viennent encadrer l'utilisation et la répartition des ressources, il faut distinguer deux aspects²⁴ : elles peuvent être constitutives (reliées à la notion de *sens* dans un groupe donné et à un moment donné) ou normatives (reliées à la notion de *sanctions* : droits et obligations pour les acteurs). Les règles constitutives, que l'on peut lier au concept de *signification* de Giddens, sont impliquées dans toutes les formes d'interactions entre les acteurs. En effet, les acteurs communiquent par le biais de schèmes d'interprétation. Ces schèmes sont les modes de représentation et de classification qui sont inhérents aux réservoirs de connaissance des acteurs et que ceux-ci utilisent de façon réflexive dans leurs communications (Giddens, 1984 : 29).

²⁴ Giddens refuse de parler de deux « types » de règles (p.18)

Les règles normatives sont liées au concept de *légitimation* et désignent les normes de conduites sociales. Pour faire respecter ces normes, il faut nécessairement du pouvoir (domination). Selon Giddens (1984), le pouvoir est toutefois présent autant du côté des structures que des acteurs puisqu'il présuppose des relations régularisées d'autonomie et de dépendance entre des acteurs ou des collectivités dans des contextes d'interaction :

« (...) domination- as I conceive it- is the very condition of existence of codes of signification. Domination and 'power' cannot be thought of only in terms of asymmetries of distribution but have to be recognized as inherent in social association (or, I would say, in human action as such). » (Giddens, 1984 : 31-32).

En contexte de coprésence, les acteurs (re)produisent ces trois aspects fondamentaux propres à toute interaction sociale : le sens, les normes et le pouvoir. Les modalités de coprésence peuvent cependant être différentes selon les contextes d'action en fonction de la façon dont le temps et l'espace sont divisés et utilisés par les acteurs. Giddens (1984) utilise le concept de *régionalisation* pour désigner ce phénomène. La coprésence est également associée à la disponibilité des acteurs face à l'interaction (*presence-availability*) :

« Regionalization should be understood not merely as localization in space but as referring to the zoning of time-space in relation to routinized social practices (...) The 'being together' of co-presence demands means whereby actors are able to 'come together'. » (Giddens: 1984 : 119)

La réciprocité des acteurs en contexte de coprésence représente ce que Giddens appelle l'intégration sociale. Par contre, la réciprocité entre acteurs peut également avoir lieu en dehors des conditions de coprésence, un phénomène que Giddens désigne par le concept d'« intégration systémique ». Il faut également noter que Giddens emploie, tout comme Goffman (1972), une définition élastique du concept de coprésence. En effet, les moyens de communication modernes

(téléphone, internet, etc.) permettent de nouvelles formes de coprésence. De plus, le seul fait pour l'acteur de percevoir qu'il est perçu peut également être interprété comme une modalité de coprésence.

Giddens (1984) a développé ces différents concepts avec la certitude qu'ils pouvaient être utiles pour analyser empiriquement les phénomènes sociaux. Il fut toutefois critiqué pour le peu de support empirique fourni dans ses propres travaux (Gregson, 1989). Giddens a répondu à ses critiques en mentionnant que les recherches sur les pratiques sociales sont trop souvent dominées par des considérations techniques. La théorie de la structuration est utile ne serait-ce qu'en « sensibilisant » le chercheur à certains aspects de la relation structures/acteurs qui, autrement, auraient été ignorés (Giddens, 1989).

LA THÉORIE DE LA STRUCTURATION DANS UNE PERSPECTIVE « MICRO »

Nous avons retenu de la littérature quatre études ayant utilisé la théorie de la structuration en lien avec une problématique davantage « micro » que « macro ». Nous avons choisi de les présenter dans cette section parce qu'elles touchent directement la théorie de la structuration mais dans des domaines de recherche autres que celui de l'organisation des services de première ligne. Deux de ces études ont ciblé la technologie comme objet d'étude (Orlikowski, 1992; Lehoux et al., 2002) alors que les deux autres relèvent du domaine de la gestion (Rouleau, 1995; Autissier, 1998).

Dans l'étude de Lehoux et al. (2002), la théorie de la structuration a été utilisée pour cerner comment des médecins spécialistes travaillant en milieu hospitalier ont intégré la télémédecine dans leurs routines cliniques. Les concepts de Giddens ont permis de mettre en lumière les contraintes et opportunités perçues de cette nouvelle technologie. L'étude d'Orlikowski (1992) porte également sur la technologie en tant que « ressource » et l'auteur élabore sur les mécanismes de (re)production des structures organisationnelles. Orlikowski

définit entre autres la notion de normes dans les organisations en lien avec le concept de coprésence :

« Interaction in organizations does not occur blindly but is guided by the application of normative sanctions, expressed through the cultural norms prevailing in an organization. From the perspective of institutional properties, however, norms constitute organizational structures of legitimation. » (Orlikowski, 1992 : 405)

L'étude d'Autissier (1998) a confronté les concepts de la théorie de la structuration avec l'étude empirique d'actions de contrôle dans les organisations. L'auteur différencie trois fonctions du contrôle : la fonction de changement, la fonction de médiation et la fonction d'apprentissage par incohérence. Autissier démontre que le contrôle participe à la relation de récursivité entre l'action et la structure. Par exemple, à propos du changement il note :

« Le contrôle n'accompagne pas le changement, il est le changement. C'est une boucle d'expérimentation qui donne les moyens au domaine contrôlé de se constituer un portefeuille de réponses pour la production et la reproduction des systèmes sociaux dans les interactions de l'action. » (Autissier, 1998 : 58)

Enfin, la thèse de doctorat de Rouleau (1995) prend la notion de « stratégie », en gestion, comme objet sociologiquement construit. La théorie de la structuration a été utilisée pour représenter la stratégie comme une boucle d'interaction. Le cadre théorique proposé est formé de trois composantes qui illustrent les différents niveaux d'analyse : les pratiques discursives (acteurs), les règles organisationnelles (organisation) et les cadres institutionnels (société).

En présentant brièvement ces quelques études, notre objectif était simplement d'illustrer les potentialités d'application de la théorie de la structuration à diverses problématiques nécessitant une observation empirique.

Les auteurs retenus ont tous fait un choix quant aux concepts à retenir pour appréhender leur objet d'étude. Les choix effectués dans le cadre de cette étude sont l'objet de la prochaine section.

LA THÉORIE DE LA STRUCTURATION APPLIQUÉE À NOTRE OBJET D'ÉTUDE

Dans cette section, nous présentons les éléments et concepts de la théorie de la structuration qui nous apparaissent les plus utiles en lien avec notre problématique. Notre utilisation de la théorie de la structuration est donc « limitée ». La formulation du cadre conceptuel débouche sur la formulation de nos questions de recherche.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, LA SÉCURITÉ ONTOLOGIQUE ET LES MOTIVATIONS À L'ACTION

La première ligne se distingue des autres niveaux de soins par la grande diversité des problèmes de santé rencontrés. L'incertitude médicale y est très présente (Starfield, 1998) et le processus de routinisation des activités y apparaît très différent de celui d'un médecin spécialiste. Les médecins généralistes doivent donc développer un sentiment de confiance dans le cadre de leurs activités quotidiennes malgré un degré d'incertitude élevé. Le concept de sécurité ontologique fait également référence, comme nous l'avons vu, à un attachement, une satisfaction tirée par les acteurs dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Selon la personnalité de chacun, cette satisfaction peut prendre différentes formes et nous chercherons à les identifier à partir du discours des médecins. Les motivations à l'action étant conscientes et inconscientes, nous pouvons imaginer que la poursuite d'intérêts multiples peut entraîner des tensions chez les médecins généralistes autant en ce qui concerne les décisions à court terme (actes cliniques) que les décisions à long terme (choix du ou des milieux de pratique). Par ailleurs, les actes intentionnels d'un médecin généraliste peuvent avoir des conséquences non prévues au départ et qui affecteront ses actions

subséquentes. L'autonomie professionnelle est également liée au degré de contrôle que possèdent les médecins face aux décisions à court et long termes.

LE CARACTÈRE CONTRAIGNANT ET HABILITANT DES MODES D'ORGANISATION

Les contraintes et opportunités perçues des modes d'organisation sont des thèmes majeurs dans cette étude. Les deux éléments clés de la théorie de la structuration permettant de caractériser les modes d'organisation sont 1) les règles et ressources et 2) les modalités de coprésence.

L'univers des règles et ressources en situation de coprésence

Les définitions que donne Giddens (1984) des « règles » et de « ressources » ont été décrites par certains de ses critiques comme les concepts les plus flous de la théorie de la structuration (Archer, 1988; Thompson, 1989; Sewell, 1992). Dans cette section, il nous faut donc adopter une approche exploratoire pour opérationnaliser ces concepts en lien avec notre problème de recherche.

D'abord, nous concevons le mode de rémunération à la fois comme une ressource et un ensemble de règles. Il s'agit d'une condition reconnue à l'action mais qui est soumise à des codes et règles qui contraignent ou encouragent certaines actions plutôt que d'autres. La valeur financière accordée aux consultations, aux actes, au temps non clinique, à la disponibilité (face aux patients et collègues) et à la responsabilité du médecin (*accountability*) fournit un contexte à l'action qui peut être associé aux dimensions de signification, légitimation et domination telles que définies dans la théorie de la structuration. Les ententes de rémunération peuvent être vues comme une forme d'intégration systémique.

L'organisation, en tant que contexte immédiat d'action, est composée de règles et de normes qui sont constamment (re)produites par les acteurs en situation de coprésence. Les modalités de coprésence incluent les contacts directs (rencontres, téléphones, etc.) et indirects (la circulation des dossiers d'un professionnel à l'autre). C'est en partie à ce niveau que sont définies les pratiques professionnelles « appropriées » et la culture organisationnelle²⁵ en lien avec le phénomène de légitimation. La notion de pouvoir, vu comme la capacité d'influencer les autres, s'applique bien également aux dynamiques de groupe dans l'organisation. Les relations entre les acteurs peuvent transformer ce que Giddens (1984) appelle le « réservoir de connaissances » des individus, ce qui illustre l'une des propriétés « habilitantes » des structures. Par exemple, les relations avec d'autres professionnels de la santé peuvent influencer la philosophie de soins des médecins (ex. : la composante psychosociale). Il s'agit clairement, à notre avis, de différentes manifestations d'intégration sociale.

Les modalités de coprésence incluent aussi, bien sûr, les relations patients/médecins. Nous y voyons l'opportunité d'explorer, à travers la conscience discursive des médecins, les concepts de signification, de régionalisation et de dialectique du contrôle.

Les autres « ressources » médicales dans l'environnement (qu'il s'agisse de ressources humaines ou matérielles, comme par exemple le nombre de médecins sur le territoire ou le niveau de technologie disponible) font aussi partie du contexte d'action d'un médecin généraliste. Nous croyons que les interactions entre le médecin/organisation et les ressources dans l'environnement sont susceptibles d'être l'objet de règles, tacites ou explicites, et de relations d'influence lorsqu'il s'agit d'acteurs (ex. : avec les spécialistes). Nous y voyons

²⁵ Il existe plusieurs définitions du concept de « culture organisationnelle » dans la littérature (Pfeffer, 1997). Nous retenons dans cette thèse les définitions présentant la culture organisationnelle comme un ensemble de croyances et de valeurs que partagent les membres d'une organisation (Scott, 2003). La culture organisationnelle apparaît ainsi comme un mécanisme intégrateur susceptible d'influencer les comportements individuels. La culture organisationnelle ne se (trans)forme toutefois pas en vase clos et nous considérons que les processus d'intégration « sociale » et d'intégration « systémique » sont en constante interaction.

aussi une autre occasion d'explorer le concept d'intégration sociale. En effet, les médecins, lorsqu'ils réfèrent un patient, soumettent en quelque sorte leurs compétences au regard évaluatif d'un acteur extérieur. Ce jeu de perceptions peut influencer l'action.

À l'intérieur de chaque organisation, il existe des ressources que l'on peut décrire comme servant de « support » à la pratique médicale de première ligne. Ces ressources peuvent inclure : le personnel de soutien, laboratoires, les autres professionnels de la santé, etc. L'utilisation de ces ressources est soumise à des normes et règles organisationnelles.

Dans un contexte qui déborde les organisations, tous les médecins font partie du secteur public et ont un minimum de "savoirs communs", via le Collège des Médecins du Québec, le Collège des Médecins de Famille du Canada et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces « savoirs » portent sur les pratiques mais aussi sur les rôles et responsabilités des généralistes dans le système de santé. Le système professionnel apparaît donc comme une source importante de légitimation et d'influence sur la pratique des médecins. Il pose également la relation entre agent/organisation/système. Ces perceptions sont importantes puisqu'elles donnent un sens aux actions tout en exprimant en quelque sorte les normes à partir desquelles les acteurs vont juger leurs actions et celles de leurs pairs. On ne peut comprendre l'influence de l'environnement sans d'abord comprendre comment les acteurs le perçoivent. Encore ici, nous voyons une opportunité d'utiliser le concept d'intégration systémique.

Le tableau 1 présente sommairement les éléments de la théorie de la structuration que nous avons retenus et les liens qui nous apparaissent, a priori, pouvoir être établi avec notre objet d'étude.

Tableau 1 : Opérationnalisation des concepts

Concepts de la théorie de la structuration	Éléments de l'objet d'étude
<p><i>Niveau d'analyse : médecin généraliste</i></p> <p><i>Sécurité ontologique</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tolérance face à l'incertitude dans l'accomplissement des activités quotidiennes • Satisfaction et valorisation personnelle et professionnelle
<p><i>Niveau d'analyse : processus organisationnel</i></p> <p><i>Intégration sociale, coprésence règles, ressources, signification, légitimation, domination</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Intégration sociale</u> : Réciprocité entre médecins (et autres membres de l'organisation) en situation de coprésence. Contacts directs et indirects (dossiers médicaux par exemple) • Règles formelles et tacites • Expertise et connaissances des membres de l'organisation (ressources) • Personnel de soutien • Normes de pratique • Valeurs et philosophie de soins
<p><i>Niveau d'analyse : environnement</i></p> <p><i>Intégration systémique, règles, ressources, coprésence, signification, légitimation, domination</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Intégration systémique</u> : Degré avec lequel les médecins orientent leurs pratiques en fonction des besoins de la collectivité et comment ils ont « institué » les valeurs et les fonctions de la médecine familiale à l'intérieur d'un système de soins universel et public. • Mode de rémunération (ressources et règles) • Relation patient/médecin • Caractéristiques de la population • Système professionnel (règles, normes) • Société/tendances sociales (règles, normes) • Autres professionnels de la santé disponibles dans l'environnement • Technologie et ressources matérielles disponibles dans l'environnement.

LES QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude, comme nous l'avons mentionné précédemment, est de mieux comprendre comment les modes d'organisation influencent les médecins généralistes. Plus spécifiquement, le cadre conceptuel présenté dans cette section doit nous servir de guide pour explorer les questions suivantes :

(Article 1)

- Quels sont les effets des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes?

(Article 2)

- Comment les attributs des organisations et de l'environnement influencent-ils les modalités d'intégration sociale et systémique des médecins généralistes?

- Comment ces modalités d'intégration influencent-elles le degré d'homogénéité des pratiques médicales dans les organisations?

(Article 3)

- Quels sont les critères utilisés par les médecins généralistes pour choisir leur(s) milieu(x) de travail?

- Quels sont les avantages perçus de la multi-affiliation organisationnelle comparativement à l'affiliation unique?

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

UNE STRATÉGIE DE RECHERCHE MIXTE : ÉTUDE DE CAS ET ETHNOMÉTHODOLOGIE

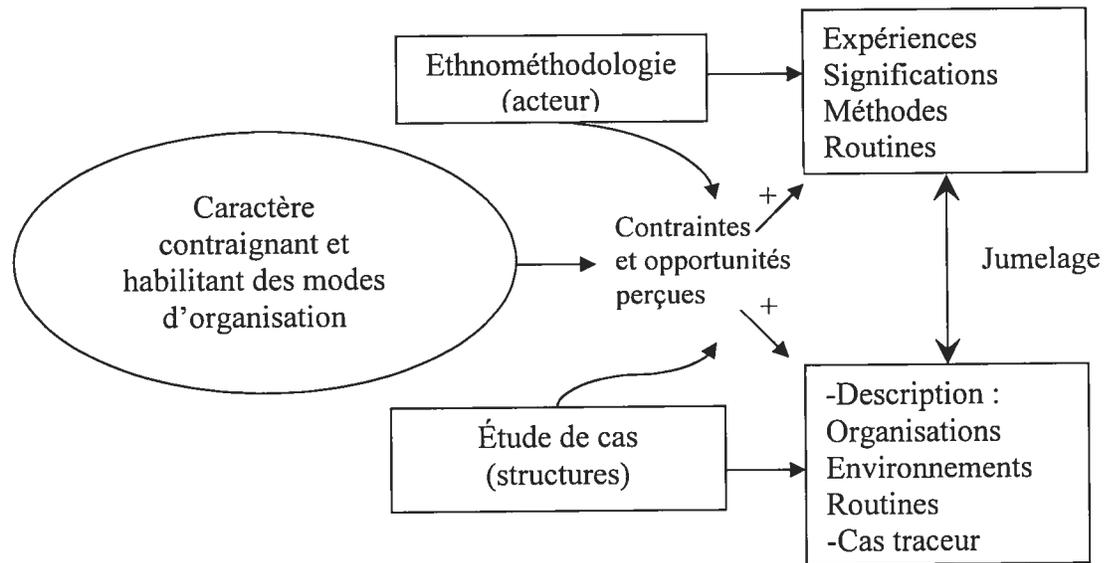
Pour atteindre notre objectif général et répondre à nos questions de recherche, nous avons choisi de combiner deux stratégies de recherche : l'étude de cas et l'ethnométhodologie. Notre protocole de départ était bâti autour d'une étude multicas prenant l'organisation comme unité d'analyse principale et le médecin comme unité d'analyse imbriquée. En précisant les éléments théoriques de la thèse, notamment la nécessité de considérer plusieurs niveaux d'analyse (acteur/ organisation/ environnement), nous avons conclu que l'étude de la *praxis* des médecins généralistes serait mieux servie par une stratégie de recherche hybride. L'ethnométhodologie, dont s'est inspirée en partie Giddens (1984) pour développer sa conception de l'acteur et des structures, nous permet d'appréhender plus en profondeur les perceptions et expériences individuelles des médecins en lien avec leur contexte d'action alors que l'étude de cas ramène l'analyse au niveau des modes d'organisation. En fonction de notre cadre conceptuel, nous adoptons une approche holistique et compréhensive basée sur l'utilisation de données qualitatives :

« (...) mainstream statistical methods disaggregate cases into variables and distributions before analysing them, whereas (...) qualitative comparison allows examination of constellations, configurations and conjunctures. » (Ragin, 1987: x).

Le choix d'une stratégie mixte découle en fait de nos questions de recherche et de notre cadre théorique. Au départ, il faut considérer les « pratiques » des médecins généralistes comme le phénomène à expliquer. L'exploration de la littérature nous a mené aux choix d'un cadre théorique, la théorie de la structuration, conciliant les approches déterministes et volontaristes. En d'autres mots, pour comprendre le phénomène des pratiques médicales en tant que *processus*, il faut étudier et chercher à expliquer les propriétés contraignantes/habilitantes des modes d'organisation de même que les

motivations des médecins généralistes. La théorie de la structuration postule en effet qu'il ne faut pas penser séparément les « acteurs » et les « structures », c'est la relation entre les deux qui importe. Le titre de cette thèse suggère une vision « réductionniste » de cette relation puisque notre intérêt se situe prioritairement au niveau de l'effet des modes d'organisation sur les médecins et non l'inverse. C'est l'angle d'approche choisi dans cette étude mais les résultats présentés dans les trois articles offrent également un portrait nuancé des motivations des médecins généralistes. Il s'agit là d'un aspect important de l'étude puisque nous insistons constamment sur le fait que les modes d'organisation peuvent influencer les comportements des médecins généralistes mais sans bien sûr les déterminer. En admettant dès le départ que l'effet du structurel n'est pas contraignant/habilitant d'une manière similaire sur tous les individus d'un même groupe, nous adoptons comme position philosophique que les modes d'organisation ne représentent pas une « réalité objective ». Nous étudions en fait les propriétés habilitantes/contraindantes des modes d'organisation à travers le sens que leur donne les médecins généralistes, c'est-à-dire à partir d'une perspective émique.

La figure 1 illustre sommairement comment les deux stratégies de recherche s'articulent l'une à l'autre. Les questions de recherche des articles 1 et 3 demandent de centrer l'analyse sur le raisonnement, la conscience discursive et les expériences des médecins généralistes. Pour répondre aux questions de recherche de l'article 2, nous avons utilisé plus spécifiquement la stratégie des études de cas pour des raisons que nous évoquerons plus loin.

Figure 1 Illustration de la stratégie de recherche

L'ETHNOMÉTHODOLOGIE ET LES REPRÉSENTATIONS DES ACTEURS

Le terme « ethnométhodologie » a été mis de l'avant par Garfinkel (1967) pour illustrer le fait que les acteurs ont des compétences sociales et qu'ils possèdent un savoir de sens commun de leur société. Cette approche partage des affinités avec l'analyse phénoménologique (Cresswell, 1998) puisqu'elle cherche à comprendre le sens que donnent les acteurs à leurs activités de la vie quotidienne et à décrire leurs expériences (Garfinkel, 1967). Selon Coulon (1995), l'ethnométhodologie est :

« (...) ethnomethodology is the empirical study of methods that individuals use to give sense to and to accomplish their daily actions: communicating, making decisions, and reasoning. » (p. 15)

Ces deux approches sont d'abord considérées comme des perspectives théoriques en sociologie mais elles ont progressivement pris leur place en tant que stratégies de recherche et d'analyse (Cresswell, 1998; Garfinkel, 1996). En effet, ces deux courants de pensée partagent une vision critique du positivisme en défendant l'idée que la réalité sociale est construite par les acteurs. Selon

Garfinkel (1967, 2002), la coupure épistémologique entre les connaissances « savantes » et « profanes » doit donc être repensée et l'ethnométhodologie a été présentée comme une alternative à la sociologie conventionnelle. Ce projet ambitieux ne s'est pas réalisé mais une partie des éléments théoriques développés par Garfinkel a par la suite été incorporée, par exemple, dans la théorie de la structuration (Giddens, 1984) et l'analyse institutionnelle (Powell & DiMaggio, 1991). Parallèlement, des études ont été publiées sous l'étiquette « ethnométhodologie » dans plusieurs domaines de recherche, incluant la sociologie des organisations (Zimmerman & Wieder, 1970) et de la sociologie médicale (Lynch, 2002). L'ethnométhodologie a également mené au développement de l'analyse des conversations qui considère l'interaction verbale comme « l'apothéose de l'organisation sociale » (Schegloff, 1992). L'ethnométhodologie, aux yeux de Garfinkel (1996), est forcément une entreprise empirique. L'accent mis sur l'individu et la suspension d'un jugement sur ce qui est « réel » ne se veut pas une négation du concept de « structure » :

« The central obsession in ethnomethodological studies is to provide for what the alternate procedural descriptions of achieved and achievable phenomena of order- methodologies- could be without sacrificing issues of structure (...) This is a concern with structure as an achieved phenomenon of order. » (Garfinkel, 1996 : 6)

En tant que stratégie de recherche (Garfinkel parle de « programme »), l'ethnométhodologie fixe d'abord les paramètres de l'objet d'étude, soit les pratiques « ordinaires » de la vie quotidienne (Livingston, 1987). Il s'agit en quelque sorte d'une sociologie « praxéologique ». Dans cette étude, l'ethnométhodologie nous permet d'analyser les procédures (méthodes) que les médecins utilisent pour mener à bien les différentes activités quotidiennes qu'ils accomplissent dans le cadre de leur travail. Nous adoptons donc une perspective ethnométhodologique relativement « traditionnelle » et près de ses racines phénoménologiques, c'est-à-dire en lien avec les motivations à l'action.

L'ÉTUDE DE CAS

Les études de cas dans le domaine de la santé connaissent actuellement un regain de popularité, notamment en raison de la multiplication des contextes organisationnels. Elles offrent en effet l'avantage d'être plus flexibles que les méthodes axées sur le contrôle des variables lorsque les frontières entre les unités d'analyse et les contextes ne sont pas toujours bien définies (Yin, 1994; Creswell, 1998) :

« (...) case studies tolerate the condition whereby the boundary between a phenomenon and its context is not clear. The case study method has sufficient flexibility to cope with this uncertainty, which others have considered an important feature of qualitative research. » (Yin, 1999 : 1211)

Dans une étude de cas, la question du « comment » est légitime même si le chercheur n'a aucun contrôle sur le phénomène à l'étude (Yin, 1994).

Dans cette étude, il s'agit plus précisément d'une étude multicas portant sur huit organisations de première ligne au Québec; quatre CLSC (deux en milieu urbain et deux en milieu rural) et quatre cabinets privés (deux en milieu urbain et deux en milieu rural). L'unité d'analyse principale est l'organisation et la pratique des médecins généralistes représentée, dans chaque organisation, une unité d'analyse imbriquée. Notre étude se concentre sur les comportements des médecins et les processus organisationnels.

LE CHOIX DES ORGANISATIONS (CAS) ET DES RÉPONDANTS

La stratégie d'échantillonnage a été développée en prenant l'étude de cas comme point de départ et l'organisation comme principale unité d'analyse. En effet, l'une des étapes cruciales dans la planification d'une étude de cas (unique ou multiple) est la définition et le choix des "cas". Le choix de nos cas s'est fait à partir de caractéristiques que nous considérons, *a priori*, comme importantes à

partir des données de la littérature : le mode de rémunération, la présence d'une équipe multidisciplinaire et la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement²⁶. En général, les CLSC et les cabinets privés sont en effet des organisations différentes quant aux : 1- mode de rémunération des médecins (salaire en CLSC et paiements à l'acte pour les médecins en cabinet privé); et 2- professionnel dominant au sein de l'organisation (présence d'autres professionnels de la santé dans les CLSC). On reconnaît également que le concept de responsabilité de population est beaucoup plus présent en milieu rural qu'en milieu urbain en raison d'un plus faible ratio médecin/ population (Dowell, 2004). L'accès aux spécialistes et à la technologie de pointe est également plus difficile en milieu rural (Evans, Stone & Elwin, 2003). En résumé, il s'agit donc d'une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné, et non pas aléatoire, permettant d'illustrer différentes combinaisons de règles et de ressources (Miles & Huberman, 1994; Verschuren & Doorewaard, 1999).

L'intérêt de travailler avec plusieurs organisations n'est pas nécessairement lié au souci de rendre les résultats généralisables à l'ensemble des CLSC et des cabinets privés. Dans les études multicas, une stratégie intéressante est de choisir des cas « contrastants » pour faire ressortir le rôle d'une ou de plusieurs variables. Nous avons toutefois écarté de notre échantillon les médecins travaillant en solo, leur nombre étant en nette diminution depuis quelques années. En résumé, la logique de sélection des cas est décrite par Yin (1994) de la façon suivante:

« Each case must be carefully selected so that it either (a) predicts similar results (...), or (b) produces contrasting results but for predictable reasons. » (Yin, 1994: 46)

Après le choix de nos huit organisations, le recrutement des médecins s'est fait davantage selon une logique "boule de neige" que par le biais d'une sélection

²⁶ Concernant ce dernier point, nous pensons que la distinction rural/urbain serait suffisamment précise mais le processus de collecte de données nous a permis de caractériser avec plus de nuances chaque milieu. Nous discuterons plus en détails de cette question dans l'article 2.

basée sur des caractéristiques sociodémographiques spécifiques. Nous avons cependant cherché un équilibre entre le nombre de médecins homme et femme. Nous avons cherché à recruter un minimum de 2 médecins par organisation. Au total, 23 médecins généralistes ont donc participé à la cueillette de données qui a servi à la fois à l'étude de cas et à l'analyse des données dans une perspective centrée davantage sur l'expérience des médecins. Dans les quatre CLSC, nous avons également réalisé des entrevues avec le directeur général (4) et une infirmière impliquée (4) dans la prestation de services médicaux courants de manière à mettre en perspective le discours des médecins sur les modalités de collaboration (coprésence) dans l'organisation. Au total, nous avons donc interrogé 31 répondants pour l'étude de cas (article 2) : soit 23 médecins, 4 directeurs généraux et 4 infirmières. Nous avons par la suite recruté des médecins supplémentaires dans le but d'obtenir une saturation des données concernant les perceptions et expériences des médecins généralistes quant à l'influence des modes d'organisation sur leurs pratiques. Au total, cinq nouveaux médecins ont été interrogés (trois de ces médecins pratiquent dans un CLSC de Montréal et les deux autres dans un cabinet privé en milieu rural). Les articles 1 et 3 sont donc basés sur 28 entrevues avec des médecins généralistes. Le tableau 1 présente un portrait général de notre stratégie d'échantillonnage. Les étiquettes « CLSC » et « cabinet privé » permettent, a priori, de différencier les organisations en fonction du mode de rémunération et de la présence ou non d'autres professionnels de la santé alors que la comparaison rural/urbain témoigne de différentes modalités d'accès à la technologie et aux ressources spécialisées ainsi que du degré de responsabilité des médecins envers la population de leur territoire.

Tableau 1 : Un portrait des organisations et répondants sélectionnés

Stratégie de recherche	Organisations Répondants	CLSC (4)		Cabinet privé (4)	
		Urbain (2)	Rural (2)	Urbain (2)	Rural (2)
Étude de cas et ethnométhodologie	Médecins	6	6	5	6
	Hommes	(3)	(4)	(4)	(3)
	Femmes	(3)	(2)	(1)	(3)
	Autres professionnels	4	4	-	-
Total des répondants spécifiquement pour l'étude de cas : 31 dont 23 médecins					
Ethnométhodologie (5 entrevues supplémentaires)	Médecins	3		1	1
	Hommes	(2)	-	-	
	Femmes	(1)		(1)	(1)
Total pour le volet ethnométhodologie : 28 médecins généralistes (16 hommes et 12 femmes)					
Total des entrevues réalisées : 36 dont 28 médecins généralistes					

LES TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES ET L'INFORMATION À RECUEILLIR

Les éléments de la théorie de la structuration présentés dans la section précédente ont permis de préciser les informations à recueillir. Pour la réalisation de cette étude, nous avons utilisé deux techniques de collecte des données : 1) l'entrevue semi-structurée; et 2) des scénarios-patients portant sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle. Nous discutons dans cette section des contributions attendues de ces deux techniques.

LES ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES

Dans cette étude, les données qualitatives ont été recueillies par le biais d'entrevues individuelles semi-structurées. La durée moyenne des entrevues a été de 120 minutes.

Selon Yin (1994), les entrevues représentent l'une des plus importantes sources d'information dans les études de cas (p. 84). Les travaux qui s'inspirent de l'ethnométhodologie et de la phénoménologie s'appuient également sur les entrevues semi-structurées pour aller chercher le sens que donnent les acteurs à leurs actions et à l'environnement dans lequel ils évoluent.

Les entrevues semi-structurées sont menées à l'aide de questions ouvertes mais qui portent sur des thèmes précis du devis de recherche. Par contre, le répondant peut « déborder » du cadre original, jusqu'à un certain point, en fonction de ses expériences passées. Par exemple, certains médecins plus âgés ont spontanément parlé d'un effritement des valeurs chez les nouveaux médecins et se sont attardés sur ce point de manière plus approfondie que leurs collègues plus jeunes. Chaque entrevue avait donc sa saveur particulière et l'ordre dans lequel les thèmes ont été abordés ainsi que le nombre de questions posées ont donc varié en fonction de la personnalité et des expériences antérieures de chaque répondant. Les différentes grilles d'entrevue (médecins, infirmières, gestionnaires) sont présentées en annexe du présent chapitre.

Dans une entrevue non structurée, l'intervieweur doit éviter les interventions trop directives qui peuvent influencer ou limiter le discours des répondants (manière de percevoir, valeurs, but), ce qui ne veut pas dire être passif. Nous avons fréquemment utilisé plusieurs techniques de reformulation (synthèse, reflet, clarification, par inversion) dans le déroulement des entrevues. Le matériel recueilli au début du processus de collecte de données a également servi à raffiner certains des thèmes de recherche et, conséquemment, le déroulement des entrevues subséquentes. Ce fut donc un processus dynamique de collecte des données.

Les informations recueillies lors des entrevues touchaient : 1) le cheminement professionnel du répondant et les motivations derrière le choix du

ou des milieux de pratique; 2) une description (auto-déclaration) aussi détaillée que possible de la routine et des activités quotidiennes du répondant; 3) une description aussi détaillée que possible du fonctionnement de l'organisation et des caractéristiques de l'environnement; et 4) les perceptions du répondant sur les différents attributs de son contexte d'action (organisation et environnement) qui influencent sa pratique de première ligne. Les trois derniers thèmes méritent d'être présentés plus en profondeur.

La description de la routine et des activités quotidiennes des médecins peut être divisée en deux volets, un volet clinique et un volet social. Le volet clinique porte sur les éléments suivants : volume de patients à l'heure (rendez-vous, sans rendez-vous); volume de patients par semaine « type »; nombre d'heures par semaine consacrées aux consultations sur rendez-vous versus sans rendez-vous; nombre d'heures par semaine consacrées aux consultations médicales versus autres tâches (différencié selon rendez-vous versus sans rendez-vous); degré de « spécialisation » de la pratique (tendances vers des clientèles particulières ou non). Le volet social désigne les dynamiques d'interaction sociale qui implique le répondant. Le médecin devait décrire les espaces et les périodes où il a l'occasion d'interagir (discussions cliniques ou autres) avec ses collègues à l'interne (organisation) ou à l'externe (spécialistes) sur une base quotidienne/hebdomadaire ainsi que les formes de collaboration et de communication utilisées.

La description de la structure organisationnelle portait sur les éléments suivants : nombre d'employés, organigramme, processus de prise de décisions, partage des responsabilités, gestion et partage des dossiers cliniques, gestion des ressources du personnel de soutien et les arrangements financiers (en particulier dans les cabinets privés puisqu'on y observe beaucoup de variations). La description de l'environnement consiste essentiellement à dresser un inventaire des autres ressources de première ligne, diagnostiques ou spécialisées, disponibles dans l'environnement. Le médecin devait également caractériser la population

utilisant les services de son organisation. Nous avons pu valider ces différentes informations à partir de documents du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), dont des répertoires des établissements et cabinets privés au Québec

Enfin, le répondant devait par la suite discuter des différentes caractéristiques associées à l'organisation et à l'environnement qui influencent sa pratique de première ligne. La grille d'entrevue initiale prévoyait des discussions autour de l'influence du mode de rémunération, des pairs et des autres professionnels de la santé; du système professionnel et de la disponibilité des ressources médicales dans l'environnement. D'autres thèmes ont émergé lors des entrevues et ont été incorporés dans les entrevues subséquentes, comme par exemple l'attitude des patients.

LES SCÉNARIOS PATIENTS SUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

La culture organisationnelle se veut le reflet des interactions entre les acteurs dans l'organisation. Cette culture peut, à différents degrés, être le véhicule de normes de pratiques professionnelles. Nous avons développé 5 scénarios patients (présentés dans l'article 2) sur l'hypertension artérielle dans le but de cerner le degré d'homogénéité des pratiques médicales dans les huit organisations sélectionnées pour l'étude de cas. L'hypertension artérielle est l'un des problèmes de santé les plus courants à l'échelle de la première ligne. Par contre, les études démontrent qu'il existe des variations de pratique importantes dans le diagnostic et la prise en charge de l'hypertension artérielle (Joffres et al., 2001; Ribacke, 1995). Les scénarios patients ont été élaborés avec la collaboration d'un "panel" d'experts (trois médecins affiliés à l'Université de Montréal²⁷). Cette méthodologie a récemment été utilisée pour identifier les différences entre les

²⁷ Nous tenons à remercier le Dr. Pavel Hamet, Président de la Société québécoise d'hypertension Artérielle, le Dr. Evelyne Hudon et le Dr. Raynald Pineault pour leurs recommandations et conseils techniques dans l'élaboration des cas hypothétiques.

cardiologues et les généralistes pour le traitement de l'hypertension artérielle (Friedmann, Brett & Mayo-Smith, 1996).

ANALYSE DES DONNÉES : LA PRISE EN COMPTE DE MULTIPLES NIVEAUX

Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté une stratégie d'analyse qualitative de théorisation (Strauss & Corbin, 1998; Paillé, 1994). Les grands principes d'une telle stratégie s'apparentent aux processus d'analyse dans la méthode de la théorie ancrée (Glaser & Strauss, 1967) mais sans toutefois viser spécifiquement la production d'une théorie. L'objectif est d'approfondir la compréhension de notre objet d'étude par le biais d'un processus de théorisation permettant la mise en relation de différents niveaux d'analyse : le médecin, l'organisation et l'environnement. L'analyse qualitative de théorisation comprend généralement six étapes dont le déroulement n'est pas nécessairement chronologique : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

Le processus de codification s'est déroulé en deux étapes à l'aide du logiciel Nud·ist (version 4). Dans un premier temps, nous avons créé une première série de codes descriptifs. Ces codes reflètent essentiellement les explications émiques. Par exemple, le matériel portant sur le mode de rémunération a été codé de façon générale 'IMP.REM' ou plus précisément 'REM.CLI' et 'REM.TEMPS' — impacts du mode de rémunération sur la sélection des clientèles et la gestion du temps — pour désigner les différents impacts du paiement à l'acte ou du salariat sur les pratiques des médecins généralistes. Une fois cette étape complétée, nous avons dressé une liste non répétitive des différentes affirmations faites par les médecins à propos des propriétés contraignantes et habilitantes des modes d'organisation, ce que Creswell (1998) appelle « la mise à l'horizontale des données ». C'est en effet la mise en commun des différentes expériences personnelles qui alimente le processus de théorisation. Il s'agit d'une étape de l'analyse que l'on peut

rattacher à l'ethnométhodologie et à l'analyse phénoménologique et qui représente le point de départ aux étapes de catégorisation et de mise en relation des données.

La deuxième étape de codification, telle que définie par Miles & Huberman (1994) correspond en fait à l'étape de catégorisation dans l'analyse qualitative de théorisation²⁸. Il s'agit ici d'*interpréter* le matériel empirique à partir des concepts de la théorie de la structuration. Ainsi, les concepts de « coprésence » et de « sécurité ontologique », par exemple, ont été appliqués, sous forme de codes, aux extraits de texte décrivant les routines sociales et cliniques des médecins généralistes. Le retour constant au matériel empirique nous a également permis d'explorer des chaînes complexes de causalité. Par exemple, le concept de 'conséquences (non)intentionnelles' de Giddens (1984) avait son propre code. L'extrait de texte suivant nous fournit un bon exemple :

« Même si tu es malhonnête, tu ne peux pas donner des rendez-vous qui ne sont pas nécessaire. Ce que ça occasionne par exemple, si tu n'as pas le temps de voir tes patients, tu vas demander des tests. Si tu n'as pas le temps de questionner ton patient, tu demandes plus de tests. Oui, ça peut mener à ça. »
(médecin généraliste)

Par la suite, plusieurs étapes du travail d'analyse se sont chevauchées. Le travail de mise en relation commence là où s'est terminé celui de mise à l'horizontale des données. Les affirmations non répétitives ont été regroupées en fonction des différentes significations qui peuvent leur être attribuées. Chaque expérience doit faire l'objet d'une réflexion sur l'éventail des significations possibles (chercher ce que Garfinkel appelle « *the alternate* ») avant de faire l'objet d'une description qui tente d'en résumer « l'essence » et regrouper les différentes expériences exprimées par nos répondants. Nous avons également

²⁸ À cet égard, différents courants de pensées s'affrontent. Pour certains, la catégorie n'est pas le code et il n'est pas question de codages multiples. Pour Miles & Huberman (1994), il faut cependant distinguer les codes descriptifs et les codes interprétatifs (explications étiquées). Ainsi, le même matériel empirique sera soumis à ces deux séries de codes.

comparé les affirmations contrastantes pour mieux réfléchir sur les dimensions et propriétés de chaque cas (Strauss et Corbin, 1998). C'est à cette étape que nous avons tenté de mettre en relation les différents concepts de la théorie de la structuration. Par exemple, quelles sont les relations entre les concepts de sécurité ontologique (exemple : l'incertitude médicale), de conditions (non)reconnues à l'action (exemple : la technologie comme 'ressource') et de conséquences (non)intentionnelles à l'action (exemple : l'attention portée à l'histoire de cas).

Dans le cadre de l'étude de cas, ces regroupements et mises en relation ont été effectués pour chaque organisation de manière isolée afin d'observer les similitudes et les différences pour tous les médecins oeuvrant dans le même contexte organisationnel (*pattern-matching*). Les expériences et significations identifiées précédemment ont donc été reclassées en fonction de chaque organisation. Cette étape a mené à la rédaction de huit documents d'analyse. Par la suite, la construction de matrices a permis l'analyse transversale des données en plus d'en faciliter la lecture et l'interprétation (Miles & Huberman, 1994). Il s'agit d'une stratégie générale d'analyse qui permet de procéder à une première sélection des données qui seront utilisées de façon prioritaire pour répondre à la question de recherche (Yin, 1994 : 104).

À partir des codes interprétatifs et des matrices, nous avons par la suite été en mesure de poursuivre le processus de modélisation et de théorisation. C'est en effet à cette étape que le contenu de chacun des trois articles s'est précisé. Les différents constats tirés de l'analyse se sont enchaînés comme suit : le caractère multidimensionnel des sources d'influence des modes d'organisation sur les pratiques médicales est le sujet de l'article 1; les relations d'interdépendance entre nos trois niveaux d'analyse (acteur, organisation, environnement) sont le sujet de l'article 2 alors que l'article 3 s'intéresse à la rationalité des médecins généralistes et aux méthodes qu'ils utilisent pour mener à bien leurs activités professionnelles sans perdre de vue leurs divers intérêts et objectifs de court et long termes. En conclusion, nous réinterprétons le matériel empirique présenté dans cette thèse à

la lumière des grandes tendances sociales contemporaines. En bout de ligne, l'étape de la théorisation n'en est pas tout à fait une, c'est plutôt le point le plus avancé d'un long processus qui a débuté au moment de la conception de l'étude. Les figures et les concepts amenés dans les trois articles représentent les principales « traces » de ce processus de théorisation.

Annexe 1**Grille pour les entrevues semi-structurées avec les médecins généralistes****DONNÉES DE BASE****Genre:** Homme Femme **Diplôme(s)**

professionnel(s) _____

Année d'obtention du premier diplôme professionnel: _____**Lieu d'obtention:** _____**Revenu brut au cours de la dernière année financière***(à compléter à la fin de l'entrevue):*

\$65 000 et moins	<input type="checkbox"/>
\$66 000-79 000	<input type="checkbox"/>
\$80 000- 99 000	<input type="checkbox"/>
\$100 000- 119 000	<input type="checkbox"/>
\$120 000- 139 000	<input type="checkbox"/>
\$140 000- 159 000	<input type="checkbox"/>
\$160 000- 179 000	<input type="checkbox"/>
\$180 000 et plus	<input type="checkbox"/>

**PREMIÈRE PARTIE: REPRÉSENTATIONS DE LA PREMIÈRE LIGNE
ET DE SES FONCTIONS**

Spontanément, lorsque l'on vous parle des « services de santé de première ligne » ou des « soins primaires », comment définissez-vous ces concepts?

Dans la littérature, on attache un certain nombre de fonctions au concept de « première ligne », comme par exemple les fonctions présentées ci-dessous. Comment percevez-vous le rôle des médecins généralistes à cet égard?

- la fonction d'accessibilité et de premier contact.
- la capacité d'identifier et de gérer un large éventail de problèmes de santé/ prévention et promotion de la santé
- la continuité des soins
- la coordination des soins
- la globalité des soins

Quel est votre « diagnostic » de la première ligne au Québec et de son rôle dans le système de santé?

- Croyez-vous que l'arrivée de nouveaux modèles organisationnels (comme les GMF) constitue une solution aux « problèmes » de notre système de santé (tels qu'évoqués notamment dans le cadre de la Commission Clair)?
- Quelle est votre définition de la qualité des soins lorsqu'il est question de services de première ligne?

DEUXIÈME PARTIE : DESCRIPTION DE LA PRATIQUE ET DES ROUTINES

Pouvez-vous me décrire votre cheminement professionnel depuis l'obtention de votre premier diplôme professionnel? Pouvez-vous m'expliquer les raisons derrière ces choix?

Pouvez-vous me décrire votre pratique actuelle?

- Caractéristiques de votre clientèle
- Nombre de dossiers

- « Spécialisation » (ex : certaines clientèles)
- Votre rémunération (acte, salaire, tarif horaire, mixte)
- Pratique dans d'autres organisations de première ou de deuxième ligne ou dans la fonction publique (santé publique, etc.)
- Délai actuel pour obtenir un rendez-vous avec vous

(Pour ceux avec une pratique multi-sites) Pouvez-vous m'expliquer les raisons de cette combinaison? Quels sont les impacts sur votre pratique?

Pouvez-vous me décrire une semaine « typique » de travail?

- Heures de travail dans ce milieu vs autres milieux
- Nombre de patients par semaine
- Nombre d'heures dédiées aux consultations sur rendez-vous vs sans rendez-vous
- Temps dédié aux rappels téléphoniques, formulaires et autres.

Pouvez-vous me décrire une journée « typique » de travail?

- Travail de ? heure à ? heure?
- Nombre de patients dans la journée
- Nombre de patients par heure

Si l'on compare avec votre profil de pratique d'il y a 5 ou 10 ans (ou dans une autre organisation), en quoi votre routine actuelle est-elle différente?

Est-ce que le profil de pratique que vous venez de me décrire correspond à votre vision d'une pratique de première ligne « idéale »? Si non, en quoi la pratique « idéale » serait-elle différente?

TROISIÈME PARTIE : LES MODES D'ORGANISATION

DESCRIPTION

Pouvez-vous me décrire le fonctionnement de votre organisation?

- Votre statut : employé/locataire/propriétaire.
- Nombre de médecins (temps complet/partiel).
- Autres professionnels (lesquels, combien).
- Les rapports formels que vous entretenez avec vos collègues (et les autres professionnels s'il y a lieu)? Description des lieux d'échange (formation continue, etc.).
- Les rapports informels que vous entretenez avec vos collègues (et les autres professionnels s'il y a lieu)? Description des lieux d'échange.
- Le partage des responsabilités (plages horaires, vacances, etc.).
- Le partage des dossiers des patients.
- Votre vision de la « culture organisationnelle » dans cette organisation?
- Votre vision de la « mission » de cette organisation?

Pouvez-vous me décrire l'environnement dans lequel opère cette organisation?

- Situation socio-économique (clientèles défavorisées, etc.).
- Les caractéristiques des autres organisations offrant des services de première ligne sur le territoire.
- Les ressources de deuxième et de troisième ligne et l'accès aux spécialistes.
- L'accès au plateau technique (laboratoire, etc.).
- L'accès à d'autres professionnels de la santé.

LES SOURCES D'INFLUENCE

De façon générale, quels sont les facteurs pouvant influencer le déroulement de vos activités quotidiennes?

Est-ce que le mode de rémunération peut influencer votre pratique? Comment?

- Quels sont les impacts possibles de la rémunération à l'acte selon vous? Quels sont ses avantages et ses inconvénients?
- Quels sont les impacts possibles du salariat selon vous? Quels sont ses avantages et ses inconvénients
- Quels sont les impacts possibles du paiement par tarif horaire selon vous? Quels sont ses avantages et ses inconvénients?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de la capitation selon vous (groupe, individu)? Quels sont ses avantages et ses inconvénients?
- Que pensez-vous des modes mixtes de rémunération?
- En résumé, comment le mode de rémunération influence-t-il votre gestion du temps?

Est-ce que vos interactions avec les autres médecins de ce cabinet/CLSC peuvent influencer votre pratique? Comment?

- Vous arrive-t-il de les consulter dans la gestion des cas difficiles? Pouvez-vous me donner des exemples?
- Avez-vous l'impression de transmettre ou d'acquérir des connaissances à travers vos interactions avec vos collègues? Pouvez-vous me donner des exemples?
- Avez-vous l'impression qu'il y a des « normes » de pratique au sein de cette organisation? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples? Si non, comment expliquez-vous ce phénomène?

Est-ce que vos interactions avec les autres professionnels de ce cabinet/CLSC peuvent influencer votre pratique? Comment?

- Reprendre thèmes ci-dessus

(Pour ceux en CLSC) Est-ce que le fait d'être en « établissement » peut influencer votre pratique? Comment?

Comment définissez-vous le concept « d'autonomie professionnelle »? Est-ce qu'il y a une différence entre les CLSC et les cabinets privés à cet égard?

Est-ce que le personnel de soutien (secrétaires) peut influencer votre pratique? Comment?

Jusqu'à quel point la littérature scientifique et la diffusion de guides de pratique peuvent-elles influencer votre pratique? Pouvez-vous me donner des exemples?

Quelle influence le système professionnel et ses « institutions » (Fédération, Collèges, etc.) peuvent-ils avoir sur la pratique des médecins généralistes?

Vous évoluez ici dans un environnement où l'accès aux spécialistes est relativement facile/difficile (réponse donnée précédemment)... Comment cela peut-il influencer votre pratique? Si vous étiez plutôt à X ou Y, croyez-vous que cela pourrait influencer votre façon de pratiquer (exploiter ici les opportunités liées au cheminement professionnel...)? Répéter pour l'accès aux tests courants et spécialisés et l'accès aux autres professionnels de la santé (infirmières, nutritionniste, psychologues, etc.)

Est-ce que selon vous pratiquer en milieu urbain vs en milieu rural peut influencer la pratique des médecins généralistes? Comment?

Vous avez mentionné que sur ce territoire, la population est particulièrement (jeune/âgée /etc.)... comment cela influence-t-il votre pratique?

Au niveau micro, est-ce que l'attitude des patients peut influencer le déroulement et le résultat (décisions...) d'une consultation? Comment? Pouvez-vous me donner des exemples?

LES MODÈLES

La littérature suggère qu'il y a parfois des variations de pratique importantes dans la prestation des services de première ligne pour une même condition (hypertension, diabète, etc.)... Comment expliquez-vous ce phénomène? Certaines études soulignent l'influence de caractéristiques individuelles alors que d'autres suggèrent que les caractéristiques organisationnelles peuvent elles aussi influencer les comportements individuels... quelle est votre opinion sur cette question?

Croyez-vous qu'au Québec les médecins en CLSC et les médecins en cabinets privés ont des profils de pratique différents? Comment et pourquoi? Croyez-vous que si vous étiez en CLSC (ou vice-versa) vous pratiqueriez d'une manière différente? Comment et pourquoi?

Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients de la pratique en CLSC vs la pratique en cabinet privé?

Croyez-vous que des philosophies de soins particulières peuvent être rattachés au CLSC vs aux cabinets privés?

SYNTHÈSE/CONCLUSION

Nous avons discuté de nombreuses caractéristiques des organisations et de l'environnement qui servent de contexte à la pratique des médecins... est-ce qu'il y en a d'autres à votre avis? Lesquelles vous apparaissent les plus « importantes »?

Comment voyez-vous le rôle des médecins généralistes et des médecins de famille à moyen et à long terme? Comment définissez-vous un médecin généraliste « performant » (définir)? Comment définissez-vous une première ligne « performante » et quelles transformations suggérez-vous pour l'avenir?

Annexe 2**Grille pour les entrevues semi-structurées avec les infirmières de CLSC****DONNÉES DE BASE****Genre:** Homme Femme **Diplôme(s)****professionnel(s)** _____**Année d'obtention du premier diplôme professionnel:** _____**Lieu d'obtention:** _____

**PREMIÈRE PARTIE: REPRÉSENTATIONS DE LA PREMIÈRE LIGNE
ET DE SES FONCTIONS**

Spontanément, lorsque l'on vous parle des « services de santé de première ligne » ou des « soins primaires », comment définissez-vous ces concepts?

Dans la littérature, on attache un certain nombre de fonctions au concept de « première ligne », comme par exemple les fonctions présentées ci-dessous.

Comment percevez-vous le rôle des infirmières à cet égard?

- la fonction d'accessibilité et de premier contact.
- la capacité d'identifier et de gérer un large éventail de problèmes de santé.
- les activités de prévention et promotion de la santé.
- la continuité des soins.
- la coordination des soins.
- la globalité des soins.

Quel est votre « diagnostic » de la première ligne au Québec et de son rôle dans le système de santé?

- Croyez-vous que l'arrivée de nouveaux modèles organisationnels (comme les GMF) constitue une solution aux « problèmes » de notre système de santé (tels qu'évoqués dans le cadre de la Commission Clair)?

DEUXIÈME PARTIE : DESCRIPTION DE LA PRATIQUE ET DES ROUTINES

Pouvez-vous me décrire votre cheminement professionnel depuis l'obtention de votre premier diplôme professionnel? Pouvez-vous m'expliquer les raisons derrière ces choix?

Pouvez-vous me décrire votre pratique actuelle?

- Vos tâches et responsabilités.

Pouvez-vous me décrire une semaine « typique » de travail?

- Heures de travail.
- Nombre de patients par semaine.

- Types d'intervention (évaluation, suivi, prévention, etc.).
- Temps dédié aux rappels téléphoniques, formulaires et autres.
- Temps dédié aux réunions et activités de liaison avec d'autres professionnels.

Pouvez-vous me décrire une journée « typique » de travail?

Est-ce que le profil de pratique que vous venez de me décrire correspond à votre vision d'une pratique infirmière « idéale » en première ligne? Si non, en quoi la pratique « idéale » serait-elle différente?

TROISIÈME PARTIE : LES MODES D'ORGANISATION

DESCRIPTION

Pouvez-vous me décrire le fonctionnement de votre organisation?

- Votre statut.
- Les rapports formels que vous entretenez avec vos collègues (et les autres professionnels)? Description des lieux d'échange (formation continue, etc.).
- Les rapports informels que vous entretenez avec vos collègues (et les autres professionnels)? Description des lieux d'échange.
- Le partage des responsabilités.
- Le partage des dossiers des patients.
- Votre vision de la « culture organisationnelle » dans cette organisation?
- Votre vision de la « mission » de cette organisation?

Pouvez-vous me décrire l'environnement dans lequel opère cette organisation?

- Situation socio-économique (clientèles défavorisées, etc.).

- Les caractéristiques des autres organisations offrant des services de première ligne sur le territoire.
- Les ressources de deuxième et de troisième ligne et l'accès aux spécialistes.
- L'accès au plateau technique (laboratoire, etc.).
- L'accès à d'autres professionnels de la santé.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

J'aimerais approfondir avec vous la question du partage des tâches et responsabilités entre infirmières et médecins?

- Pouvez-vous me raconter un cas « typique » de collaboration?
- Quelles sont les « marques » visibles de vos interventions dans les dossiers des patients? Les notes aux dossiers sont de quel ordre? Recevez-vous des *feedbacks* suite à vos interventions?
- Est-ce que la nature de la collaboration interprofessionnelle dans cette organisation est homogène ou varie selon les personnes en place?
- Avez-vous l'impression que votre jugement clinique est sollicité et pris en compte dans le cadre de vos activités quotidiennes?
- À votre avis, de quelles façons votre travail influence-t-il l'expérience et la satisfaction des patients qui utilisent les services de cette organisation?
- À votre avis, de quelles façons votre travail influence-t-il celui des médecins avec qui vous collaborez?
- Quels sont les facteurs qui à votre avis peuvent influencer les modalités de collaboration interprofessionnelle dans les organisations? (Explorer le mode de rémunération, les lieux d'échange, la culture organisationnelle...).

Avez-vous l'impression qu'il y a des « normes » de pratique au sein de cette organisation? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples? Si non, comment expliquez-vous ce phénomène? La littérature suggère qu'il y a parfois des variations de pratique importantes dans la prestation des services de première ligne pour une même condition (hypertension, diabète, etc.)... Comment expliquez-vous ce phénomène?

CONCLUSION

Avec la venue des GMF, les infirmières pourront collaborer avec des médecins généralistes hors CLSC? Que pensez-vous de ce modèle?

Comment voyez-vous le rôle des infirmières à moyen et à long terme en lien avec la prestation des services de première ligne? Avez-vous l'impression que vos connaissances et compétences sont actuellement utilisées au maximum? Quels rôles ou quelles responsabilités supplémentaires les infirmières (bachelières?) pourraient-elles assumer selon vous?

Annexe 3

Grille pour les entrevues semi-structurées avec les gestionnaires de CLSC

DONNÉES DE BASE

Genre: Homme Femme

Diplôme(s)

professionnel(s) _____

Année d'obtention du premier diplôme professionnel: _____

Lieu d'obtention: _____

PREMIÈRE PARTIE: REPRÉSENTATIONS DE LA PREMIÈRE LIGNE ET DE SES FONCTIONS

Spontanément, lorsque l'on vous parle des « services de santé de première ligne » ou des « soins primaires », comment définissez-vous ces concepts?

Dans la littérature, on attache un certain nombre de fonctions au concept de première ligne... Comment définissez-vous :

- la fonction d'accessibilité et de premier contact.

- la capacité d'identifier et de gérer un large éventail de problèmes de santé.
- les activités de prévention et promotion de la santé.
- la continuité des soins.
- la coordination des soins.
- la globalité des soins.

Quel est votre « diagnostic » de la première ligne au Québec et de son rôle dans le système de santé?

- Comment définissez-vous le rôle des CLSC au niveau de la prestation des services de santé de première ligne?
- Croyez-vous que l'arrivée de nouveaux modèles organisationnels (comme les GMF) constitue une solution aux « problèmes » de notre système de santé (tels qu'évoqués dans le cadre de la Commission Clair)?

DEUXIÈME PARTIE : LES MODES D'ORGANISATION

DESCRIPTION

Pouvez-vous me décrire le fonctionnement de votre organisation?

- Les rapports formels que vous entretenez avec les médecins (et les autres professionnels)? Description des lieux d'échange (formation continue, etc.).
- Les rapports informels que vous entretenez avec les médecins (et les autres professionnels)? Description des lieux d'échange.
- Votre vision de la « culture organisationnelle » dans cette organisation?
- Votre vision de la « mission » de ce CLSC en particulier?

Pouvez-vous me décrire l'environnement dans lequel opère cette organisation?

- Situation socio-économique (clientèles défavorisées, etc.).
- Les caractéristiques des autres organisations offrant des services de première ligne sur le territoire.
- Les ressources de deuxième et de troisième ligne et l'accès aux spécialistes.
- L'accès au plateau technique (laboratoire, etc.).
- L'accès à d'autres professionnels de la santé.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

J'aimerais explorer avec vous les relations actuelles entre l'administration et les médecins de cet établissement

- Comment définissez-vous les rôles des médecins dans ce CLSC, comparativement par exemple aux rôles attendus des médecins en cabinet privé?
- Les médecins doivent-ils s'impliquer dans des programmes?
- Quels sont les lieux d'échange entre médecins et gestionnaires? Quels sont les enjeux discutés lors de ces rencontres?
- Cherchez-vous actuellement à recruter des médecins? Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour « attirer » des médecins à joindre ce CLSC?
- Pour quelles raisons selon vous certains médecins optent pour une pratique CLSC? Parallèlement, certains médecins refusent de considérer les CLSC comme un milieu potentiel de pratique... Comment expliquez-vous ce phénomène?
- Il y a eu récemment dans les médias (Le Devoir notamment) quelques articles écrits par des médecins de CLSC décrivant la « bureaucratie » dans les CLSC... comme un frein à la pratique de la médecine... quelle est votre opinion sur le sujet?

- Comment définissez-vous le concept d'autonomie professionnelle dans le domaine médical? Quel type d'influence une administration de CLSC peut-elle/devrait-elle avoir sur la pratique des médecins?
- Est-ce qu'il y a des stratégies particulières qui peuvent être utilisées pour faciliter ou encourager la collaboration interprofessionnelle en CLSC?

Avez-vous l'impression qu'il y a des « normes » de pratique au sein de cette organisation? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples? Si non, comment expliquez-vous ce phénomène?

LES MODÈLES

La littérature suggère qu'il y a parfois des variations de pratique importantes dans la prestation des services de première ligne pour une même condition (hypertension, diabète, etc.)... Comment expliquez-vous ce phénomène? Certaines études soulignent l'influence de caractéristiques individuelles alors que d'autres suggèrent que les caractéristiques organisationnelles peuvent elles aussi influencer les comportements individuels... quelle est votre opinion sur cette question?

Croyez-vous qu'au Québec les médecins en CLSC et les médecins en cabinets privés ont des profils de pratique différents? Comment et pourquoi?

Quels sont selon vous les avantages et les inconvénients de la pratique en CLSC vs la pratique en cabinet privé?

Quelle est l'impact selon vous de la différence urbain/rural sur le développement des modèles et la pratique des médecins généralistes?

CONCLUSION

Comment voyez-vous l'avenir des CLSC? Certains suggèrent de confier aux CLSC uniquement une mission psychosociale (sans médecins généralistes). Quelle est votre opinion sur le sujet? Comment défendriez-vous la pratique médicale de CLSC? Quelle est la « plus-value » pour notre système de santé?

ARTICLE 1
L'EFFET DES MODES D'ORGANISATION SUR LA PRATIQUE DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ANALYSE QUALITATIVE DES
CONDITIONS ET CONSÉQUENCES DE L'ACTION

Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. et Lamarche, P.A.

RÉSUMÉ

La pratique des médecins généralistes est de plus en plus appréhendée sous l'angle des stratégies ou facteurs susceptibles de l'influencer. Cela s'explique, d'une part, par l'importance accordée aux services de première ligne dans les réformes des systèmes de santé en cours dans la plupart des pays industrialisés et, d'autre part, par l'émergence des guides de pratique basés sur des données probantes. Or, la littérature actuelle indique que le phénomène des déterminants de la pratique médicale de première ligne demeure largement inexpliqué. Dans cet article, nous présentons les résultats d'une analyse des données qualitatives recueillies auprès de 28 médecins généralistes dans le but de mieux comprendre comment les modes d'organisation peuvent influencer la pratique médicale de première ligne. Nous utilisons les concepts de la théorie de la structuration de Giddens (1984) pour analyser les effets du mode de rémunération, de la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement, des caractéristiques et attentes des clientèles et de la collaboration (inter)professionnelle en tant que conditions à la *praxis* des médecins généralistes. Ces conditions peuvent influencer directement — ce que nous appelons des effets primaires — les décisions liées aux actes médicaux, à la gestion du temps de travail, au maintien et l'acquisition des connaissances et des compétences médicales et à la spécialisation de la pratique de première ligne. Ces décisions peuvent avoir diverses conséquences, intentionnelles ou non, qui sont alors susceptibles de devenir des conditions à des actions subséquentes, nous parlons alors d'effets secondaires. Cet article contribue ainsi à éclaircir les interactions complexes et non linéaires qui caractérisent la pratique des médecins généralistes en tant que phénomène social.

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays industrialisés, les services de première ligne sont la pierre angulaire des réformes mises de l'avant par les gouvernements pour améliorer l'état de santé de leur population tout en contrôlant ou diminuant les coûts (Starfield, 1998). Nous assistons, aux yeux de plusieurs observateurs, à une "réaffirmation de l'importance des soins primaires et du rôle du médecin en tant que filtre pour l'ensemble du système" (Marriott & Mable, 1998). Une partie des efforts déployés visent à orienter la pratique²⁹ des médecins généralistes en fonction des buts et objectifs des systèmes de soins et en fonction des plus récents standards de pratique. Or, la littérature indique qu'il existe encore d'importantes

²⁹ Dans le sens de *praxis* qui vient du grec et qui signifie 'agir'. Nous utilisons ce concept pour désigner l'ensemble des pratiques des médecins généralistes.

variations de pratique à l'échelle de la première ligne³⁰ (Davis et al., 2002). Ces variations touchent différents aspects de la pratique des médecins comme les tests diagnostics demandés (Davis et al., 2000), les références vers les services spécialisés (Franks et al., 2000), la prescription de médicaments et l'intervalle de temps entre chaque visite (Schwartz et al., 1999). Nous croyons que les sciences sociales peuvent contribuer à expliquer ce phénomène.

Les données disponibles pour expliquer ces variations peuvent être interprétées, d'un point de vue sociologique, comme se situant du côté de la perspective « volontariste » ou de la perspective « déterministe » (Astley & Van de Ven, 1983). La perspective « volontariste » regroupe les courants de pensée qui tendent à valoriser le poids des caractéristiques et libertés individuelles alors que la perspective déterministe regroupe ceux qui accordent un poids plus important à l'environnement et aux structures. En d'autres mots, le profil de pratique d'un médecin peut-il être influencé par les modes d'organisation ou reflète-t-il davantage des traits permanents de sa personnalité?

Si l'on se place du côté de la perspective « volontariste », il existe des études démontrant que les caractéristiques individuelles des médecins, telles que l'âge et le sexe, expliquent une partie des variations observées dans la prestation des services de santé. La personnalité — en lien par exemple avec le degré de tolérance face à l'incertitude — les valeurs et les préférences individuelles sont aussi considérées comme des facteurs explicatifs (Eisenberg, 2002).

En utilisant la perspective « déterministe », nous retrouvons les données démontrant un lien entre les pratiques et le mode de rémunération (Scott & Hall, 1995; Gosden et al., 2001; Miller & Luft, 2002 ; Grytten & Sorensen, 2001), le travail de groupe et la culture organisationnelle (Kralewski et al., 1999), la structure organisationnelle (Miller & Luft, 1994, 2002), la disponibilité des

³⁰ À l'image de ce qui est observé pour les soins de deuxième et troisième lignes à l'égard des taux d'hospitalisation, des durée des séjours, des tests, références et chirurgies (Wennberg, 1987; Eisenberg, 2002).

services dans l'environnement (Mitchell et al., 2002), les caractéristiques et demandes des clientèles (Greer et al., 2002) et le système professionnel (Fernandez et al., 2000; Eisenberg, 2002).

Les théories sociologiques contemporaines ont tendance à concilier les perspectives volontariste et déterministe, c'est-à-dire reconnaître que les structures influencent les acteurs sans toutefois éliminer les possibilités, pour ces derniers, de choisir et d'exercer un certain contrôle non seulement sur leurs activités mais aussi sur leur environnement (Friedberg, 1993). Dans le cas du phénomène des variations de pratique, cette réconciliation demeure inachevée, et ce pour deux raisons : 1- les modèles explicatifs sur les variations de pratique reposent trop souvent sur une conception simpliste du médecin et de ses intérêts (Eisenberg, 2002); et 2- ces modèles se représentent les relations entre les structures et les acteurs d'une manière linéaire qui s'inspire de la théorie comportementale : un changement X au niveau de l'organisation ou de l'environnement amène un comportement Y de la part du médecin (Miller et al., 2001; Giacomini et al., 1996). Or, la littérature regorge de résultats démontrant que ces modèles ont un faible pouvoir explicatif et prédictif à l'égard des pratiques médicales. Par exemple, le développement et la dissémination de guides de pratique ne mènent pas nécessairement à des changements de pratique (Oxman et al., 1995; Freeman & Sweeney, 2001). Le même constat peut être posé vis-à-vis des stratégies visant à modifier les comportements uniquement par le biais des modalités de paiements et des incitatifs financiers (Giacomini, Hurley & Stoddart, 2000; Armour et al., 2001).

Ce que l'on peut reprocher à ces stratégies déterministes n'est pas de reconnaître que les organisations et l'environnement peuvent influencer les médecins mais plutôt de ne pas suffisamment tenir compte du fait que : 1- les médecins ont une rationalité limitée et poursuivent, consciemment ou non, une multitude d'intérêts; 2- leurs actions ne sont pas la manifestation d'une causalité directe totalement intentionnelle; 3- que ces actions peuvent même avoir des

conséquences non intentionnelles; 4- que les différents aspects de leur pratique sont en interrelation; 5- que les sources d'influence sont multiples et débordent largement le simple cadre organisationnel; et 6- que leurs actions contribuent à la (re)production des modes d'organisation.

Le cadre général de réflexion de cette étude peut ainsi être relié à l'un des débats contemporains dans le domaine de la sociologie des organisations, soit la façon de conceptualiser les relations entre les structures et les acteurs. Dans cet article, nous utilisons les concepts de la théorie de la structuration de Giddens (1984) dans le but de mieux comprendre comment les médecins généralistes peuvent être influencés par les caractéristiques des modes d'organisation. Soulignons que le concept de « mode d'organisation » fait référence à la fois à l'organisation et à l'environnement externe.

CADRE THÉORIQUE

L'ACTEUR ET LES MOTIVATIONS À L'ACTION

Selon Giddens (1984), il faut distinguer chez les acteurs deux niveaux de conscience; la conscience discursive et la conscience pratique. La conscience discursive représente ce que les acteurs ont à dire à propos de leurs *intentions* et du contexte de leurs actions ou de celles d'autres acteurs. La conscience pratique se définit comme la capacité des acteurs à enregistrer les stimuli de l'extérieur pour les relier à leurs activités, sans toutefois pouvoir l'expliquer de façon discursive. Giddens utilise par contre l'inconscient pour parler des *motivations* à l'action. Les motivations à l'action sont ancrées dans les routines et sont associées à la sécurité ontologique. Le concept de sécurité ontologique fait référence à un besoin de sécurité ainsi qu'à la satisfaction tirée par les acteurs dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. La sécurité ontologique est indispensable au développement de l'estime de soi. Les routines facilitent le développement d'un sentiment de confiance.

« Ordinary day-to-day life — in greater or less degree according to context and the vagaries of individual personality — involves an ontological security expressing an autonomy of bodily control within predictable routines (...) Routine, psychologically linked to the minimizing of unconscious sources of anxiety, is the predominant form of day-to-day social activity (...) In the enactment of routines agents sustain a sense of ontological security. » (Giddens, 1984 : 50 et 282)

La vie quotidienne est donc un flot continu d'actes intentionnels mais qui prennent racine dans l'inconscient des acteurs. Par contre, les actes intentionnels peuvent avoir des conséquences qui ne le sont pas et qui deviennent à leur tour des conditions (non)reconnues à une action subséquente. Giddens insiste sur la capacité des acteurs à réfléchir sur leurs actions et leurs conséquences mais il reconnaît également qu'elle est sans cesse limitée :

« The knowledgeability of human actors is always bounded on the one hand by the unconscious and on the other by unacknowledged conditions/unintended consequences of action. » (Giddens, 1984 : 282)

Selon Giddens, il existe ainsi des conditions et résultats à l'action dont l'acteur n'a pas toujours pleine conscience et qu'il ne peut contrôler. Giddens parle ici des « circonstances de l'action » :

« All action occurs in contexts that, for any given social actor, include many elements which that actor neither helped to bring into being nor has any significant control over. » (Giddens, 1984 : 346)

L'effet des structures est donc de limiter l'éventail d'options dont dispose un acteur ou un ensemble d'acteurs, dans un contexte donné ou dans un type de contexte.

LES STRUCTURES COMME CONDITION ET RÉSULTAT DE L'ACTION

Les contraintes et opportunités des contextes d'action pour les acteurs s'expriment à travers différentes dimensions structurelles. Selon Giddens (1984),

le structurel est composé d'un ensemble de règles et de ressources qui servent de conditions à l'action. C'est le fait, pour les acteurs, d'utiliser les règles et les ressources qui permettent la (re)production des systèmes sociaux. Pour Giddens, la structure est donc à la fois la condition et le résultat de l'action, ce qu'il appelle la dualité des structures.

Les ressources sont de deux types : 1- « allocatives », en référence aux ressources matérielles nécessaires à l'activité humaine; et 2- d'autorité, qui découlent des interactions sociales en lien avec cette activité. Pour les règles qui viennent encadrer l'utilisation et la répartition des ressources, il faut distinguer deux aspects³¹ : elles peuvent être constitutives (reliées à la notion de *sens* dans un groupe donné et à un moment donné) ou normatives (reliées à la notion de *sanctions* en lien avec les droits et les obligations des acteurs). Les règles constitutives, que l'on peut lier au concept de *signification* de Giddens, sont impliquées dans toutes les formes d'interactions entre les acteurs. Les règles normatives sont liées au concept de *légitimation* et désignent les normes de conduites sociales. Pour faire respecter ces normes, il faut nécessairement du pouvoir (domination). Selon Giddens, la domination et le pouvoir sont inhérents à toute action humaine.

En contexte de coprésence, les acteurs (re)produisent ces trois aspects fondamentaux propres à toute interaction sociale : le sens, les normes et le pouvoir. Les modalités de coprésence peuvent cependant être différentes selon les contextes d'action en fonction de la façon dont le temps et l'espace sont divisés et utilisés par les acteurs. Giddens utilise le concept de *régionalisation* pour désigner ce phénomène. La coprésence est également associée à la disponibilité des acteurs face à l'interaction (*presence-availability*) :

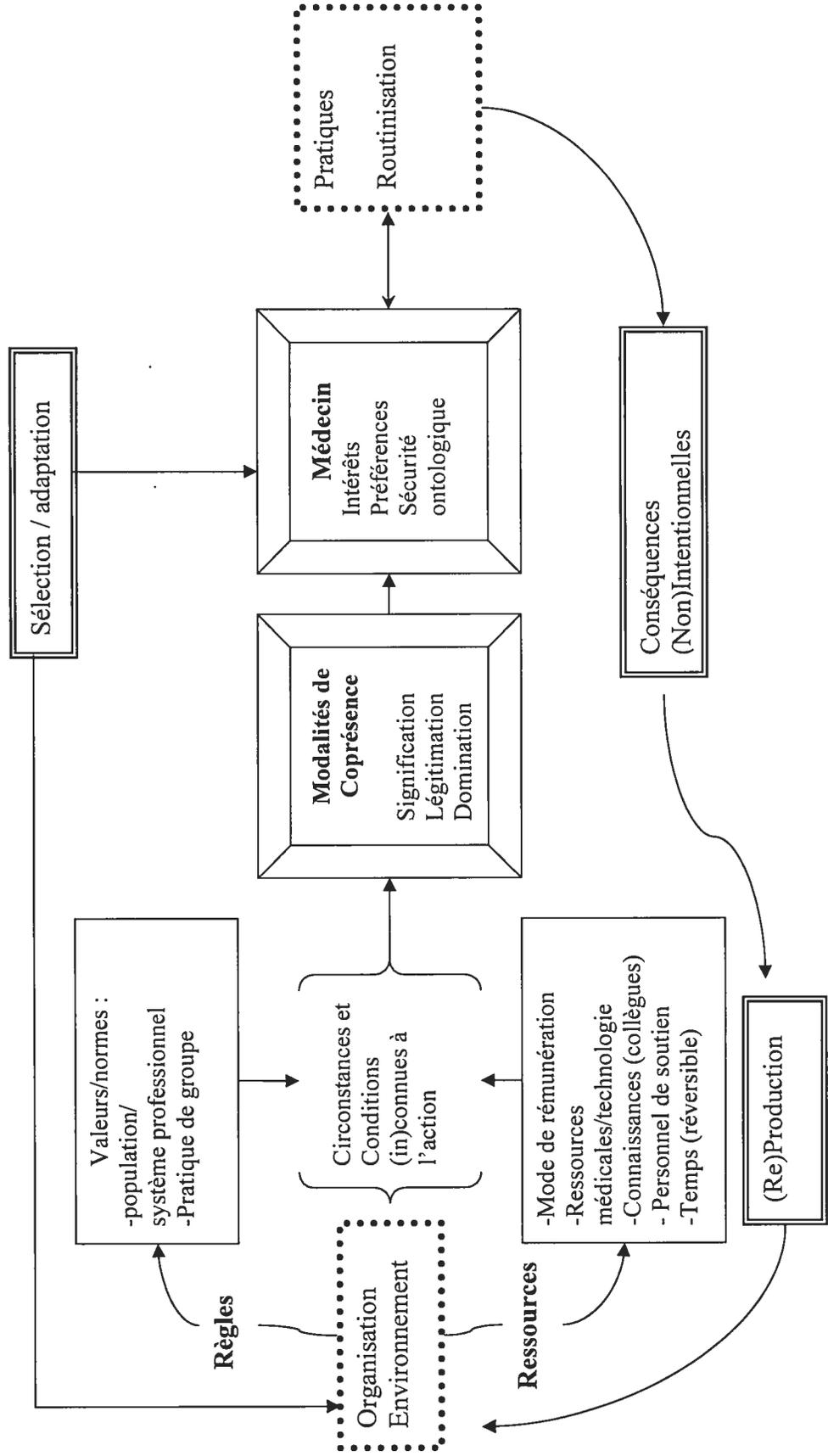
« The 'being together' of co-presence demands means whereby actors are able to 'come together'. »
(Giddens, 1984 : 119)

³¹ Giddens refuse de parler de deux « types » de règles (p.18)

Dans cet article, les règles, les ressources et les modalités de coprésence sont opérationnalisées en tant que conditions (in)connues à l'action des médecins généralistes. La figure 1 (page suivante) montre en effet que l'organisation et l'environnement forment un ensemble isolable de règles et de ressources qui s'actualisent comme conditions à l'action à travers les modalités de coprésence. Ces conditions et circonstances à l'action influencent le processus de structuration des routines des médecins généralistes. Ce processus repose sur des besoins et motivations de base liés au concept de sécurité ontologique. C'est ce que nous montrerons dans les sections 1 et 2 de présentation de nos résultats. Les actes (non)intentionnels qui sont alors posés ont des conséquences (non)intentionnelles qui peuvent devenir des conditions (non)reconnues à des actions subséquentes et qui contribuent également à la (re)production des modes d'organisation. Dans la section 3 de la présentation des résultats, nous utilisons des exemples concrets pour illustrer ces relations.

Giddens (1984) a développé ces concepts avec la certitude qu'ils pouvaient être utiles pour analyser empiriquement les phénomènes sociaux. Il fut toutefois critiqué pour le peu de support empirique fourni dans ses propres travaux (Gregson, 1989). Giddens a répondu à ses critiques en mentionnant que les recherches sur les pratiques sociales sont trop souvent dominées par des considérations techniques. La théorie de la structuration est utile ne serait-ce qu'en « sensibilisant » le chercheur à certains aspects de la relation structures/acteurs qui, autrement, auraient été ignorés (Giddens, 1989). Dans cet article, nous utilisons les notions de la théorie de la structuration pour explorer la question suivante: Quels sont les effets des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes?

FIGURE 1 : Les structures en tant que conditions à l'action



MÉTHODOLOGIE

Les données présentées dans cet article ont été recueillies auprès de 28 médecins généralistes qui oeuvrent au Québec soit dans un Centre local de services communautaires³² (CLSC), un cabinet privé ou qui combinent ces deux types de pratique. Nous misons sur l'ethnométhodologie comme stratégie de recherche dans le but de comprendre le sens que donnent les acteurs à leurs activités de la vie quotidienne et à décrire leurs expériences. Le terme « ethnométhodologie » a été mis de l'avant par Garfinkel (1967, 1996, 2002) pour illustrer le fait que les acteurs ont des compétences sociales et qu'ils possèdent un savoir de sens commun de leur société. L'ethnométhodologie, aux yeux de Garfinkel, est forcément une entreprise empirique.

CHOIX ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

L'analyse des expériences individuelles des médecins, le sujet de cet article, s'inscrit dans le cadre d'une étude multicas plus large et prenant huit modes d'organisation comme unités d'analyse (Yin, 1994, 1999). Dans le cadre de l'étude de cas, nous avons choisi des modes d'organisations avec des caractéristiques « contrastantes », soit deux CLSC et deux cabinets privés situés respectivement en milieu urbain et en milieu rural, pour un total de huit cas. Dans chaque organisation, nous devions recruter un minimum de 2 médecins puisque l'étude multicas s'intéresse, entre autres, au phénomène de la pratique de groupe et de l'homogénéité des pratiques médicales. Nous avons donc recruté entre 2 et 4 médecins par organisation pour un total de 23 médecins généralistes. Nous avons par la suite recruté 5 autres médecins généralistes dans le but d'obtenir une plus grande saturation des données pour l'analyse des expériences individuelles. Ces 5 médecins ne font pas partie de l'échantillon de l'étude multicas puisqu'ils

³² Dans un CLSC, les médecins sont rémunérés à salaire ou au tarif horaire. Les médecins de CLSC de notre échantillon avaient le choix d'être rémunérés à l'acte pour la fourniture de services sans rendez-vous seulement, sauf dans un CLSC de Montréal n'offrant pas ce type de services. Le modèle CLSC se démarque également des cabinets privés par le fait qu'on y retrouve d'autres professionnels de la santé comme des infirmières, des travailleurs sociaux, etc.

travaillent dans 5 organisations différentes (trois dans un milieu CLSC en zone urbaine et deux en cabinet privé- un en zone urbaine et l'autre en zone rurale). Le tableau 1 indique la répartition des répondants selon le type d'organisation (CLSC ou cabinet privé) et d'environnement dans lesquels ils évoluent. Les numéros de répondants sont précisés dans chaque case et ces numéros apparaissent à la suite de chaque verbatim présenté dans l'article.

Tableau 1 : Répartition des répondants selon le mode d'organisation

		Organisation	
		28 répondants	Cabinet privé
Environnement	Urbain	9 (#1 à #9)	6 (#10 à #15)
	Rural	6 (#16 à #21)	7 (#22 à #28)
16 hommes et 12 femmes.			

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Les données présentées dans cet article ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées. La durée moyenne des entrevues a été de 120 minutes. L'entrevue semi-structurée permettait au médecin d'exprimer son point de vue sur l'influence des organisations et de l'environnement sur la pratique médicale de première ligne. La grille d'entrevue a été composée à partir des principales variables identifiées dans la littérature (mode de rémunération, culture organisationnelle, dynamiques de groupe, etc.) mais le répondant était libre d'élargir le champ de la discussion en fonction de ses opinions et expériences.

Notre démarche d'analyse s'est inspirée des principes de l'analyse qualitative de théorisation (Strauss & Corbin, 1998; Paillé, 1994). L'étape de codification a été réalisée avec l'aide de Nu-dist. Le travail de mise en relation et d'intégration des données a débuté par la mise à l'horizontale des données

(Creswell, 1998). Il s'agit d'une technique commune à l'ethnométhodologie et l'analyse phénoménologique et qui consiste, dans cette étude, à dresser une liste non répétitive des différentes affirmations faites par les médecins à propos des propriétés contraignantes et habilitantes des modes d'organisation (voir tableaux 3 à 7 en annexe). Ces affirmations sont par la suite regroupées en fonction des différentes significations qui peuvent leur être attribuées. Chaque expérience doit faire l'objet d'une réflexion sur l'éventail des significations possibles avant de faire l'objet d'une description qui tente d'en résumer « l'essence ». Par la suite, nous avons cherché à catégoriser ces affirmations en fonction des différents concepts de la théorie de la structuration. L'effort de théorisation s'est poursuivi par l'identification de différentes chaînes causales, ce que nous appelons ici les effets primaires et secondaires des modes d'organisation sur les pratiques des médecins généralistes.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

LES MULTIPLES MOTIVATIONS DES MÉDECINS : BESOIN DE SÉCURITÉ ET ESTIME DE SOI COMME TOILE DE FOND

Pour bien saisir les impacts que peuvent avoir les modes d'organisations sur les médecins, il faut d'abord s'attarder sur ce qui les motive. Bref, l'étude du structurel repose en partie sur une théorie de l'action, même tacite. Nous avons donc identifié, dans le discours des médecins, les aspects de leur pratique les plus importants à leurs yeux. Ces aspects peuvent être associés au concept de sécurité ontologique de Giddens (1984), c'est-à-dire aux motivations de base telles que l'estime de soi et la présence d'un sentiment de sécurité et de contrôle dans le déroulement des activités quotidiennes. En fonction de la personnalité de chacun, la satisfaction personnelle tirée des activités professionnelles peut prendre différentes formes : résultats observables à court terme, aider les plus démunis, la reconnaissance des pairs et la reconnaissance sociale en sont des exemples. L'atteinte d'une cible financière est un phénomène, à notre avis, qui relève essentiellement de la reconnaissance sociale. En effet, la rémunération doit refléter, pour les médecins, leurs savoirs scientifiques, leurs compétences

cliniques et surtout le fait qu'ils oeuvrent dans un secteur d'activités jugées prioritaire par la population et qui comporte un haut degré de risques et de responsabilités. Les médecins de notre échantillon ont fait de nombreuses comparaisons entre leurs revenus et ceux d'autres professionnels (ex. : avocats) ou encore différentes classes de métiers (plombiers, électriciens). C'est en partie en fonction des revenus des autres groupes professionnels que les médecins généralistes fixent leur cible financière.

Le sentiment de sécurité dans les activités quotidiennes est associé à la maîtrise des savoirs et compétences en lien avec les différents problèmes de santé susceptibles d'être rencontrés à l'échelle de la première ligne. Lorsque le degré d'incertitude est élevé, les médecins valorisent également la présence d'un support adéquat à la pratique : collègues, autres professionnels, spécialistes et plateau technique facilement accessible. Le sentiment de contrôle sur les activités quotidiennes est lié au concept d'autonomie professionnelle. Le tableau 2 présente, pour chaque dimension (colonne 1), les éléments valorisés par les médecins dans le cadre de leurs activités professionnelles (colonne 2).

En fonction des motivations (in)conscientes propres à chaque médecin généraliste, les différentes conditions à l'action que nous présentons dans la prochaine section sont susceptibles de ne pas toujours produire les mêmes effets.

DES CONDITIONS À L'ACTION AVEC DES EFFETS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Les conditions à l'action, comme nous l'avons montré à la figure 1, proviennent aussi bien de l'environnement externe que de l'organisation en tant que contexte d'action immédiat. Nos analyses révèlent que les modes d'organisation influencent quatre aspects centraux de la pratique des médecins généralistes : 1- les actes médicaux posés; 2- la gestion du temps de travail; 3- le

Tableau 2 : Médecins et sécurité ontologique

1. Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Obtenir des résultats rapides ❖ Maîtrise des savoirs et compétences ❖ Desservir des clientèles défavorisées ou difficiles
Valorisation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconnaissance des pairs (collègues, Fédération).
Reconnaissance sociale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rémunération « équitable » compte tenu du statut dans la société ❖ Signes (feedbacks) en provenance de l'extérieur (ex. : clientèles) que le travail est apprécié. ❖ Sentiment de répondre aux demandes de sa clientèle et de la population
2. Sentiment de sécurité dans les activités cliniques quotidiennes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inconfort avec certaines clientèles ou pathologies ❖ Sentiment de ne pas pouvoir suivre l'évolution des connaissances ❖ Présence d'autres ressources médicales dans l'environnement pour la gestion des cas difficiles. ❖ Degré de responsabilité envers les clientèles (volume, autres ressources de première ligne dans l'environnement pour partager le fardeau)
Sentiment de contrôle : autonomie professionnelle³³	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Degré de contrôle sur les ressources matérielles, financières et de bureau. ❖ Degré de contrôle sur la gestion du temps de travail et des clientèles

maintien et l'acquisition de connaissances; et 4- le degré de spécialisation de la pratique de première ligne. Après avoir démontré l'impact des contextes d'action sur ces quatre aspects de la pratique (effets primaires), nous explorerons les chaînes de rétroaction et conséquences (non)intentionnelles qui leur sont associées, ce que nous appelons les effets secondaires.

³³ Il y a plusieurs définitions possibles de ce concept. Freidson (1970) a élaboré sur ce concept en parlant de « contrôle sur le travail » ou encore sur les « conditions de travail ». Cela inclut les façons d'accomplir le travail, son contenu, et le rythme et les heures de travail. McKinlay & Arches (1985) ont bonifié cette définition en ajoutant le contrôle sur les outils et les moyens (équipement, édifice, etc.) de travail.

Des actes qui ne sont pas basés uniquement en fonction des besoins des patients

Contrôler sa rémunération ou comment complexifier des actes simples

La plupart des médecins reconnaissent qu'il y a un lien étroit entre la rémunération à l'acte, l'atteinte d'une cible financière et la prestation des services (voir tableau 3, annexe). La rémunération à l'acte peut être associée à une ressource d'allocation sur laquelle le médecin peut exercer un contrôle lors de chaque consultation. La contrainte principale de cette formule de rémunération, selon les médecins, est que les actes complexes sont sous-rémunérés :

« On regarde juste notre acte actuellement, qui est très, très complexe avec la fragmentation de l'acte et tout; il y a des injustices flagrantes dans l'acte. Je veux dire, c'est plus payant de traiter 2 otites, que de traiter une dépression. Ça n'a pas de maudite allure. Amenez-en, des otites. Il y en a qui ont choisi de faire ça. » (#17)

La plupart des médecins rémunérés à l'acte vont donc « complexifier » des actes simples, par exemple effectuer systématiquement un examen complet pour une condition ne nécessitant pas toujours une telle procédure (ex. : grippe, otite) :

« La vache à lait des docteurs, c'est les rhumes, les gripes, les gastro-entérites, parce que un, ça ne prend pas de temps, c'est un examen qui est simple (...) La plupart des gens vont faire un examen complet parce que dans le fond tu touches au système puis ton examen est fait, puis ça vient de te donner \$15. Je ne connais pas de docteur qui ne charge pas d'examen complet pour un rhume ou une grippe. » (#12)

C'est une conduite « légitime » aux yeux des médecins (et qui n'est pas/ne peut pas être sanctionnée) puisque cela corrige les injustices perçues dans le cas d'autres types de consultation. En comparaison, les médecins rémunérés à salaire

ou au tarif horaire ont l'impression d'avoir une pratique plus « pure » du fait de ne pas avoir à se soucier des codes de la Régie d'assurance maladie du Québec avant de poser un acte (#7).

L'absence de ressources spécialisées : une contrainte ou une opportunité?

Un accès difficile aux ressources spécialisées et diagnostiques implique pour les médecins l'adoption d'une approche « clinique » plus approfondie avant de référer un patient.

« À X (ville), ils vont demander l'écho très rapidement parce qu'il est disponible (...) Tandis que moi (...) il faut que j'appelle une ambulance et il faut que je transfère le patient en ambulance (...) Alors je vais être plus clinique. » (#18)

Ce qui est au départ décrit comme une contrainte (options limitées, source d'incertitude) est par la suite rationalisé par certains médecins comme une opportunité liée à l'acquisition et au maintien des connaissances (estime de soi) et qui procure la satisfaction de pratiquer une médecine « plus académiquement correcte » (#25).

Le pouvoir du patient en situation de coprésence

Les médecins ne sont pas insensibles aux attentes et demandes des patients. Certains patients « exigent » une médication, un test diagnostique ou une référence vers un spécialiste:

« Il y a une question de valeurs sociales. Il y a des patients qui la veulent la médication, et qui veulent être surmédicalisés. » (#12)

Certains médecins, surtout ceux rémunérés à l'acte, ont mentionné ne pas toujours avoir le temps ou l'énergie pour expliquer pourquoi un test ou une

médication quelconque serait inutile. De plus, le médecin fait alors face à un patient insatisfait (#13) et qui réussira probablement à convaincre un autre médecin (#21). Il faut apprendre à choisir ses batailles et différencier les options inutiles de celles qui sont dangereuses (#15).

La coprésence comme source d'influence... lorsqu'il y a coprésence

Nos répondants reconnaissent que les situations de coprésence dans l'organisation (routines sociales) peuvent influencer leur degré de connaissances et leurs attitudes face à certains actes :

« Mes collègues ont une clientèle féminine très, très, très développée. Alors la ménopause et le calcium, laisse-moi te dire qu'il faut qu'on soit à jour, parce qu'on se le fait dire! » (#6)

Par contre, la plupart des médecins oeuvrant en cabinet privé décrivent leur milieu de pratique comme du « solo en groupe ».

« Ici, on est seul dans la foule. C'est un ensemble de monde qui louent pour un certain nombre d'heures et qui viennent voir un certain nombre de patients. C'est tout. » (#9)

Les occasions d'échanger des informations cliniques sont rares:

« La polyclinique c'est une chaîne de montage. Tu produis, tu produis... Te nourrir? Non. Ça, tu le fais chez vous. Ou dans des congrès. » (#13)

Le mode de rémunération à l'acte est associé par les médecins à une pratique médicale davantage en vase clos. Dans tous les milieux cependant, la question de l'autonomie professionnelle demeure un sujet délicat. À moins d'être témoin d'une erreur médicale sérieuse, les médecins évitent autant que possible de remettre en question le jugement d'un collègue, « ça ne se fait pas » (#11). Il

s'agit, comme le dirait Giddens, d'une règle tacite plutôt que formulée. Le conseil médical se donne sur demande, rarement sans y avoir été invité³⁴.

Une routine en quatre temps

Les attributs de l'organisation et de l'environnement influencent également la façon dont les médecins gèrent leur temps de travail (voir tableau 4 en annexe). Nous pouvons distinguer quatre composantes : 1- la durée de la consultation; 2- le temps/semaine que le médecin accorde pour le suivi de patients versus les services de sans rendez-vous; 3- le délai d'attente pour les visites de suivi; et 4- le temps « périphérique » (administration, retour d'appel, contacter les spécialistes, collaborer avec d'autres médecins, etc.).

Les multiples déterminants du temps de consultation

Tous les médecins ont mentionné que le mode de rémunération influence la durée des consultations. Dans le cas de nos répondants rémunérés à l'acte, la durée moyenne des consultations est de 15-20 minutes pour un patient vu sur rendez-vous³⁵ et de 5-10 minutes pour un patient vu sans rendez-vous. Ces médecins invoquent les « frais de bureau » pour justifier leur rythme de travail.

« Quand je travaillais en CLSC, je voyais 6-8 patients par demi-journée. Quand tu es en privé et que tu as des frais de bureau, tu en cédules un peu plus parce que tu sais qu'il y en a tout le temps 3-4 qui vont annuler. Alors tu les cédules aux 15 minutes et tu en mets 3-4 de plus (...) Je sens une

³⁴ Dans les milieux où il y a partage des dossiers, les médecins déplorent également l'état des dossiers. Les notes sont généralement insuffisantes pour véritablement être en mesure de suivre et évaluer le processus suivi par un collègue. Les médecins agissent comme s'ils étaient en pratique solo.

³⁵ Certains médecins rémunérés à l'acte de notre échantillon ont développé des « mini-spécialités », par exemple VIH/sida ou services de santé mentale. Le temps de consultation passe alors de 20 à 45 minutes. Toutefois, ces médecins compensent par la suite par un plus grand nombre de périodes de sans rendez-vous. La diminution du nombre de périodes de rendez-vous disponibles fait en sorte que le délai d'attente pour une visite de suivi atteint alors souvent 2-3 mois, une situation avec laquelle ces médecins sont inconfortables. Ce type de dilemme fut souvent mentionné par les médecins rémunérés à l'acte.

pression à l'acte, c'est certain parce qu'on a des frais à payer. » (#12)

En comparaison, pour nos répondants payés à salaire ou à tarif horaire, le temps de consultation sur rendez-vous varie entre 20 et 45 minutes en fonction de la lourdeur des cas et de la position de l'établissement sur le territoire (point de service principal ou secondaire). En effet, les médecins rémunérés à salaire ou au tarif horaire mais qui évoluent dans un environnement en pénurie de médecins de famille travaillent à un rythme semblable à celui des médecins rémunérés à l'acte. Cette dimension a un impact majeur sur le sentiment de responsabilité des médecins envers les clientèles. Les médecins conservent alors plus facilement une pratique « ouverte » (c'est-à-dire qu'ils acceptent de nouveaux patients malgré la perception d'avoir atteint leur limite) et le grand nombre de patients les force à maintenir un rythme rapide de consultation.

La plupart des médecins généralistes ont également mentionné que la « pression de la salle d'attente » pouvait influencer leur rythme de travail. Le fait de savoir qu'il y a plusieurs personnes en attente peut influencer le rythme de travail, tout comme les regards des patients lorsque le médecin se pointe brièvement hors de son bureau³⁶. Dans un sens, la relation de coprésence patient/médecin est enclenchée dans la salle d'attente. Le même phénomène se reproduit dans le bureau du médecin. Certains patients ont été « socialisés » à être vu rapidement et demeurent debout, ou sur le bout de leur chaise, pendant la consultation :

« Quand je suis arrivée à X, certains patients qui étaient habitués d'aller à certains endroits où ça fonctionne très rapidement ne s'assoient même pas, ne se déshabillaient même pas. Ou au contraire, ils étaient quasiment déshabillés avant que j'ouvre la porte. J'étais obligée de leur dire, « assoyez-vous un peu, j'ai des questions à vous

³⁶ Pour l'un de nos répondants, même la vue sur le stationnement, à partir de la fenêtre de son bureau, est suffisante pour influencer son rythme de travail.

poser ». Mais il y en a qui restait debout. Ils étaient habitués d'être vus en 5 minutes. » (#13)

À l'opposé, certains patients ne donnent parfois aucun signe de vouloir partir ou encore donnent l'impression de vouloir soulever un autre problème jusque dans les derniers moments de la consultation :

« Dès fois, c'est sur la poignée de porte que ça se passe : « ça va pas pantoute mon affaire ». Bon là est-ce qu'on se rasseoit pour une demi-heure, ou on le fait rasseoir cinq minutes et on essaie de voir la grosseur de la crise et « on se revoit la semaine prochaine? » (#14)

Les normes actuelles encouragent également un rythme de consultation rapide. Ces normes sont tacites mais non moins ressenties par les médecins. Ceux qui vont « vite » (6-8 patients à l'heure) sont perçus par certains comme des médecins qui travaillent plus forts, qui sont plus productifs et efficaces. Certains médecins ont parlé d'une atmosphère de compétition dans certains milieux et les médecins qui sont plus lents sont perçus comme « anormaux » :

« Elle fait une excellente job. Mais c'est une obsessive compulsive majeure. Elle fait une super job de docteur, mais pour ce que je vois, moi, en 15 minutes, ça lui prend trois quarts d'heure. Elle était malheureuse avec ce mode-là. Elle est partie. » (#20)

Le personnel de soutien influence aussi le rythme de travail des médecins. Les secrétaires représentent une « ressource » importante car elles procèdent à un certain triage des clientèles tout en assumant une part du temps périphérique des médecins. Ce type de support est souvent un élément important dans la décision d'un médecin de pratiquer en clinique versus en établissement. Dans les cabinets privés, les médecins ont davantage de « contrôle » sur les secrétaires et la définition de leurs tâches :

« Tu as ce pouvoir-là de dire un moment donné « on est ici pour rendre un service, il faut que ça roule. Si tu es pas capable de le faire, on va jaser de ça (...) » (#14)

Les caractéristiques des clientèles ont également un impact majeur sur le temps de consultation. Les personnes âgées et les personnes avec des problèmes de santé mentale, par exemple, demandent beaucoup plus de temps :

« Les patients âgés, ça prend 5 minutes rien que faire partir de la chaise et les faire asseoir sur la table d'examen. Finalement ils (collègues rémunérés à l'acte) les voient pas, ou ils examinent par-dessus le linge, puis ils font même pas ça sur la table d'examen, ils les laissent sur la chaise. » (#23)

Certains médecins n'aiment pas débiter une journée avec des cas semblables, le retard occasionné augmentant alors le niveau de pression pour la gestion des cas suivants. La grande difficulté pour les médecins rémunérés à l'acte est d'ajuster le temps de consultation en fonction des besoins de la clientèle. Le concept d'équité a été mentionné, que les cas faciles soient traités en 5 minutes et les cas lourds en 30 minutes, « s'arranger pour qu'au bout de la journée, un compense l'autre » (#16). Par contre, certains médecins rémunérés à l'acte ne dérogent pas de la règle de 15 minutes, peu importe le cas, ou, plus simplement, refusent de suivre ces clientèles. Selon plusieurs médecins, la lourdeur des clientèles (vieillissement de la population) explique également pourquoi tant de médecins rémunérés à l'acte allouent la majeure partie de leur temps aux services sans rendez-vous.

Les multiples fonctions des services sans rendez-vous

La rémunération à l'acte est associée à une plus grande part de la pratique consacrée aux consultations sans rendez-vous, une forme de « déresponsabilisation » aux yeux de plusieurs médecins. Plusieurs de nos

répondants sont d'avis que le sans rendez-vous représente par contre, avec les structures de prix actuelles, la seule façon de « rentabiliser » leur pratique. La part du sans rendez-vous augmentant, la disponibilité de ces médecins pour le service de rendez-vous diminue. Les services sans rendez-vous sont également « en demande » par la population et le discours politique valorise l'accessibilité horaire (#9), ce qui donne une légitimité supplémentaire à ce style de pratique. Le sans rendez-vous est également décrit comme une façon de « financer » le temps de rendez-vous avec des clientèles plus lourdes plutôt que de cesser de les suivre.

Le suivi de patients : comment fabriquer l'incertitude

Le délai d'attente pour les visites de suivi est de 2-3 mois pour la majorité des médecins de notre échantillon. Ce délai peut refléter le fait que le médecin possède un grand nombre de dossiers actifs et/ou qu'il y ait pénurie de médecins sur le territoire de pratique. Par contre, ce délai peut aussi être le résultat d'un nombre limité de périodes de rendez-vous par semaine en raison de la prédominance du sans rendez-vous. Pour tous les médecins, un délai de 2-3 mois représente une source d'incertitude difficile à gérer :

*« La consultation est la base de la médecine. Il faut être capable de revoir le patient rapidement. Cela permet de réduire et mieux gérer l'incertitude. »
(#20)*

« (...) je peux vous dire que c'est hyper stressant, de savoir qu'on n'est pas capable de voir les gens, à moins de les mettre en surplus, en moins d'un mois, 2 mois. »

Les médecins développent différentes stratégies pour gérer ces situations : création d'un « bureau secret » (#4), c'est-à-dire des périodes sur lesquelles les secrétaires n'ont pas le contrôle, consultations sur les heures de repas ou de pause (#16) ou encore donner plus de responsabilités aux patients (#21).

Le mode de rémunération influence-t-il l'étendue de la responsabilité du médecin?

Le mode de rémunération influence la gestion du temps « périphérique ». Pour plusieurs de nos répondants rémunérés à l'acte, la gestion des dossiers et les retours d'appel représentent un temps « extra » (en moyenne, il s'agit de 3-4 heures par semaine) qui est limité au maximum et souvent pris en dehors des heures normales de bureau (soirs et fins de semaine). Les médecins au salariat ou au tarif horaire utilisent une demi-journée par semaine de leur temps régulier pour accomplir ce travail qui fait partie intégrale, à leurs yeux, de leurs responsabilités médicales.

Le médecin généraliste peut-il demeurer... généraliste?

Le contrôle et le maintien des connaissances et des compétences contribuent au développement de l'estime de soi. Plusieurs médecins ont souligné le fait qu'avec le vieillissement de la population et l'évolution rapide des connaissances dans certains domaines, il est devenu difficile de maintenir une pratique « générale ». La recherche d'un sentiment de sécurité dans les routines cliniques a mené plusieurs médecins à développer des « mini-spécialités ». Il est important, selon eux, « de se trouver bon dans un domaine qu'on aime » (#13). Plusieurs aspects des modes d'organisation peuvent cependant influencer soit le processus d'acquisition de connaissances des médecins ou encore le *besoin ressenti* d'acquérir de nouvelles connaissances.

Coprésence formelle ou informelle?

Les dynamiques de groupe peuvent influencer les connaissances des médecins par les biais de mécanismes formels et informels. Les mécanismes formels, comme les activités d'éducation médicale continue, sont cependant presque l'exclusivité des médecins rémunérés à salaire ou au tarif horaire. Les aspects financiers sont en cause : « je pense que si c'est ancré que tu n'es pas payé

pour ça, tu peux négliger ça à la longue » (#5). Les mécanismes informels de coprésence englobent l'ensemble des interactions entre médecins et autres professionnels de la santé dans le déroulement des activités quotidiennes. Dans certains milieux, la gestion du temps limite, comme nous l'avons vu, les opportunités de rencontres informelles.

Éloignement des spécialistes : la première ligne et demie des généralistes

La disponibilité des ressources spécialisées joue, aux yeux des médecins, un rôle important. En effet, lorsque l'accès aux ressources spécialisées est difficile, les médecins n'ont pas le choix de suivre leurs patients jusqu'à la « limite » de leurs compétences (#26). Les spécialistes offrent d'ailleurs un meilleur support aux médecins qui ont tout tenté avant de référer un patient :

« Tu envoies toujours des cas lourds. Tu sais, si tu n'as jamais fait un petit peu d'investigation, si tu n'as jamais fait... Les gars et les filles là-bas finissent par te connaître (...) D'emblée, il y a quelque chose de tacite qu'il y a des affaires qui vont avoir été faites. » (#23)

Les médecins qui pratiquent en milieu rural sentent une pression supplémentaire de se tenir à jour dans le plus de domaines possibles, et ils ont surtout plus souvent l'occasion de mettre en pratique ces connaissances.

« Quand j'étais en campagne, des infarctus, je n'en voyais pas à tous les jours mais au moins à tous les moins, alors que là à Montréal, ça fait un an, j'ai vu un infarctus. Ça s'explique par les ressources qu'il y a autour. » (#3)

En milieu rural, les médecins sont donc plus enclins à dire qu'ils font quelquefois de la première ligne et demie comparativement à leurs confrères pratiquant en milieu urbain.

Le besoin d'apprendre est stimulé par l'exposition aux problèmes de santé

L'acquisition de connaissances est également liée aux types de clientèles desservies et à la disponibilité d'autres ressources de première ligne dans l'environnement. Le ratio médecin/population influence la capacité des médecins de sélectionner des clientèles. De plus, il faut considérer le fait qu'en fonction des contextes, certaines organisations « attirent » des clientèles particulières (#21).

Clientèles desservies : entre sélection, devoir et responsabilité

Certains de nos répondants ont limité l'éventail des clientèles desservies en rendez-vous dans les premières années de leur pratique pour des raisons personnelles (préférences), des raisons financières ou encore pour mieux « contrôler » le degré d'incertitude dans les activités quotidiennes :

« (...) il y a des degrés d'incertitude que je ne prendrais pas aujourd'hui (...) s'il y a un bébé qui rentre dans mon bureau, je vais avoir chaud. » (#19)

« Je peux pas prendre de la santé mentale en privé, ça a pas d'allure à l'acte. Ça bousille un horaire de rendez-vous. » (#2)

Certains médecins sélectionnent donc leur milieu de travail en fonction des clientèles susceptibles de s'y présenter (accepter un poste spécifique dans un CLSC, choisir un milieu riche ou pauvre). Les caractéristiques des organisations et de l'environnement peuvent influencer ce mécanisme de sélection mais l'exclusion de certaines clientèles de leur pratique quotidienne peut aussi être le résultat d'un long processus plutôt que d'une décision personnelle entièrement planifiée, réfléchie et intentionnelle.

Les modalités de coprésence : processus de triage des clientèles

Les médecins ont tendance à exclure certaines clientèles de leur quotidien si, entre autres, il n'y a pas de mécanismes organisationnels, formels et/ou informels, d'échange de connaissances. La composition de l'équipe de travail peut alors jouer un rôle important. La compétence générale semble appartenir davantage au groupe qu'aux individus. Un médecin peut se joindre à une organisation dans laquelle les médecins généralistes ont tous développé une « mini-spécialité ».

« (...) il y en a ici qui sont moins à l'aise avec les enfants. Entre nous autres, souvent on le sait. Moi, c'est pareil, ça a l'air drôle à dire, j'ai fait pratiquement 20 ans d'obstétrique et je n'avais jamais installé un stérilet dans ma formation. Alors c'est mes confrères qui les installent. Alors à l'intérieur, on est capable de s'aider » (#20)

Les patients demandent spécifiquement à voir ces médecins et un « triage naturel » prend place, parfois aussi par le biais du personnel de soutien (secrétaires et infirmières qui font du triage). S'il n'y a pas de mécanismes de diffusion de l'expertise, les différents médecins demeurent dans leur « bulle » et se réfèrent mutuellement des patients.

La pression de l'environnement pour maintenir une pratique « ouverte »

La disponibilité des ressources médicales dans l'environnement peut restreindre la « liberté de choix » des médecins en ce qui concerne les clientèles desservies. Les médecins ressentent alors une obligation morale de maintenir une pratique « ouverte » davantage en fonction des besoins de la population que de leurs préférences personnelles :

« ...C'est sûr que dans une région comme la nôtre où la population vieillit, je ne me fait pas un point d'honneur d'avoir une clientèle jeune. » (#10)

À l'opposé, le peu de diversité des ressources de première ligne dans l'environnement peut également amener un médecin à se spécialiser :

« (...) quand je suis arrivée j'étais à peu près la seule femme ici. Alors les femmes qui veulent un examen gynécologique... c'est pour ça que je me suis ramassée avec un paquet de suivis de femmes. » (#9)

Les patients sélectionnent les organisations

En milieu urbain, il y a aussi une division tacite des clientèles entre cabinets privés et CLSC, à savoir que les clientèles lourdes se retrouvent généralement en CLSC :

« (...) quand il y a 34 personnes dans une salle, ne me dites pas que la personne qui a des problèmes psychologiques importants se sent très à l'aise là-dedans. Elle va aller au CLSC, où il y a moins de monde, où elle se sent plus à l'aise, où c'est plus adapté à ses besoins. Ce n'est pas par hasard que c'est plus là que tu vois cette personne-là. » (#6)

« Mais les gens viennent pas pour la même chose. « J'ai mal à la cheville », c'est plus court que « je file pas », et puis il faut dire que le milieu n'est pas le même. X c'est un milieu plus pauvre, Y c'est un milieu plus aisé. Puis il y a probablement aussi- c'est peut-être un préjugé que j'ai- CLSC ça fait plus miséreux. Parce qu'avant de travailler au CLSC, si j'avais une bronchite ou quelque chose, ça ne m'aurait pas effleuré l'esprit d'aller au CLSC. Je serais allé à la clinique médicale. » (#3)

L'aménagement physique de l'espace, de même que la symbolique organisationnelle rattachée respectivement au concept de « cabinet privé » et de « CLSC » semblent, en partie du moins, jouer un rôle dans le choix des clientèles d'utiliser les services d'un cabinet privé vs d'un CLSC.

Effets secondaires et conséquences (non)intentionnelles des actions

Les modes d'organisation contribuent, comme nous venons de le voir, à influencer quatre aspects centraux de la pratique des médecins généralistes. Ces aspects peuvent s'influencer mutuellement ou influencer d'autres dimensions de la pratique de première ligne. Nous parlons ici d'effets « secondaires » et de conséquences (non)intentionnelles, qui prennent la forme d'effets d'entraînement et de rétroaction.

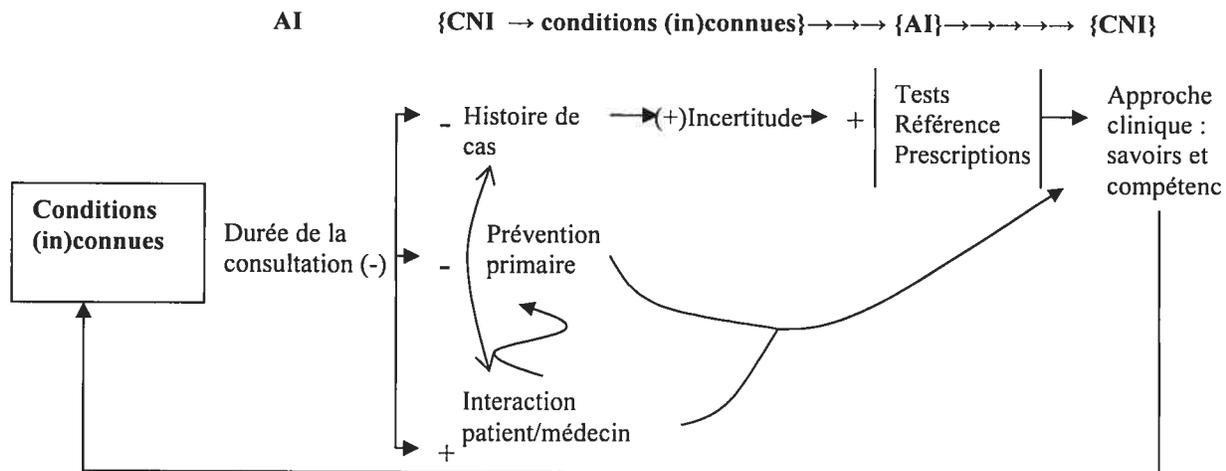
Illustration des effets secondaires

Nous présentons ci-dessous une série de relations entre le mode de rémunération, la gestion du temps, l'incertitude médicale et les modalités de coprésence. Dans la section précédente, nous avons vu comment les modes d'organisation influencent la gestion du temps de travail des médecins. La gestion du temps de travail représente, à notre avis, la pierre angulaire autour de laquelle les autres aspects de la pratique des médecins généralistes s'articulent et évoluent dans le temps. La gestion du temps, tout comme les connaissances, ont été présentées comme des résultats de l'action dans la section précédente. Ces deux éléments deviennent ensuite des conditions à des actions subséquentes. Par exemple, dans le cas de la gestion du temps :

« Le CLSC va attirer les gens qui veulent pratiquer avec plus de temps, puis la disponibilité de ce temps-là va faire qu'ils vont commencer à développer certaines choses. » (#7)

La figure 2 illustre les effets d'entraînement et de rétroaction associés à la gestion du temps de travail :

Figure 2: Le temps de consultation comme résultat et conditions de l'action



AI : acte intentionnel : CNI : conséquence non intentionnelle

Par exemple, la durée des consultations a une influence directe sur la relation patient/médecin :

« Il y en qui font ça dans 2 salles. Ils ouvrent la porte, ils ont aucune attitude sympathique qui même donne la possibilité d'ouvrir la porte. Je veux dire, quand on est sympathique, quand on est souriant, quand on est attentif, on a une deuxième et une troisième question de plus. C'est sûr. Et souvent un deuxième et un troisième problème, qu'on ne règle pas toujours, mais le patient nous en parle. J'en viens à dire qu'on est victime de la pratique qu'on fait. » (#1)

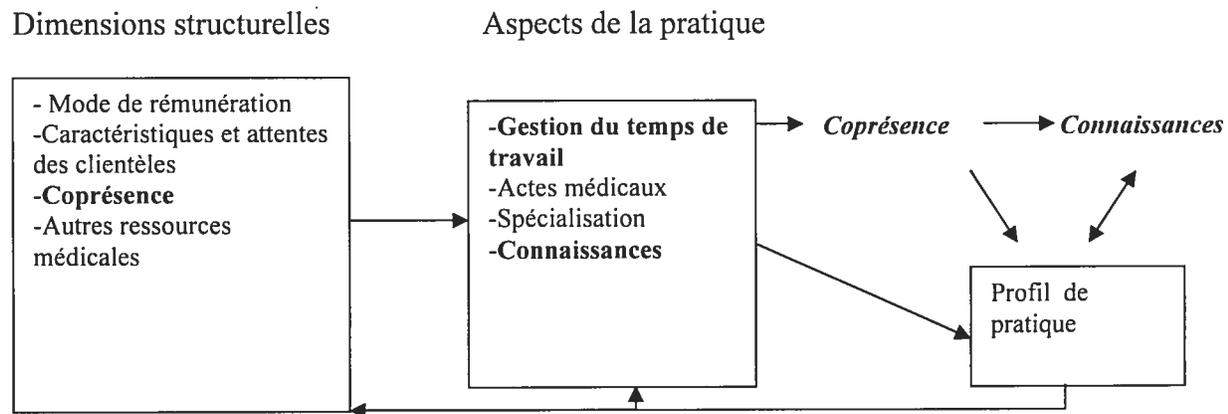
La durée de la consultation influence également le degré avec lequel l'aspect prévention / promotion de la santé est intégré dans les activités quotidiennes des médecins, ainsi que la façon dont l'histoire de cas est menée. Ultiment, ces aspects influencent aussi les décisions cliniques :

« Je ne pense pas que tu puisses donner des rendez-vous non nécessaires, parce que tu as tellement un gros caseload, que si tu mettais des rendez-vous non nécessaires, tu n'en finirais jamais, tu ne serais

plus capable de soigner ta clientèle (...) ce que ça occasionne par exemple, si tu n'as pas le temps de voir tes patients, tu vas demander des tests. Si tu n'as pas le temps de questionner ton patient, tu demandes plus de tests. » (#9)

Ces aspects de la pratique sont également influencés par les normes médicales professionnelles et de groupe, donc par les modalités de coprésence. Ces modalités de coprésence sont elles-mêmes influencées par le mode d'organisation et la gestion du temps de travail. Nous touchons ici encore à un nœud de relations complexes où les résultats de l'action deviennent ensuite des conditions à des actions subséquentes. Par exemple, la figure 3 illustre ce phénomène dans le cas des normes de coprésence qui contribuent à influencer la gestion du temps de travail, qui influence les modalités de coprésence, qui influence à son tour l'acquisition de connaissances et le profil de pratique.

Figure 3 : Illustration des boucles de causalité



Les clientèles et les problèmes de santé rencontrés en sont un autre exemple. En effet, il semble y avoir un jumelage médecins/clientèles qui dépend bien sûr en partie des préférences individuelles, mais qui est également influencé par les organisations (ex. : mission, symbolique organisationnelle, champs de compétences des collègues) et les contextes (ex. : autres ressources de première ligne sur le territoire, caractéristiques des clientèles). À long terme, les effets secondaires sont multiples : gestion du temps et de l'incertitude selon les

clientèles, degré de spécialisation des connaissances et des compétences et, dans l'ensemble, la philosophie de soins. En effet, la « philosophie de soins » est un processus qui s'actualise au quotidien par le biais, entre autres, des interactions avec les patients. La nature de la consultation, rendez-vous versus sans rendez-vous, est un autre exemple de facteur avec des effets secondaires complexes. Il n'y a pas seulement 5 minutes de différence entre les deux types de consultation, c'est « toute la disposition d'esprit qui est en jeu » (#6). Le sans rendez-vous peut également entraîner une perte de compétences pour les médecins :

« Et ce qui est difficile à apprendre quand on fait le suivi d'un diabétique, d'un hypertendu, c'est d'apprendre à cédule les rencontres, qu'est-ce qu'on doit faire, la prévention secondaire, comment on doit intervenir. Quand ça fait dix ans que tu fais juste du sans rendez-vous, tu ne le sais plus, où tu ne veux plus le savoir. » (#10)

Le sans rendez-vous est synonyme de médecine compartimentée — on cible le « bobo » prioritaire— avec un degré de responsabilité minimum pour le médecin. Ce type de pratique peut être prisé à court terme par certains médecins, et pour différentes raisons (financière, stress en début de carrière), mais les effets secondaires à plus long terme sur les compétences apparaissent comme des conséquences non intentionnelles.

DISCUSSION

Dans cet article, les notions de la théorie de la structuration nous ont permis de mieux comprendre les différentes motivations à l'action du point de vue des médecins généralistes. Le concept de « sécurité ontologique » permet de relativiser l'importance des intérêts purement financiers. Les choix intentionnels de sélection de clientèles, de « spécialisation » de la pratique et de temps dévoué aux consultations sans rendez-vous peuvent également, par exemple, être motivés par le désir de réduire le degré d'incertitude dans les activités quotidiennes. En effet, avec des clientèles de plus en plus lourdes et des connaissances qui évoluent

rapidement, nos répondants ont exprimé le besoin de conserver un certain contrôle sur leurs savoirs et leurs compétences. D'autres études ont également mis en lumière ce phénomène d'insécurité ressentie chez les médecins généralistes. Par exemple, en Norvège, dans le cadre d'une enquête menée auprès de 1276 médecins généralistes, un tiers a déclaré se sentir désarmé et vulnérable professionnellement devant l'évolution rapide des connaissances (Nylenna & Aasland, 2000). Dans cette perspective, plusieurs de nos répondants sont d'avis que le médecin généraliste et polyvalent est peut-être une espèce en voie de disparition. Il faut alors se questionner, à l'instar de Gerada, Wright & Keen (2002) sur l'avenir de la médecine générale dans les systèmes de santé.

Les concepts de la théorie de la structuration nous ont également permis de montrer que, outre les motivations individuelles, les déterminants de la pratique médicale de première ligne — les différentes conditions de l'action — sont multiples et débordent également le simple cadre organisationnel. Si le mode de rémunération représente l'un des facteurs les plus étudiés dans la littérature sur les variations de pratique, d'autres, comme les modalités de coprésence, n'ont encore que très rarement été pris en considération. Il peut s'agir, dans un premier temps, de la collaboration professionnelle comme source de connaissances et filet de sécurité essentiel étant donné la complexité grandissante des cas. Dans un deuxième temps, l'approche clinique du médecin généraliste peut aussi être influencée, comme nous l'avons vu, par la présence de médecins spécialistes dans l'environnement et la perception de ce que ces derniers considèrent comme un cas de référence « légitime ». Enfin, la notion de coprésence sert également à interpréter l'impact des clientèles³⁷ sur les routines et décisions cliniques des médecins généralistes. À cet égard, les préférences des patients n'ont que très peu été explorées dans la littérature sur les variations de pratique mais, comme le soulignent Greer et al. (2002), il ne faut jamais perdre de vue que la médecine se

³⁷ La diffusion des connaissances médicales, entre autres via l'internet, vient aussi bousculer le déroulement des consultations et les relations patient/médecin. Selon nos répondants, leur degré d'influence sur les clientèles a diminué au cours des dernières années, un phénomène également observé dans d'autres pays (Tousijn, 2002).

pratique dans un contexte social donné. Dans notre étude, les médecins ont reconnu que l'attitude des patients, verbale et non verbale, pouvait influencer le déroulement des consultations et les décisions cliniques. Nous avons vu également que la division du temps en rendez-vous et sans rendez-vous met en jeu des modalités de coprésence différentes entre les patients et les médecins³⁸. La consultation sans rendez-vous est associée à une approche biomédicale où la communication avec le patient est réduite au minimum. Or, un temps de consultation plus court est associé, entre autres, à une plus grande prescription d'antibiotiques et de tests de laboratoire (Lundkvist et al., 2002; van der Weijden et al., 2002).

Dans cet article, nous avons également insisté sur l'importance de la notion de « conséquence (non)intentionnelle » développée par Giddens (1984). En effet, chaque action intentionnelle repose en partie sur des conditions (non)connues et peut avoir des conséquences (non)intentionnelles qui, à leur tour, peuvent servir de conditions à des actions subséquentes. Dans cet article, les connaissances et compétences, par exemple, apparaissent à la fois comme conditions et résultats de l'action, un thème central dans l'œuvre de Giddens. La démonstration d'effets secondaires et de boucles de causalité est à peu près inexistante dans la littérature sur les pratiques médicales. L'étude de Diwan, Schas & Wahlstrom (1997) a permis d'illustrer la relation entre connaissances et pratiques de la manière suivante : pratique- connaissance- attitude- pratique. L'étude de Miller et al. (2001), en utilisant la théorie de la complexité, souligne également le caractère non linéaire des interventions et des pratiques en insistant sur les notions d'improvisation, d'intuition et d'adaptation à l'environnement. Nos données démontrent également que les médecins doivent s'ajuster au caractère dynamique de l'environnement et qu'il y a des facteurs sur lesquels ils n'ont que peu de contrôle (fermeture d'une clinique voisine par exemple). Par contre, les médecins doivent aussi réagir à des situations d'incertitude qu'ils ont eux-mêmes contribué

³⁸ L'étude de Flocke, Miller & Crabtree (2002) présente une taxonomie des styles d'interaction patient/médecin en médecine familiale. Quatre types d'interaction sont explorés : centrée sur la personne; biopsychosociale; biomédicale; et centré sur l'autorité du médecin.

à créer. Par exemple, l'incertitude médicale est parfois le résultat d'histoires de cas incomplètes ou de délais trop longs entre les visites de suivi en lien avec les stratégies initiales de gestion du temps.

Enfin, bien qu'il ne s'agit pas du thème central de cet article, il nous apparaît pertinent d'aborder le concept de la dualité du structurel dans la perspective des systèmes de santé. La façon dont les médecins utilisent les règles et ressources existantes contribue en effet à la (re)production des contextes d'action. À l'échelle du système de santé, les médecins ont identifié deux aspects fondamentaux de la pratique de première ligne actuellement en mutation : la continuité des soins et l'étendue de la responsabilité des médecins. En ce qui concerne la continuité des soins, elle est compromise par une valorisation excessive de l'accessibilité horaire. Dans certains milieux, le sans rendez-vous est désormais considéré comme la pratique de base et le rendez-vous comme une pratique satellite. Certains médecins justifient l'investissement dans les services sans rendez-vous par le fait que ces services sont « exigés » par la population. Plusieurs de nos répondants affirment toutefois que les médecins ont eux-mêmes contribué au développement d'une culture de médecine rapide. Le type d'interaction utilisé lors des consultations sans rendez-vous contribue à (re)produire les attitudes et les attentes des clientèles face aux services des médecins généralistes. En d'autres mots, les clientèles peuvent être influencées par un style d'interaction au point de se comporter d'une manière qui facilite la reproduction de ce style d'interaction dans des visites médicales subséquentes. Les normes relatives aux responsabilités des médecins généralistes sont également affectées par la valorisation de l'accessibilité horaire, particulièrement dans les milieux où il y a abondance de médecins. L'idée de « suivre » une clientèle est en train de s'effriter et plusieurs médecins soulignent que cette tendance se concrétise à travers les stratégies de sélection de clientèles et de gestion du temps. Les médecins qui acceptent de suivre des clientèles lourdes ont d'ailleurs l'impression d'être en minorité. À leur avis, la médecine familiale traverse actuellement une crise de valeurs : c'est de moins en moins une vocation

ou une profession, et de plus en plus un travail de 9 à 5. Ce phénomène ne peut être isolé des valeurs et idéologies dominantes axées sur la primauté de l'individu dans les pays occidentaux (Beck & Beck-Gernsheim, 2002).

CONCLUSION : LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EST FORCÉMENT UN PHÉNOMÈNE SOCIAL

La littérature sur les variations de pratique à l'échelle de la première ligne ne permet pas encore de dégager un consensus quant à l'ensemble des sources d'influence à considérer, et encore moins d'en expliquer les effets sur les pratiques des médecins :

« Efforts to open the black box of physician decision-making have revealed a sometimes baffling array of influences. » (Eisenberg, 2002)

Dans cette étude, nous avons utilisé les perceptions des médecins pour aller au-delà des simples corrélations et montrer la complexité des mécanismes en jeu dans le processus de structuration de la pratique médicale de première ligne. Les médecins, les clientèles, les organisations et l'environnement forment un tout indissociable. Dans cette perspective, les politiques visant à orienter les pratiques des médecins généralistes doivent s'ajuster aux multiples intérêts et besoins de ces derniers et non pas uniquement miser sur les incitatifs d'ordre économique. Par exemple, la pratique de groupe — précisée dans cet article par le biais du concept de coprésence — apparaît comme un facteur susceptible d'accroître l'acquisition de connaissances et le degré de satisfaction et de sécurité des médecins généralistes dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Les modalités de coprésence sont au cœur même du phénomène organisationnel et représentent malheureusement un sujet de recherche sous-documenté dans le champ d'étude des déterminants de la pratique médicale.

ANNEXE

Tableau #3 :

Influence des modes d'organisation et actes médicaux

Propriétés structurelles	ACTES MÉDICAUX	
	EFFETS	ILLUSTRATION
Mode de rémunération	À l'acte, les décisions ne sont pas uniquement basées sur les besoins du patient.	<p>« Alors on fait pas juste ce dont le patient a besoin, on travaille un peu en fonction de ce que la Régie veut qu'on fasse pour qu'on soit payé (...) » (#18)</p> <p>« Par exemple, si une mère dit « je pense qu'il fait une otite », si je regarde juste les oreilles, ça va me donner 10 piasses et si je fais un examen complet, ça va me donner 30. J'aime pas ça être obligée de regarder comme ça, essayer qu'en bout de ligne je fasse un peu de sous (...) j'ai des dettes à payer (...) » (#13)</p> <p>« La vache à lait des docteurs, c'est les rhumes, les gripes, les gastro-entérites, parce que un, ça ne prend pas de temps, c'est un examen qui est simple (...) La plupart des gens vont faire un examen complet parce que dans le fond tu touches au système puis ton examen est fait, puis ça vient de te donner \$15. Je ne connais pas de docteur qui ne charge pas d'examen complet pour un rhume ou une grippe » (#12)</p>
Disponibilité des ressources médicales dans l'environnement	Accès difficile aux ressources spécialisées et diagnostiques mène à une approche plus clinique.	<p>« (...) écoute, si je demande une échographie à Joliette, c'est six mois. Alors tu peux être sûr que j'en demanderai pas pour rien » (#23)</p> <p>« À Lévis, ils vont demander l'écho très rapidement parce qu'il est disponible (...) Tandis que moi (...) il faut que j'appelle une ambulance et il faut que je transfère le patient en ambulance (...) Alors je vais être plus clinique » (#18)</p>
Coprésence	<p>1. Le type de contacts dans l'organisation influence la diffusion des connaissances et le degré de normalisation des pratiques.</p> <p>2. Les contacts avec d'autres professionnels influencent la prise en charge.</p>	<p>1. « Il y a une normalisation des pratiques s'il y a une évaluation de l'acte médical et des réunions scientifiques communes. Et il n'y en a pas à la clinique. Je ne serai absolument pas étonnée que ce soit totalement divergent (<i>style de pratique</i>). Et il y a des styles auxquels je ne veux absolument pas ressembler » (#9)</p> <p>2. « En CLSC, je ne prends pas tout sur mes épaules. En privé, il y a des choses que j'aborde pas parce que j'ai pas le temps de tout prendre sur mes épaules » (#1)</p>
Attentes des clientèles, valeurs sociales	Socialisation à une médecine rapide et de prescriptions.	<p>« Il y a une question de valeurs sociales. Il y a des patients qui la veulent, la médication, et qui veulent être surmédicalisés » (#12).</p> <p>« (...) à Montréal, il y a des gens qui viennent me voir, qui ont mal à la gorge depuis 10 minutes, ce qui n'a aucun sens (...) » (#10).</p> <p>« Un rhume en ville et un rhume à la campagne, c'est pas pareil » (#3).</p>

Tableau #4

Influence des modes d'organisation sur la gestion du temps de travail

Propriétés structurelles	GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL	
	EFFETS	ILLUSTRATION
Mode de rémunération	Rémunération à l'acte « pousse » les médecins à fixer une limite à la durée des consultations, généralement 15 minutes par rendez-vous comparativement à 20, 30 ou 45 minutes pour les médecins de CLSC.	« C'est l'enfer. Même avec rendez-vous, le débit est beaucoup supérieur. Il est beaucoup supérieur pour la simple bonne raison qu'on a des impératifs financiers. Le rythme du CLSC, en privé, ce serait un salaire ridicule. Alors pour aller chercher un salaire au moins équivalent (...) c'est un débit fou. C'est des patients aux 15 minutes (...) » (#1) « Quand je travaillais en CLSC, je voyais 6-8 patients par demi-journée. Quand tu es en privé et que tu as des frais de bureau, tu en cédules un peu plus parce que tu sais qu'il y en a tout le temps 3-4 qui vont annuler. Alors tu les cédules aux 15 minutes et tu en mets 3-4 de plus (...) Je sens une pression à l'acte, c'est certain parce qu'on a des frais à payer » (#12)
Disponibilité d'autres ressources médicales	Dans un contexte de pénurie d'effectifs médicaux, les médecins rémunérés à l'acte et à salaire travaillent au même rythme.	« Je vois mes patients aux 20 minutes. J'aurais pu faire le choix de les voir aux 30 ou 40 minutes (...) si je veux être capable de répondre aux besoins de ma clientèle, je dois adopter ce rythme-là » (#22).
Coprésence	Le rythme de travail des médecins peut être influencé par l'attitude des patients.	« Quand je suis arrivée à X, certains patients qui étaient habitués d'aller à certain endroits où ça fonctionne très rapidement ne s'assoient même pas, ne se déshabillaient même pas. Ou au contraire, ils étaient quasiment déshabillés avant que j'ouvre la porte. J'étais obligée de leur dire, « assoyez-vous un peu, j'ai des questions à vous poser ». Mais il y en a qui restait debout. Ils étaient habitués d'être vus en 5 minutes » (#13). « Dès fois, c'est sur la poignée de porte que ça se passe : « ça va pas pantoute mon affaire ». Bon là est-ce qu'on se rasseoit pour une demi-heure, ou on le fait rasseoir cinq minutes et on essaie de voir la grosseur de la crise et « on se revoit la semaine prochaine? » (#14).
Valeurs	Productivité, vitesse et compétences sont parfois associées.	« Je connais des confrères qui atteignent le plafond deux semaines avant la fin tout le temps et je me dis, ils sont donc bien bons, ils travaillent donc bien, et ils sont donc bien efficaces » (#23).
Caractéristiques des clientèles	La lourdeur des clientèles a, en principe, un impact majeur sur la durée de la consultation.	« Les patients âgés, ça prend cinq minutes rien que les faire partir de la chaise et les faire asseoir sur la table d'examen. Finalement, ils les voient pas, ou ils (médecins en CP) examinent par-dessus le linge, puis ils font même pas ça sur la table d'examen, ils les laissent sur la chaise » (#17).
Personnel de soutien	Les secrétaires médicales ont un rôle joué au niveau de la productivité.	« En CLSC, si on demandait aux secrétaires d'aller plus vite, il fallait mettre des gants blancs. Tout le monde était un peu sur ce beat-là et finalement tu prenais le beat des autres (...). En privé tu sens moins ça. Si ta secrétaire n'est pas capable de te donner le dossier, tu vas graffigner. Elle va le sentir. Elle va aller le faire parce qu'elle sait que tu peux la faire clairer. Tu as ce pouvoir-là de dire un moment donné « on est ici pour rendre un service, il faut que ça roule. Si tu es pas capable de le faire, on va jaser de ça (...) » (#14)

Tableau #5
Influence des modes d'organisation et les connaissances

Propriétés structurelles	ACQUISITION ET MISE À JOUR DES CONNAISSANCES	
	EFFETS	ILLUSTRATION
Mode de rémunération et coprésence	Le salariat ou le tarif horaire rendent plus facile la tenue d'activités d'acquisition ou d'évaluation des connaissances pendant les heures de bureau.	« Tous les CLSC où j'ai pratiqué, il y avait un esprit d'équipe qui s'installe. On organise des formations très régulièrement, on a des réunions. On se voit plus qu'en clinique. C'est plus facile qu'en clinique, parce qu'on est payé quand on se voit » (#1).
Disponibilité autres ressources de première ligne	La présence d'autres organisations dans l'environnement fait en sorte que le médecin se sent moins dans l'obligation de garder une pratique ouverte et peut choisir de se spécialiser.	« Il y a des médecins qui font juste de la santé mentale à Montréal. Tu peux pas faire ça ici, tu dois rester polyvalent le plus possible ». (#19)
Disponibilité des ressources spécialisées et diagnostiques	<p>1. En région, les spécialistes sont débordés. Ils collaborent plus facilement avec les généralistes qui ont tenté tout ce qui pouvait être tenté en première ligne.</p> <p>2. La rareté des ressources spécialisées influence le degré d'exposition à certaines conditions, ce qui influence la perception du médecin sur la nécessité de se tenir à jour.</p>	<p>1. «Tu envoies toujours des cas lourds. Tu sais, si tu n'as jamais fait un petit peu d'investigation, si tu n'as jamais fait... Les gars et les filles là-bas finissent par te connaître (...) D'emblée, il y a quelque chose de tacite qu'il y a des affaires qui vont avoir été faites » (#23)</p> <p>2. « Quand j'étais en campagne, des infarctus, je n'en voyais pas à tous les jours mais au moins à tous les mois, alors que là à Montréal, ça fait un an, j'ai vu un infarctus. Ça s'explique par les ressources qu'il y a autour » (#3).</p>

Tableau #6 :

Influence des modes d'organisation sur les clientèles desservies

Propriétés structurelles	CLIENTÈLES DESSERVIES	
	EFFETS	ILLUSTRATION
Mode de rémunération	Impératifs financiers peuvent amener certains médecins à éliminer certaines clientèles de leur pratique privée.	« À X (quartier), il y a peut-être 2-3 médecins sur 75 qui prennent des nouveaux patients. Les autres n'en prennent pas. C'est facile de gérer ta clientèle; tu élimines les cas lourds, tu gardes les cas plus faciles et tu vas te créer des méchants bons revenus » (#12). « Je peux pas prendre de la santé mentale en privé, ça a pas d'allure à l'acte. Ça bousille un horaire de rendez-vous » (#2)
Disponibilité d'autres ressources de première ligne	La rareté des ressources de première peut provoquer une spécialisation « involontaire ».	« (...) quand je suis arrivée j'étais à peu près la seule femme ici. Alors les femmes qui veulent un examen gynécologique... c'est pour ça que je me suis ramassée avec un paquet de suivis de femmes » (#9).
Espace physique-régionalisation	L'organisation de l'espace peut attirer ou décourager certaines clientèles.	« (...) quand il y a 34 personnes dans une salle, ne me dites pas que la personne qui a des problèmes psychologiques importants se sent très à l'aise là-dedans. Elle va aller au CLSC, où il y a moins de monde, où elle se sent plus à l'aise, où c'est plus adapté à ses besoins. Ce n'est pas par hasard que c'est plus là que tu vois cette personne-là. (#6)
Règles organisationnelles-ressources d'autorité	Le pouvoir de choisir sa clientèle est moins grand en établissement	« (...) quand on va travailler en institution, premièrement on choisit pas notre clientèle (...) Tu prends ce qui rentre. En privé, on peut à la rigueur la choisir : (...). On peut inventer toutes les raisons du monde pour refuser des clients et ça va peut-être être correct aussi. Il y a un triage assez rigoureux qui peut se faire par un secrétariat. (#2)
Coprésence	Les compétences dans le groupe amène un « triage naturel »	« il y en a ici qui sont moins à l'aise avec les enfants. Entre nous autres, souvent on le sait. Moi, c'est pareil, ça a l'air drôle à dire, j'ai fait pratiquement 20 ans d'obstétrique et je n'avais jamais installé un stérilet dans ma formation. Alors c'est mes confrères qui les installent. Alors à l'intérieur, on est capable de s'aider » (#20).
Caractéristiques des clientèles	Certains médecins sélectionnent leurs clientèles en fonction des besoins de la population sur un territoire donné.	« ...C'est sûr que dans une région comme la nôtre où la population vieillit, je ne me fais pas un point d'honneur d'avoir une clientèle jeune » (#10).
Valeurs- signification	À Montréal, il existe une symbolique organisationnelle qui associe le CLSC aux clientèles lourdes.	« Mais les gens viennent pas pour la même chose. « J'ai mal à la cheville », c'est plus court que « je file pas », et puis il faut dire que le milieu n'est pas le même. X c'est un milieu plus pauvre, Y c'est un milieu plus aisé. Puis il y a probablement aussi- c'est peut-être un préjugé que j'ai-CLSC ça fait plus miséreux. Parce qu'avant de travailler au CLSC, si j'avais une bronchite ou quelque chose, ça ne m'aurait pas effleuré l'esprit d'aller au CLSC. Je serais allé à la clinique médicale » (#3).

Tableau #7

Effets primaires et secondaires des modes d'organisation : l'exemple de la gestion du temps du travail

EFFETS	ILLUSTRATION
<p>Présence-disponibilité dans les relation patient / médecin</p> <p>L'attitude du médecin envers ses patients varie selon le temps qu'il perçoit avoir à sa disposition. L'imposition d'un rythme rapide signifie adopter une attitude fermée qui limite les opportunités pour le patient de communiquer.</p>	<p>« Il y en qui font ça dans 2 salles. Ils ouvrent la porte, ils ont aucune attitude sympathique qui même donne la possibilité d'ouvrir la porte. Je veux dire, quand on est sympathique, quand on est souriant, quand on est attentif, on a une deuxième et une troisième question de plus. C'est sûr. Et souvent un deuxième et un troisième problème, qu'on ne règle pas toujours, mais le patient nous en parle. J'en viens à dire qu'on est victime de la pratique qu'on fait » (#1)</p>
<p>Prévention / promotion de la santé</p> <p>L'imposition d'un rythme rapide signifie que l'aspect prévention est souvent jugé non essentiel et délaissé.</p>	<p>« La médecine chaîne de montage, c'est loin d'être l'idéal; tout le monde est frustré à cause de la vitesse à laquelle on évolue. Ça n'a pas de sens, c'est insensé. Essayer de faire de l'éducation dans ce contexte-là, c'est insensé (...) Ce n'est pas parce qu'ils veulent faire de l'argent, pas parce qu'ils ne veulent pas. Mais ils n'ont pas le temps. La salle est pleine et il faut qu'ils vident la salle avant le soir, révisent les rapports de laboratoire, retournent les messages » (#9).</p>
<p>Histoire de cas, incertitude et actes médicaux</p> <p>Plus le temps est court, plus l'insécurité est grande car l'histoire de cas est incomplète, ce qui peut amener les médecins à référer ou prescrire plus de tests.</p>	<p>« Je ne pense pas que tu puisses donner des rendez-vous non nécessaires, parce que tu as tellement un gros caseload, que si tu mettais des rendez-vous non nécessaires, tu n'en finirais jamais, tu ne serais plus capable de soigner ta clientèle (...) ce que ça occasionne par exemple, si tu n'as pas le temps de voir tes patients, tu vas demander des tests. Si tu n'as pas le temps de questionner ton patient, tu demandes plus de tests » (#9).</p>
<p>Gestion des dossiers, incertitude et actes médicaux</p> <p>Plus le médecin augmente son rythme de travail, plus la prise de note dans les dossiers se fait rapidement. Dans les milieux où il existe un partage des dossiers, la continuité des soins est alors compromise.</p>	<p>« Dès fois, on est un peu dépassé de voir des notes d'évolution en graffiti. Tu prends tes lunettes pour essayer de déchiffrer une information, et finalement, la pression du volume aidant, tu finis par te foutre de la note complètement, je recommence à zéro » (#16).</p>
<p>Services de sans rendez-vous et connaissances /compétences</p> <p>Le sans rendez-vous permet de voir une clientèle diversifiée mais les médecins pour qui il s'agit du principal mode de consultation courent le risque de perdre les compétences requises pour la gestion des problèmes de santé courants</p>	<p>« Et ce qui est difficile à apprendre quand on fait le suivi d'un diabétique, d'un hypertendu, c'est d'apprendre à cédule les rencontres, qu'est-ce qu'on doit faire, la prévention secondaire, comment on doit intervenir. Quand ça fait dix ans que tu fais juste du sans rendez-vous, tu ne le sais plus, où tu ne veux plus le savoir » (#10).</p>

RÉFÉRENCES

Armour, B. S., Pitts, M. M., Maclean, R. & Cangialose, C. (2001). "The Effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior." Archives of Internal Medicine **161**(10): 1261-1266.

Astley, G. W. and Van de Ven, A. H. (1983). "Central Perspectives and Debates in Organization Theory." Administrative Science Quarterly **28**(June): 245-273.

Beck, U. and Beck-Gernsheim, E. (2002). Individualization. London, Sage Publications.

Creswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA, SAGE publications.

Davis, P., Gribben, B., Lay-Yee, R. & Scott, A. (2002). "How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care." Journal of Health Services and Research Policy **7**(4): 202-208.

Davis, P., Gribben, B., Scott, A. & Lay-Yee, R. (2000). "The 'supply hypothesis' and patterns of clinical activity in general practice." Social Science and Medicine **50**: 407-418.

Diwan, V. K., Sachs, L. & Wahlstrom, R. (1997). "Practice-knowledge-attitudes-practice: an explorative study of information in primary care." Social Science and Medicine **44**(8): 1221-1228.

Eisenberg, J. M. (2002). "Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns." Medical Care **40**(11): 1016-1035.

Fernandez, L., Martin, J. M., del Castillo, J. D. & Gaspar, O. S. (2000). "Sources of influence on medical practice." Journal of Epidemiology and Community Health **54**(8): 623-630.

Flocke, S. A., Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (2002). "Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care." Journal of Family Practice **51**(10): 835-842.

Franks, P., Williams, G. G., Zwanziger, J. & Mooney, C. (2000). "Why do physicians vary so widely in their referral rates?" Journal of General Internal Medicine **15**: 163-168.

Freeman, A. and Sweeney, K. (2001). "Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study." British Medical Journal **323**(7321): 1100-1102.

- Freidson, E. (1970). Profession of medicine. New York, Dodd, Mead.
- Friedberg, E. (1993). Le Pouvoir et la Règle: dynamiques de l'action organisée. Paris, Seuil.
- Garfinkel, H. (1967). Studies in ethnomethodology. Cambridge, Polity Press.
- Garfinkel, H. (1996). "Ethnomethodology's program." Social Psychology Quarterly **59**(1): 31-56.
- Garfinkel, H. (2002). Ethnomethodology's program : working out Durkheim's aphorism. Boston, Rowman & Littlefield.
- Gerada, C., Wright, N. & Keen, J. (2002). "The general practitioner with special clinical interests: new opportunities or the end of the general practitioner." British Journal of General Practice **52**(483): 796-798.
- Giacomini, M., Hurley, J., Lomas, J., Bhatia, V. & Goldsmith, L. (1996). The many meanings of money: A health policy analysis framework for understanding financial incentives. Hamilton, Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- Giacomini, M., Hurley, J. & Stoddart, G. (2000). "The many meanings of deinsuring a health service: the cas of in vitro fertilization in Ontario." Social Science and Medicine **50**: 1485-1500.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society. Berkeley, University of California Press.
- Giddens, A. (1989). Reply to my critics. Social theory of modern societies: Anthony Giddens and his critics. D. Held and J. B. Thompson. Cambridge, Cambridge University Press.
- Gosden, T., Forland, F., et al. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review." Journal of Health Services and Research Policy **6**(1): 44-55.
- Greer, A. L., Goodwin, J. S., et al. (2002). "Bringing the patient back in: guidelines, practice variations, and the social context of medical practice." International Journal of Technology Assessment in Health Care **18**(4): 747-761.
- Gregson, N. (1989). On the (ir)relevance of structuration theory to empirical research. Social Theory of Modern Societies: Anthony Giddens and His Critics. D. Held and J. D. Thompson. Cambridge, Cambridge University Press: ch. 11.

- Grytten, J. and Sorensen, R. (2001). "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway." Journal of Health Economics **20**(3): 379-393.
- Kralewski, J. E., Wallace, W., Wingert, T. D., Knutson, D. J. & Johnson, C. E. (1999). "The effects of medical group practice organizational factors on physicians' use of resources." Journal of Healthcare Management **44**(3): 167-182.
- Lundkvist, J., Akerlind, I., Borgquist, L. & Molstad, S. (2002). "The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice." Family Practice **19**(6): 638-640.
- Marriot, J. and Mable, A. L. (1998). Modèles intégrés: tendances internationales et conséquences pour le Canada. À la recherche d'un équilibre: le secteur de la santé au Canada et ailleurs. F. n. s. l. santé. Sainte-Foy, MultiMondes. **4**: 557-696.
- McKinlay, J. B. and Arches, J. (1985). "Towards the proletarianization of physicians." International Journal of Health Services **15**: 161-195.
- Miller, R. and Luft, H. (1994). "Managed care plan performance since 1980. A literature analysis." JAMA **271**(19): 1512-1519.
- Miller, R. and Luft, H. (2002). "HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001." Health Affairs **21**(4): 63-86.
- Miller, W. L., McDaniel, R. R., Crabtree, B. F. & Stange, K. C. (2001). "Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science." Journal of Family Practice **50**(10): 872-878.
- Mitchell, D., Parker, L., Sunshine, J. H. & Levin, D. C. (2002). "Body MR imaging and CT volume: variations and trends on an analysis of medicare and fee-for-service health insurance databases." American Journal of Roentgenology **179**(1): 27-31.
- Nylenna, M. and Aasland, O. G. (2000). "Primary care physicians and their information-seeking behaviour." Scandinavian Journal of Primary Health Care **18**(1): 9-13.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. & Haynes, R. B. (1995). "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice." Canadian Medical Association Journal **153**: 1423-1431.
- Paillé, P. (1994). "L'analyse par théorisation ancrée." Cahiers de recherche sociologique **23**: 147-181.

Schwartz, L. M., Woloshin, S., Wasson, J. H., Renfrew, R. A. & Welch, H. G. (1999). "Setting the revisit interval in primary care." Journal of General Internal Medicine **14**: 230-235.

Scott, A. and Hall, J. (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects." Health Policy **31**: 183-195.

Starfield, B. (1998). Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press.

Strauss, A. and Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oakes, CA, Sage.

Tousijn, W. (2002). "Medical dominance in Italy: a partial decline." Social Science and Medicine **55**: 733-741.

van der Weijden, T., van Bokhoven, M. A., Dinant, G. J., van Hasselt, C. M. & Grol, R. P. (2002). "Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice." British Journal of General Practice **52**(485): 974-980.

Wennberg, J. (1987). "Population illness rates do not explain population hospitalization rates." Medical Care **25**(4): 354-359.

Yin, R. K. (1994). Case Study Research: Design and Methods. London, Sage.

Yin, R. K. (1999). "Enhancing the quality of case studies in health services research." Health Services Research **34**(5): 1209-1224.

**ARTICLE 2 - LA PRATIQUE DE GROUPE DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES : UNE ÉTUDE DE CAS SUR SES MODALITÉS
ET SES IMPACTS SUR LES PRATIQUES MÉDICALES**

Geneau, R, Pineault, R, Lamarche, PA et Lehoux, P (2004)

RÉSUMÉ

À travers les réformes des systèmes de santé au Canada et ailleurs dans le monde, les décideurs adoptent généralement une approche « prescriptive », c'est-à-dire qu'ils considèrent qu'il existe des variables, ou des configurations de variables, « supérieures » à d'autres pour obtenir les différents résultats souhaités. Une telle prémisse en amène indirectement une autre : qu'un modèle organisationnel donné est garant d'un certain style de pratique de la médecine pouvant se cristalliser dans les pratiques de groupe. Cet article présente les résultats d'une étude de multicas dont l'objectif général était de mieux comprendre comment et sous quelles conditions la pratique de groupe peut influencer les pratiques des médecins généralistes. Nous avons recueilli des données qualitatives auprès de 31 répondants, dont 23 médecins généralistes, oeuvrant dans huit organisations de première ligne au Québec, soit quatre cabinets privés et quatre Centres locaux de services communautaires (CLSC). Nous avons dégagé quatre types de pratique de groupe : la pratique de groupe intégrée, la pratique de groupe idéologique, la pratique solo en groupe et la pratique de groupe « entrepreneuriale ». Cette taxonomie a été construite à partir des concepts d'intégration sociale (interactions entre médecins) et d'intégration systémique (médecins face à l'environnement) de la théorie de la structuration. Nos résultats démontrent que le niveau d'intégration dans les organisations dépend autant des caractéristiques de l'environnement que de celles de l'organisation. Plus le niveau d'intégration est élevé, plus les médecins sont susceptibles d'influencer et d'être influencés par leurs collègues. Sous certaines conditions, la pratique de groupe peut donc être considérée comme un facteur qui influence les décisions cliniques individuelles.

Mots clés : Organisation de première ligne, sociologie des organisations, variations de pratique, théorie de la structuration.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années la plupart des provinces canadiennes ont entrepris des réformes de leur système de soins de santé. Ces réformes ont pour objectifs d'améliorer la qualité des services et de réduire, ou à tout le moins mieux contrôler, les coûts du système de santé. Le concept de première ligne apparaît comme la pierre angulaire de ces réformes. L'importance accordée à ce concept peut être illustrée, par exemple, par le fait que sur les 141 projets-pilote financés par le gouvernement canadien via le Fonds d'adaptation des services de santé en 1997-98, 81 projets ciblaient la première ligne. Au Québec, le rapport de la Commission Clair recommande de son côté « que l'organisation d'un réseau de 1^{ière} ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. » (MSSS, 2000).

Il n'y a cependant pas de consensus sur la meilleure façon d'organiser la prestation de ces services. Quels sont les enjeux en présence? D'abord, les recherches sur l'organisation des services de première ligne adoptent souvent comme prémisse qu'il existe des variables, ou des configurations de variables, « supérieures » à d'autres pour obtenir les différents résultats souhaités. Il s'agit d'une approche « prescriptive » (Scott, 2003 : 9).

Cette prémisse en amène indirectement une autre : qu'une variable donnée, ou une configuration de variable donnée, est garante d'un certain style de pratique de la part des médecins. En d'autres mots, on s'attend à retrouver, même en tenant compte des caractéristiques individuelles des médecins, un certain degré d'homogénéité dans le profil de pratique de ces derniers en fonction de variables ou de configurations de variables spécifiques. C'est le sujet de cet article.

Ainsi, une partie de la littérature disponible explore la relation entre le profil de pratique des médecins et des variables telles que les incitatifs financiers (Scott & Hall, 1995; Armour et al., 2001; Gosden et al., 2001), la culture

organisationnelle (Kralewski et al., 1999), la structure organisationnelle (Hibbard et al., 2001; Safran et al., 2002; Bojke, Coleman & Gravelle, 2003), la collaboration (inter)professionnelle (Hull et al., 2002) et la présence d'un « gatekeeper » au sein de l'organisation (Miller & Luft, 1994, 2002; Grembowski et al., 2003). Les résultats sont souvent contradictoires, ce qui mène à reconnaître que l'effet de chacune de ces variables dépend en partie de la présence ou non d'une ou de plusieurs autres variables et qu'il existe entre celles-ci des interactions complexes et non linéaires. Par exemple, le mode de rémunération peut indirectement influencer la culture organisationnelle et la collaboration (inter)professionnelle.

Les configurations de variables désignent généralement des « modèles » d'organisation de services. Par exemple, il existe de nombreuses études aux États-Unis ayant observé des différences entre les soins offerts par les organisations « managed care » (les *Health Maintenance Organizations* (HMO) sont les plus connues) et ceux offerts par d'autres formes organisationnelles non « managed care » (Miller & Luft, 1994, 2002). Au Québec, quelques études ont également observé des variations entre les soins offerts dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) comparativement à ceux offerts dans les cabinets privés (Renaud et al., 1980; Pineault et al., 1991). Toutefois, ces études ont soulevé davantage de questions qu'elles ont fourni de réponses. Peut-on vraiment parler d'un « effet HMO » ou d'un « effet CLSC » sur les pratiques médicales? Dans le cas des HMO, les méta-analyses soulignent qu'il demeure difficile d'expliquer les variations observées (Miller & Luft, 1994, 2002), notamment en raison du fait que les HMO *sélectionnent* des médecins avec un profil particulier. Cela doit-il être considéré comme une caractéristique des HMO ou comme un biais de sélection? Au Québec, le débat demeure également ouvert à savoir si les variations observées doivent être attribuées au modèle CLSC ou plutôt au fait que ce modèle attire des médecins avec un profil particulier (Pineault et al., 1991). Existe-t-il un processus de sélection réciproque presque infaillible, tacite ou planifié, entre médecins et organisations de santé?

Les données de la littérature suggèrent également qu'il est simpliste de comparer des « étiquettes » sans examiner en profondeur le fonctionnement interne des organisations ainsi que l'environnement dans lequel elles évoluent (Flood et al., 1998). Par exemple, il existe des variations marquées entre les organisations *managed care* et on peut poser l'hypothèse que des variations existent à l'intérieur des catégories « CLSC » et « cabinet privé ». Il s'agit alors d'élargir le concept de configuration en considérant non seulement les caractéristiques organisationnelles mais également les caractéristiques de l'environnement. Dans un autre article (Geneau et al., 2004), nous avons ainsi montré que les médecins sont influencés par des facteurs tels que les autres ressources médicales dans l'environnement et les caractéristiques et attentes des clientèles.

La question de l'homogénéité des pratiques médicales touchent donc trois niveaux d'analyse, cependant indissociables, et que Scott (2003) a identifié comme étant 1- le niveau socio-psychologique, soit l'analyse de l'impact des structures sur les comportements des individus et les modalités d'interaction entre ces derniers; 2- le niveau de la structure organisationnelle où l'objectif est d'*expliquer* le *processus* d'organisation; et 3- le niveau écologique qui s'intéresse aux relations entre l'organisation et son environnement.

Dans cet article, nous avons choisi de traiter la question de l'homogénéité des pratiques en explorant les modalités d'interaction entre les médecins sans toutefois négliger les deux autres niveaux identifiés plus haut. Ainsi, nous démontrerons que ces modalités sont influencées à la fois par les niveaux organisationnel et écologique. Nous utilisons les concepts d'intégration sociale et systémique de Giddens (1984) pour mieux comprendre les relations entre ces trois niveaux. Nous adoptons une approche holistique et compréhensive, largement basée sur des données descriptives et les perceptions de 23 médecins généralistes travaillant au Québec en CLSC et/ou en cabinet privé.

CADRE THÉORIQUE : L'ORGANISATION COMME SYSTÈME OUVERT

Pour tenir compte des trois niveaux d'analyse mentionnés plus haut, il est nécessaire de définir le concept d'organisation en adoptant une perspective systémique. En tant que système ouvert, l'organisation se définit alors de la façon suivante :

« Organizations are congeries of interdependent flows and activities linking shifting coalitions of participants embedded in wider material-resources and institutional environments. » (Scott, 2003)

Cette définition place le jeu des acteurs et l'environnement comme des aspects centraux du phénomène organisationnel. L'organisation ne doit pas être vue uniquement comme une « entité » mais davantage comme un *processus* qui s'actualise à travers les routines des acteurs et les modalités d'interaction entre eux (Weick, 1995). La notion d'interdépendance permet d'illustrer, entre autres, que chaque acteur possède une marge de manœuvre pour agir et influencer les autres. La rationalité (limitée) des acteurs, ainsi que leurs comportements, renvoie nécessairement à un contexte relationnel (Friedberg, 1993 : 223). C'est aussi à travers l'acteur que la relation entre l'organisation et son environnement doit être envisagée :

« (...) les organisations ne peuvent réagir qu'à des éléments d'environnement que leurs membres ont « institués » (enacted) à travers leur activité cognitive. » (Friedberg, 1993 : 90)

Le concept d'environnement n'inclut pas seulement les aspects techniques et matériels (ressources) mais également les notions de symbolisme, croyances, valeurs et légitimité en tant « forces » capables d'influencer les acteurs et les structures organisationnelles (Powell & DiMaggio, 1991; Scott, 2003).

« (...) *environment is not just another category of variables, but a pervasive influence, affecting every organizational actor and structural feature.* »
(Scott, 2003 : 23)

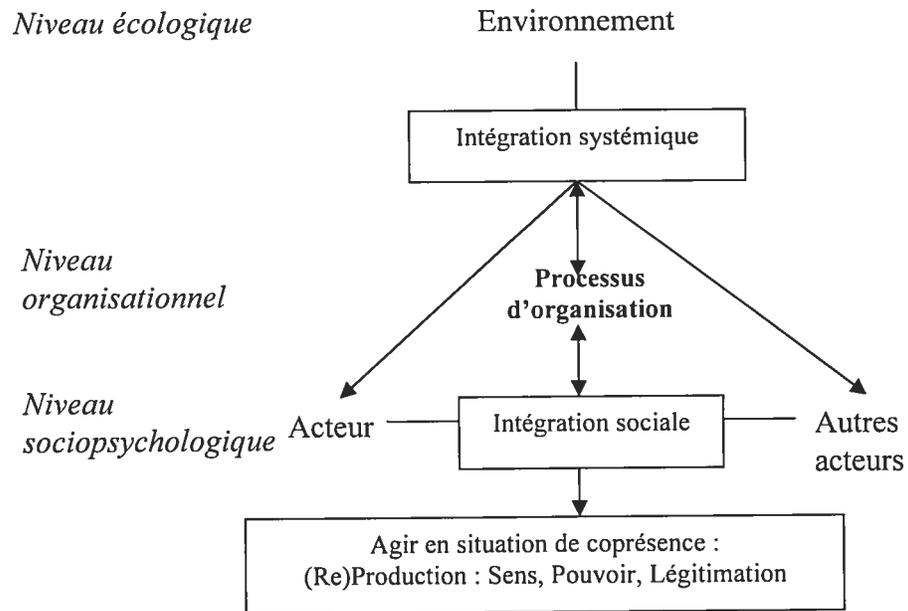
L'incertitude dans l'environnement est également considérée comme un déterminant important des structures organisationnelles (Stinchcombe, 1990). Une approche holistique de l'organisation demande donc de considérer non seulement des configurations organisationnelles mais également des configurations de contexte et surtout d'explorer les relations complexes et non linéaires qui existent entre les différents attributs de l'organisation et de l'environnement :

« *Our ideas about configuration have to be pushed beyond organization structure (...)* » (Meyer, Tsui & Hinings, 1993 : 1184).

Nous proposons dans cet article un cadre intégrateur (figure 1) basé sur certains des concepts clés de la théorie de la structuration (Giddens, 1984). Giddens fait référence à un *processus de structuration* dans sa façon de concevoir la relation entre les acteurs et les structures. La théorie de la structuration permet donc d'intégrer simultanément différents niveaux d'analyse.

Pour Giddens, la vie quotidienne est un flot continu d'actes intentionnels prenant racine dans l'inconscient et la conscience pratique des acteurs. La conscience pratique se définit comme la capacité des acteurs à enregistrer les stimuli de leur environnement pour les relier à leurs activités, sans toutefois pouvoir l'expliquer de façon discursive. Giddens défend la vision d'un acteur qui a des compétences sociales et qui est capable de comprendre et d'expliquer ses actions. L'acteur, pour Giddens, est donc un sujet réflexif. Il s'agit d'une proposition fondamentale pour la compréhension du *processus* d'organisation qui est au cœur de cet article. C'est en effet à travers les actions des acteurs que les structures sont (re)produites. Selon Giddens, le structurel est composé d'un ensemble de règles et de ressources qui servent de médium à l'action. C'est le fait, pour les acteurs, d'utiliser ces règles et ces ressources qui permet la

Figure 1 - Cadre intégrateur



(re)production des systèmes sociaux. Pour Giddens, la structure est donc à la fois la condition et le résultat de l'action, ce qu'il appelle la dualité des structures.

L'utilisation des règles et des ressources est guidée par les représentations des acteurs forgées en partie à travers les situations de coprésence³⁹. En contexte de coprésence, les acteurs (re)produisent en effet trois aspects fondamentaux propres à toute interaction sociale : le sens, les normes et le pouvoir. La réciprocité des acteurs en contexte de coprésence représente ce que Giddens appelle l'*intégration sociale*. Par contre, la réciprocité entre acteurs peut également avoir lieu en dehors des conditions de coprésence, un phénomène que Giddens désigne par le concept d'*intégration systémique*. Ces deux concepts permettent d'illustrer que les « structures » n'existent pas en *dehors* des acteurs, le macro est en partie « institué » par ces derniers.

³⁹ Giddens s'inspire de Goffman (1969) pour définir la coprésence comme étant tout moment où les acteurs "sense that they are close enough to be perceived in whatever they are doing including their experiencing of others, and close enough to be perceived in this sensing of being perceived" (Goffman, in Giddens, 1984, p.67-68).

Ce sont les concepts de coprésence, d'intégration sociale et d'intégration systémique qui nous permettrons, dans cet article, de caractériser les interactions entre les médecins qui évoluent dans la même organisation (intégration sociale) ainsi que le degré avec lequel ils ont « institué » les différents éléments de l'environnement qui les entoure (intégration systémique). Le tableau 1 présente ces concepts en lien avec notre sujet d'étude.

L'objectif général de cette recherche, dans une perspective exploratoire, est de décrire les modalités d'intégration de médecins généralistes travaillant dans différentes organisations de première ligne au Québec. Le cadre intégrateur proposé nous permettra par la suite de répondre aux deux questions suivantes :

- 1- Comment les attributs des organisations et de l'environnement influencent-ils les modalités d'intégration sociale et systémique des médecins généralistes?
- 2- Comment ces modalités d'intégration influencent-elles le degré d'homogénéité des profils de pratique dans les organisations?

MÉTHODOLOGIE : UNE ÉTUDE MULTICAS

Les études de cas dans le domaine de la santé connaissent actuellement un regain de popularité, notamment en raison de la multiplication des contextes organisationnels. Elles offrent en effet l'avantage d'être plus flexibles que les méthodes axées sur le contrôle des variables lorsque les frontières entre les unités d'analyse et les contextes ne sont pas toujours bien définies (Yin, 1994; Creswell, 1998).

Tableau 1 : Coprésence et formes d'intégration

Modalités de coprésence : Dans sa forme la plus simple, ce concept fait référence aux interactions directes entre les médecins lorsqu'ils sont physiquement présents dans un espace donné et en même temps. Toutefois, dans cet article, les modalités de coprésence incluent également les contacts téléphoniques, par courriels ainsi que le partage des dossiers médicaux. Lorsque les dossiers médicaux sont partagés, les médecins soumettent en effet leurs compétences et jugements cliniques au regard (potentiellement) évaluatif de leurs collègues.

Intégration sociale : Ce concept désigne la réciprocité entre médecins (et autres membres de l'organisation) en situation de coprésence. Nous l'opérationnalisons de trois façons. Dans un premier temps, nous faisons référence au pré requis de l'intégration sociale, soit la *disponibilité* des médecins *en situation de coprésence*. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux interactions entre les médecins sous l'angle de l'opposition formelle/informelle⁴⁰. Nous postulons que l'intégration sociale sera plus forte dans l'organisation si on y retrouve à la fois des relations formelles et informelles. Enfin, il faut examiner, en lien avec les concepts de signification, de légitimation et de pouvoir, si les médecins sont influencés par leurs collègues. Nous postulons que plus l'intégration sociale est forte, plus les médecins sont susceptibles de modifier leurs pratiques en fonction de ce que font leurs collègues.

Intégration systémique : Dans cet article, ce concept désigne le degré avec lequel les médecins orientent leurs pratiques en fonction des besoins de la collectivité et comment ils ont « institué » les valeurs et les fonctions de la médecine familiale à l'intérieur d'un système de soins universel et public. Cela implique, par exemple, la polyvalence des médecins dans le diagnostic et le traitement des problèmes de santé courants, l'équilibre entre une médecine de suivi et de contact ainsi que le choix des clientèles traitées en fonction des besoins de santé dans la collectivité.

⁴⁰ L'opposition structure formelle vs informelle a souvent été utilisée pour caractériser les modalités d'interaction des acteurs dans les organisations. Ainsi, toute organisation englobe à la fois des structures formelles et informelles. Nous utilisons dans cet article la définition de Scott (2003) :

« (...) we equate formal structures with those norms and behaviors patterns that are designed to operate independently of the characteristics of the individual actors. Informal structures are those based on the personal characteristics and relations of the specific participants » (Scott, 2003: 59).

Dans cette étude, il s'agit plus précisément d'une étude multicas portant sur huit organisations de première ligne au Québec. L'unité d'analyse principale est l'organisation et la pratique des médecins généralistes représentée, dans chaque organisation, une unité d'analyse imbriquée. Notre étude se concentre sur les représentations des acteurs à propos des facteurs qui influencent les processus organisationnels et les pratiques individuelles.

Les huit cas ont été choisis en fonction de deux critères généraux : la structure organisationnelle de base et l'environnement dans lequel opère l'organisation. En ce qui concerne la structure organisationnelle, il apparaît pertinent, a priori, de distinguer le modèle « CLSC » du modèle « cabinet privé ». Les médecins de CLSC sont des employés d'un établissement et ils sont principalement rémunérés à salaire ou au tarif horaire alors que ceux pratiquant en cabinet privé sont considérés comme des « travailleurs autonomes » dont le revenu brut, basé entièrement sur la rémunération à l'acte, dépend entièrement du volume et de l'intensité de leurs activités cliniques sur une base individuelle. Le modèle « CLSC » est également caractérisé par la présence d'autres professionnels de la santé (infirmières, travailleurs sociaux, etc.), ce qui le distingue encore davantage du modèle « cabinet privé » où la collaboration interprofessionnelle est inexistante ou faible.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'environnement, la disponibilité d'autres ressources médicales, de première ligne ou spécialisées (technologie, ressources humaines- médecins généralistes et spécialistes), sont reconnues comme un facteur pouvant influencer les processus organisationnels (Scott et al., 2000). À partir de ce constat, il est possible d'imaginer quatre cas de figure : 1- forte disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/forte disponibilité de ressources spécialisées; 2- faible disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/forte disponibilité de ressources spécialisées; 3- faible disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/faible disponibilité de ressources spécialisées; et 4- forte disponibilité de ressources de

1^{ière} ligne/faible disponibilité de ressources spécialisées. À cet égard, nous pensions, a priori, que la distinction rural/urbain serait déterminante mais le processus de collecte de données⁴¹ nous a permis de caractériser avec plus de nuances chaque milieu. Le résultat est que, dans cette étude, les trois premiers cas de figure sont représentés et nous les désignons de la façon suivante :

- 1- Forte disponibilité des ressources médicales (*forte disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/forte disponibilité de ressources spécialisées*);
- 2- Moyenne disponibilité des ressources médicales (*faible disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/forte disponibilité de ressources spécialisées*);
- 3- Faible disponibilité des ressources médicales (*faible disponibilité de ressources de 1^{ière} ligne/faible disponibilité de ressources spécialisées*).

Le tableau 2 présente brièvement la répartition de nos huit cas (structure et environnement) et des 30 répondants interrogés.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Selon Yin (1994, 1999), les entrevues représentent l'une des plus importantes sources d'information dans les études de cas (p. 84). Dans cette étude, les données qualitatives ont été recueillies par le biais d'entrevues individuelles semi-structurées. La durée moyenne des entrevues a été de 120 minutes. Nous avons également obtenu des données descriptives sur la pratique des médecins généralistes par le biais d'un questionnaire qui nous a permis de recueillir les informations suivantes : volume de patients à l'heure (rendez-vous, sans rendez-vous); volume de patients par semaine « type »; nombre d'heures par semaine

⁴¹ La caractérisation des milieux en ce qui concerne la disponibilité des ressources a été possible grâce à : 1- une enquête de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ, 2003) sur la répartition des médecins omnipraticiens dans les différentes régions du Québec (et par Municipalité régionale de comté); et 2-les informations et les perceptions des répondants eux-mêmes.

TABLEAU 2 ORGANISATIONS ET RÉPONDANTS

Cas (organisations)	Modèle	Environnement	Répondants
#1	CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Urbain • Moyenne disponibilité des ressources médicales 	3 médecins sur 10 (#1, #2, #3) 1 infirmière (#4) Directeur général (#5)
#2	CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Urbain • Moyenne disponibilité des ressources médicales 	3 médecins sur 7 (#6, #7, #8) 1 infirmière (#9) Directeur général (#10)
#3	CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Faible disponibilité des ressources médicales 	2 médecins (#11, #12) sur 8 1 infirmière (#13) Directeur général (#14)
#4	CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Faible disponibilité des ressources médicales 	4 médecins sur 6 (#15, #16, #17, #18) 1 infirmière (#19) Directeur général (#20)
#5	Cabinet privé	<ul style="list-style-type: none"> • Urbain • Forte disponibilité des ressources médicales 	3 médecins sur 11 (#21, #22, #23)
#6	Cabinet privé	<ul style="list-style-type: none"> • Urbain • Moyenne disponibilité des ressources 	2 médecins sur 5 (#24, #25)
#7	Cabinet privé	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Forte disponibilité des ressources 	3 médecins sur 6 (#26, #27, #28)
#8	Cabinet privé	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Moyenne disponibilité des ressources 	3 médecins sur 7 (#29, #30, #31)
Total des répondants :			23 médecins (15 hommes et 7 femmes) + 8 autres professionnels Total de 31 répondants

consacrées aux consultations sur rendez-vous versus sans rendez-vous; nombre d'heures par semaine consacrées aux consultations médicales versus autres tâches (différencié selon rendez-vous versus sans rendez-vous); degré de « spécialisation » de la pratique (clientèles particulières ou non).

Ces données nous permettent de caractériser, en partie, le profil de pratique de nos répondants. La gestion du temps de travail est en effet un élément pivot de la pratique médicale de première ligne. Plus particulièrement, nous retenons le temps de consultation comme l'une des caractéristiques les plus « structurantes » de la pratique des médecins généralistes⁴². L'autre dimension du profil de pratique qui sera abordée dans cet article concerne directement les processus cliniques. Nous avons en effet utilisé l'hypertension artérielle comme cas traceur dans le but de mesurer l'homogénéité des pratiques au sein de chaque organisation. Nous avons soumis à chaque médecin de notre échantillon 5 scénarios-patients avec choix de réponses concernant différentes options diagnostiques et thérapeutiques. Ces cas ont été développés en collaboration avec trois médecins affiliés à l'Université de Montréal (un médecin spécialiste et deux médecins généralistes).

L'analyse des données s'est effectuée à deux niveaux. Dans un premier temps, nous avons voulu raconter *l'histoire* de chaque cas en regroupant les différentes sources d'information s'y rapportant. Le matériel empirique a donc fait l'objet d'une première codification descriptive qui a, par la suite, permis la construction de différentes matrices autour des thèmes suivants : les contraintes et opportunités perçues du milieu de travail, les modalités d'interaction et les pratiques médicales. Les données ont par la suite fait l'objet d'une codification davantage conceptuelle sur la base des concepts théoriques qui ont guidé notre démarche de recherche. Par exemple, pour chaque entrevue, différents codes touchant le domaine des règles et des ressources, les modalités de coprésence, l'intégration sociale et systémique ont été attribués aux extraits de texte permettant d'en illustrer le contenu. L'arbre de codification a été construit à l'aide du logiciel Nu-Dist. Une fois la codification achevée, nous avons procédé à une analyse transversale des cas en utilisant une logique d'appariement. Dans un premier temps, nous avons comparé les points de convergences et de divergences

⁴² Dans un autre article, nous avons montré, par exemple, qu'un temps de consultation plus court peut amener le médecin à poser moins de question aux patients et à se fier davantage aux tests et aux références dans la gestion d'un épisode de soins (Geneau et al., 2004).

entre les cas quant aux modalités d'interaction et de pratique. Dans un deuxième temps, ces points de convergences et divergences ont été confrontés au cadre intégrateur présenté précédemment dans le but *d'expliquer* chaque cas.

Les cinq scénarios patients sur l'hypertension artérielle sont présentés à l'annexe 1. Chaque vignette est suivie d'une ou deux questions. Au total, chaque médecin devait répondre à 7 questions. Nous avons choisi de traiter chaque question en bloc, c'est-à-dire qu'il n'y a que deux conclusions possibles : le patient aurait reçu exactement, ou non, les mêmes soins du médecin A, du médecin B, etc. Dans les organisations où nous avons interrogé trois médecins, cela veut donc dire, par exemple, qu'il y a 21 réponses à comparer. Les résultats présentés à l'annexe 3 montrent, pour chaque organisation, la proportion de réponses similaires (et le nombre de médecins ayant participé). Il est important de souligner que dans cette étude, nous n'avons pas cherché à mesurer l'écart entre les décisions cliniques des médecins de notre échantillon dans le cas de l'hypertension artérielle et les décisions jugées « optimales » par les experts (guide de pratique).

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des données est divisée en deux parties. Dans un premier temps, nous présentons une taxonomie des différentes modalités d'intégration sociale et systémique qui émergent de l'analyse transversale de nos huit cas. Dans un deuxième temps, nous mettons en évidence, pour chaque modalité, les attributs de l'organisation et de l'environnement qui influencent les processus d'intégration. Par la suite, nous explorons les liens entre les modalités d'intégration et les profils de pratique.

TAXONOMIE DES MODALITÉS D'INTÉGRATION

Nous avons construit une taxonomie des modalités d'intégration (sociale et systémique) en fonction du discours des médecins sur les modalités de coprésence et les profils de pratique dans leur organisation respective. L'analyse

transversale de nos huit cas nous a permis de dégager quatre types d'intégration : 1- la pratique de groupe intégrée (cas #3 et #4); 2- la pratique de groupe idéologique (cas #1, #2 et #6); 3- la pratique de groupe « entrepreneuriale » (cas #8); et 4- la pratique solo en groupe (cas #5 et #7). L'annexe 2 présente les dimensions d'analyse sur lesquelles est bâtie cette taxonomie.

L'intégration sociale est définie par les quatre dimensions suivantes : 1- la disponibilité face à la coprésence; 2- le fait d'avoir ou non une affiliation organisationnelle unique en première ligne⁴³; 3- les modalités d'interactions sociales sur la base formelle vs informelle et 4- le degré perçu d'interdépendance entre les médecins (tenir compte des autres dans la gestion du temps, nécessité de l'entraide professionnelle).

L'intégration systémique est illustrée par les trois dimensions suivantes : 1- la priorité accordée au suivi de clientèle (plutôt que l'accessibilité horaire); 2- le choix des clientèles desservies en fonction des besoins de la population du territoire de desserte et 3- la polyvalence au niveau clinique.

Dans la prochaine section, nous explorons, pour chaque mode d'intégration, les relations entre le niveau écologique, le niveau organisationnel et le niveau socio-psychologique.

La pratique de groupe « intégrée »

La pratique de groupe « intégrée » est illustrée dans cet article par les deux CLSC en milieu rural de notre échantillon (cas #3 et #4). Dans ces deux organisations, nous pouvons en effet parler d'une forte intégration sociale et

⁴³ Nous faisons référence ici aux deux principaux modèles présents au Québec : le CLSC et le cabinet privé. Il est courant en milieu rural pour les médecins en cabinet privé de faire des heures d'hospitalisation. Dans cet article, ces médecins sont définis comme ayant une affiliation unique en première ligne alors que les médecins avec une multi affiliation sont ceux qui combinent le travail en CLSC et en cabinet privé (ou qui oeuvrent dans plusieurs cabinets privés).

systémique. Les médecins, entre eux et face à leur organisation, sont en position d'interdépendance stratégique et professionnelle.

Dans un premier temps, l'intégration sociale se manifeste par de fréquentes interactions formelles (formation médicale continue et activités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens- CMDP) et informelles (discussions de corridors, téléphones, notes dans les dossiers- tous partagés) entre les médecins. Les échanges avec les autres professionnels sont également nombreux et valorisés par les médecins en tant que « soutien » indispensable à la pratique médicale de première ligne. Les médecins n'ont cependant pas l'impression qu'il existe une « culture organisationnelle » dans ces deux établissements puisqu'ils affirment que leur sentiment d'appartenance est limité au sous-groupe de médecins. Il n'en demeure pas moins que les relations entre les gestionnaires et les médecins sont « harmonieuses » (médecin, cas #3) et diffèrent donc, selon ces derniers, de ce qui est vécu dans la majorité des CLSC. Dans un deuxième temps, l'analyse du discours des médecins révèle une intégration systémique qui se traduit par une philosophie de soins et un profil de pratique largement basés sur les besoins de la clientèle à l'échelle territoriale et les valeurs traditionnelles d'une médecine familiale, notamment en ce qui concerne la fonction de prise en charge, pratiquée dans un système de santé avec un financement public.

Pour ces deux types d'intégration, l'environnement doit être considéré comme un facteur structurant. Par exemple, de l'avis des médecins de ces deux CLSC, leur organisation est « pro médicale » *parce qu'il y a pénurie de ressources médicales dans l'environnement*. Les directeurs généraux de ces deux établissements ne cachent pas qu'ils font le maximum pour offrir aux médecins un environnement de pratique « le plus supportant possible » (DG, cas #4), sans quoi le recrutement de nouveaux médecins deviendrait impossible. Par exemple, dans ces deux CLSC, l'adhésion des médecins à un « programme clientèle », obligatoire dans certains CLSC, est ici volontaire :

« (...) bien, on fait des demandes au CMDP pour qu'il nous délègue un médecin, mais on sait fort bien, dans le contexte actuel, on ne les oblige pas (...) il y a beaucoup de médecins qui s'impliquent dans le suivi à domicile de la clientèle mais qui ne participent pas aux réunions d'équipe, parce qu'on peut pas demander l'impossible non plus, et puis il faut pas faire exprès pour les surcharger non plus, ils pourraient décider d'aller ailleurs (...) » (DG, cas #3)

La pénurie de ressources médicales de première ligne dans l'environnement peut donc être vue comme une opportunité du point de vue de l'autonomie professionnelle des médecins en place :

« Dans le fond, étant le seul pourvoyeur de services (...) j'ai suggéré des choses quand je suis arrivé ici, ils ont dit oui tout de suite. » (médecin, cas #3)

Par contre, sur d'autres aspects, il s'agit d'une contrainte, notamment du point de vue de la charge de travail⁴⁴ et de l'incertitude médicale générée par la présence de clientèles lourdes qui ne peuvent être référées facilement ou rapidement vers des ressources spécialisées. C'est pour ces raisons, mais aussi du fait qu'en milieu rural, « les gens sont plus proches » (médecin, cas #4) que le travail des médecins, dans ces deux CLSC, ne peut être conçu de manière isolée mais bien dans une perspective d'interdépendance professionnelle et stratégique.

L'intégration sociale précède-t-elle le développement d'une approche globale de la médecine?

Plus que dans les autres organisations de notre échantillon, les répondants de ces deux CLSC ont insisté sur la « philosophie de soins » pour discuter des pratiques médicales. En résumé, ils croient partager une philosophie de soins axée sur « l'approche globale », soit la pratique d'une médecine générale de suivi qui

⁴⁴ Ces deux CLSC doivent faire appel à des médecins dépanneurs pour combler certaines plages horaires de garde et de sans rendez-vous.

tient compte, entre autres, du passé du patient et des déterminants sociaux de la santé. Pour certains, il s'agit de l'«effet CLSC», c'est-à-dire que les conditions de pratique dans ces deux CLSC, notamment la présence d'autres professionnels de la santé, la rémunération à salaire qui permet des consultations plus longues et davantage d'interactions professionnelles et, enfin, l'accès à un plateau technique, permettent aux médecins de développer plus facilement ce genre d'approche. Pour certains répondants, c'est la disponibilité du temps, davantage que la personnalité du médecin, qui permet d'expliquer ce phénomène :

« (...) je pense qu'il y a beaucoup, beaucoup une question de temps. La mentalité en établissement et en privé, ce n'est pas la même chose. Un moment donné tu dis, voyons, c'est presque un examen complet, je coche... Ce n'est pas du mauvais monde en privé. Et demain matin, si j'étais en privé, c'est sûr que probablement que je deviendrais comme ça aussi. » (médecin, cas #3)

Pour d'autres, le plateau technique, tout comme la présence d'autres professionnels, permet au médecin d'être impliqué dans les différentes étapes de l'épisode de soins :

« (...) Il y a quand même beaucoup de collaboration. Mais ce n'est pas parce que c'est un CLSC. C'est parce que c'est dans une petite boîte où on a de l'urgence, de la radiologie, du laboratoire (...) J'ai un cas semi-urgent? Je vais le coucher sur une civière. Je vais le revoir. Alors j'ai l'impression de faire de la médecine plus globale. » (médecin, cas #3)

Plusieurs répondants de ces deux CLSC ont une opinion mixte quant à l'influence de leur organisation sur leurs pratiques et le développement d'une approche globale. Par exemple, le facteur temps mentionné plus haut doit être combiné à des « prédispositions personnelles » :

« En tant que membre d'une famille, on va vouloir aller pratiquer dans un CLSC. Je pense qu'on veut

faire passer la famille avant le surtemps. Alors je pense que c'est peut-être une philosophie qui déteint sur la façon de soigner. Et aussi on n'a pas la pression du débit (...) On en profite pour faire le plus de prévention possible, c'est un autre élément de réponse. » (médecin, cas #4)

Les répondants ont également insisté sur le fait que la pénurie de médecins sur le territoire, combinée au fait que leur CLSC a une mission territoriale, font en sorte qu'ils ont tous, par nécessité, conservé une pratique polyvalente :

« Je dirais qu'en campagne, ça fait longtemps que la première c'est de la première ligne (...) Un moment donné j'ai fait juste du bureau privé et il me semble que j'en perdais (...) ici j'ai tout repris. J'ai fait un stage à l'urgence. Je parle avec d'autres médecins quand je le sais plus. » (médecin, cas #3)

Encore ici, il est difficile de départager s'il s'agit d'un processus d'adaptation ou de sélection. Par exemple, certains de nos répondants affirment rechercher activement les situations ou clientèles qui offrent des « défis » du point de vue médical :

« (...) on se retrouve souvent avec un patient cardiaque, des fois diabétique, avec une insuffisance rénale, une maladie pulmonaire obstructive chronique, et quand il nous arrive débalancé, c'est de la belle médecine. Puis il a une crise de goutte à travers ça, on ne peut pas mettre d'anti-inflammatoire, il va décompenser, il y a interaction médicamenteuse. Ça devient des beaux casse-tête. C'est merveilleux ! » (médecin, cas #3)

Les données descriptives que nous avons recueillies démontrent qu'il y a homogénéité des pratiques en ce qui concerne le rythme de travail et le temps consacré au services de rendez-vous / sans rendez-vous. Dans ces deux établissements, les médecins perçoivent le sans rendez-vous davantage comme une corvée (répondre aux besoins de la population) qu'une opportunité financière. Par exemple, plusieurs médecins préfèrent demeurer à honoraires fixes lorsqu'ils

sont en sans rendez-vous même s'il ont le choix d'opter pour la rémunération à l'acte :

« Ça ne me tente pas. Déjà je trouve qu'on fait assez de paperasse, mais ce serait beaucoup plus rentable. » (médecin, cas #4)

Au niveau des pratiques plus fines, c'est-à-dire les diagnostics et les plans de traitement, les médecins sont d'avis qu'il n'y a pas de différences « flagrantes » mais que les variations de pratique sont inévitables :

« Est-ce que tout le monde traiterait pareil? Je pense pas, souvent, c'est bête à dire, un médecin a une opinion, un autre a une autre opinion. La médecine, c'est un art. » (médecin, cas #4)

En fait, le profil de pratique des spécialistes qui collaborent avec les médecins généralistes serait, aux yeux de l'un de nos répondant, un facteur plus important que les normes de groupe pour expliquer le degré d'homogénéité des pratiques dans leur organisation :

« C'est les internistes qui nous influencent beaucoup. C'est plus régional, je dirais, que local. Et on s'ajuste à notre interniste, c'est remarquable, tout le monde va prescrire ce que lui prescrit parce que les patients qui sortent de l'hôpital ont tout le temps les molécules que lui préfère. Alors l'homogénéité est en fonction des spécialistes. » (médecin, cas #3)

Il n'en demeure pas moins que, dans le cadre des scénarios patients sur l'hypertension, la proportion de réponses similaires a été de 83,3 % dans le cas #3 et de 70,8 % dans le cas #4 (voir annexe #2). Ce sont les deux résultats les plus élevés parmi les huit organisations de notre échantillon. Nous croyons que le haut degré d'intégration sociale et systémique qui caractérise le processus organisationnel de ces deux CLSC permet, du moins en partie, d'expliquer ces résultats.

La pratique de groupe idéologique

La pratique de groupe idéologique regroupe (voir tableau 1) les cas #1 et #2 (deux CLSC milieu urbain avec une disponibilité moyenne des ressources) ainsi que le cas #6 (cabinet privé en milieu urbain avec une disponibilité moyenne des ressources). Ces trois organisations sont davantage caractérisées par l'intégration systémique que par l'intégration sociale.

En effet, l'intégration sociale repose essentiellement sur des mécanismes informels et varie en fonction de la personnalité des individus en place. Il y a un mécanisme de partage des dossiers, la tenue de réunions auxquelles les médecins assistent selon leurs disponibilités⁴⁵ et une cohésion dans la gestion des horaires et des périodes d'absence (plus forte en CLSC). Dans ces trois milieux, les médecins ont mis l'accent sur les contacts informels. Dans les deux CLSC, les médecins mentionnent que l'un des avantages du salariat est de permettre davantage de contacts informels avec les autres médecins. Pour le cabinet privé, il existe un noyau « dur » de médecins qui travaillent ensemble depuis 20 ans. Toutefois, les modalités informelles de coprésence sont limitées par le fait que la majorité des médecins de ces trois organisations possèdent de multiples affiliations professionnelles (CLSC, cabinet privé, unité de médecine familiale). De plus, dans les deux CLSC, la collaboration interprofessionnelle n'est pas autant valorisée que dans les deux autres CLSC de notre échantillon. Au niveau informel, certains médecins réfèrent peu de patients aux autres professionnels de la santé mais la stratégie la plus courante est de cibler ceux qui ont une vision « pro-médicale » et donc moins « confrontante ». Au niveau formel, les médecins ne sont pas prêts, par exemple, à apporter leur expertise médicale au sein d'une équipe multidisciplinaire :

⁴⁵ Dans les deux CLSC, les médecins alternent dans le rôle de chef de médecine et président de CMDP. Pour certains médecins, il y a donc un caractère « d'obligation » qu'on ne retrouve pas dans le cabinet privé.

« C'est peut-être l'aspect que j'aime le moins. Je trouve que c'est contraignant. Dans le département X, on avait une réunion d'équipe par mois. Je trouvais ça profondément ennuyeux parce que ça ne me concernait pas nécessairement. Alors j'avais l'impression d'aller perdre une demi-journée. J'avais tellement de travail... » (médecin, cas #1)

Il existe à notre avis trois raisons contribuant à expliquer le caractère « espacé » des modalités de coprésence dans ces trois organisations. D'abord, la concentration d'effectifs médicaux — et donc d'organisations de première ligne — dans les zones urbaines offre aux médecins la possibilité de « modeler » leur pratique de première ligne en fonction de leurs différents intérêts. Pour plusieurs, cela implique avoir de multiples affiliations professionnelles, ce qui a comme conséquence de « diluer » en quelque sorte leur disponibilité de coprésence sur au moins deux sites. Ensuite, la présence de ressources spécialisées de deuxième et troisième ligne à proximité a pour effet de faciliter les références et contribue ainsi à diminuer les sources d'incertitude médicale. Bref, les médecins qui oeuvrent en zone urbaine sont moins en situation d'interdépendance professionnelle face à leurs collègues comparativement à ce qu'on peut observer dans les zones rurales en pénurie de ressources. Ce phénomène peut aussi s'expliquer, selon nos répondants, par le fait que les médecins qui travaillent en zone urbaine ont tendance à davantage se spécialiser. Dans le cas #2, par exemple, les médecins développent une expertise dans des programmes particuliers et sont donc exposés à moins de problèmes de santé, ce qui a pour effet de limiter les besoins de consultations « spontanées » auprès de leurs collègues. Enfin, la popularité des services sans rendez-vous en zone urbaine peut contribuer à limiter la disponibilité de coprésence des médecins. C'est le cas par exemple du cas #1 qui a vu sa mission se transformer suite à la fermeture d'un important établissement de santé sur son territoire en 1996. Suite à cette fermeture, le CLSC a ouvert un service sans rendez-vous (8 h à 20 h, 5 jours/semaine) et le nombre de visites est passé, sur une base annuelle, de 2 000 à 60 000. Le changement d'orientation de la mission du CLSC a également bouleversé la composition de l'équipe médicale en attirant des médecins

intéressés plus spécifiquement aux services sans rendez-vous. À l'équipe originale, composée de médecins habitués à la structure par programme, s'est donc joint des médecins avec une pratique mixte CLSC- clinique privée. Les modalités de coprésence s'en sont trouvées transformées :

« On a essayé des rencontres formelles. On est arrivé à la conclusion que ça faisait perdre beaucoup de temps (...) C'est un CLSC un peu particulier aussi parce qu'il a du volume. »
(médecin, cas #1)

C'est toutefois l'intégration systémique qui caractérise davantage la dynamique interne de ces trois organisations. En effet, le discours des médecins est centré sur les valeurs de base de la médecine familiale, notamment la prise en charge des clientèles les plus défavorisées. De fait, ces trois organisations sont situées dans des zones urbaines défavorisées. Les médecins rationalisent leurs actions et leur style de pratique en fonction de l'écart actuel entre les valeurs de la médecine familiale et l'offre actuelle de services de première ligne. Par exemple, les médecins du cas #2 définissent la mission de ce dernier comme étant d'offrir « de la médecine générale spécialisée », c'est-à-dire sur rendez-vous et pour les clientèles délaissées par les médecins en clinique :

« Mon opinion, c'est que le sans rendez-vous général n'a pas sa place en CLSC à Montréal. Ça pleut, les cliniques de sans rendez-vous. Il y en a trop. On a un problème de prise en charge partout. » (médecin)

On observe un constat similaire de la part des médecins du cas #6. Dans ce quartier défavorisé de Montréal, la plupart des cliniques privées n'offrent que des services de sans rendez-vous alors qu'il y a un besoin criant pour la prise en charge de clientèles lourdes :

« Si je regarde les nouveaux médecins dans le quartier X depuis 3, 4 ans, ils plafonnent tous eux. Ils n'assurent pas de suivi de patient, beaucoup

moins de responsabilités, c'est beaucoup plus simple (...) Même si le quartier X a rajeuni un petit peu par rapport à il y a 20 ans, ce n'est vraiment pas adapté. Tant qu'à moi, ils ferment les cliniques sans rendez-vous et ça serait peut-être un plus pour la société. » (médecin, cas #6)

Au sein du cas #1, les médecins ont également exprimé un « attachement » particulier envers les clientèles défavorisées :

« (...) j'ai choisi de travailler dans des endroits défavorisés (...) J'ai travaillé dans d'autres milieux, mais ce n'est pas ma clientèle. Ma clientèle, c'est réellement la clientèle défavorisée. Je travaille bien avec ces gens-là, j'ai aussi le sentiment d'être utile, sans l'idéaliser. Quand je finis ma journée, je sens que j'ai donné du service, je me sens fier. Tandis que l'autre vient pour une petite affaire très philosophique, il veut un scan. Je dois prendre une demi-heure pour lui expliquer qu'il n'a pas besoin de ce scan-là. Mais il l'a lu dans telle revue. Il a eu un mal tête une fois il y a deux ans. Ça me prend une demi-heure. Ce n'est pas ma clientèle. » (médecin, cas #1)

Les médecins de ces trois organisations s'inscrivent donc dans une perspective de médecine sociale, pas seulement par leur conception globale des déterminants de la santé mais également en lien avec les notions de conscience sociale et d'équité – « on ne peut pas tous travailler à Outremont et Westmount » (médecin, cas #6). Le défi d'œuvrer auprès de clientèles défavorisées les rassemble au niveau idéologique.

Les profils de pratique : l'illusion de l'homogénéité

Dans les trois organisations qui composent ce que nous appelons la pratique de groupe idéologique, on observe de faibles variations en ce qui trait aux « grands traits » de leur pratique de première ligne alors que les données reliées à notre cas traceur sur l'hypertension artérielle montrent des différences intra-site plus marquées.

En ce qui concerne la gestion du temps de travail, la pratique de groupe idéologique est associée à des consultations plus longues. Pour les médecins des cas #1 et #2, le rythme de travail « typique » est de deux patients à l'heure, trois au maximum. Les rendez-vous aux 30 minutes, ou même aux 45 minutes sont nécessaires en raison des caractéristiques de la clientèle du territoire (multiethnique et défavorisée). Pour ce qui est du cas #1, l'arrivée de médecins intéressés par le sans rendez-vous a amené des différences perceptibles dans le rythme de travail pour les patients vus sur rendez-vous :

« (...) j'ai l'impression que les médecins qui font du bureau privé et qui travaillent au CLSC, souvent des fois ils vont voir leurs patients plus vite. Ils ont un petit côté bureau privé. Mais ceux qui font juste du CLSC, on regarde les notes de dossier, bien écrites, longues, détaillées. C'est sûr qu'on s'adapte à notre environnement. » (médecin)

Dans le cas #6, l'un de nos répondants travaille également au rythme de 2 patients à l'heure et il affirme que, par conséquent, son niveau de revenu, après dépenses, ne fait que diminuer depuis 1982 mais il y a un prix à payer, estime-t-il, pour conserver une pratique « médicalement intéressante » (médecin). L'autre répondant de cette clinique que nous avons interrogé travaille plus rapidement — 4 patients à l'heure — mais il suit la même clientèle depuis 20 ans et n'offre pas de disponibilités pour le sans rendez-vous. Il s'agit-là d'une autre caractéristique importante du profil de pratique des médecins de ces trois organisations, soit l'accent placé sur le suivi de clientèle (figure 1). Les médecins des cas #2 et #6 n'offrent pas de services sans rendez-vous parce que les autres organisations sur leur territoire respectif fournissent déjà ce type de services.

En ce qui concerne le champ des décisions cliniques, les médecins de ces trois organisations estiment que les pratiques cliniques sont relativement homogènes dans leur organisation respective. Les médecins du cas #1 sont d'avis,

par exemple, que les sessions d'éducation médicale continue permettent d'uniformiser les pratiques dans l'organisation :

« (...) le fait d'être ensemble, de recevoir dans une certaine mesure l'éducation médicale continue pendant un certain temps ensemble, on finit par avoir un profil de pratique tout à fait pareil, tout à fait semblable. » (médecin)

Les scénarios-patients indiquent cependant que, pour l'hypertension, des différences importantes existent quant aux actions diagnostiques et thérapeutiques. Ainsi, la proportion de réponses similaires a été de 33,3 % seulement.

On observe le même phénomène dans le cas #2, c'est-à-dire que les médecins affirment qu'il y a homogénéité des pratiques au sein du groupe en raison de « l'effet CLSC », des activités de formation en groupe et des contacts quotidiens entre collègues :

« Ah oui, tout à fait, ça peut changer les pratiques. La formation continue c'est une bonne façon (...) Un temps on était fort sur la qualité de l'acte. On avait un petit comité où on révisait par thème. Par exemple, pour l'hypertension on sélectionnait quelques dossiers au hasard parmi notre clientèle et on révisait en groupe ce qui avait été fait, ce qui aurait pu être mieux fait. On avait des profils pas mal semblables. » (médecin)

Dans le cas des scénarios-patients sur l'hypertension, la proportion de réponses similaires est de 55,6 %, un résultat surprenant si l'on considère le fait que l'hypertension avait récemment fait l'objet d'activités de formation et d'évaluation.

La plupart des médecins du cas #6 participent ensemble à des activités de formation. Ils estiment donc, eux aussi, avoir développé une pratique relativement homogène :

« Je pense qu'à cause de nos réunions le midi, on a quand même une culture de groupe (...) on a la culture de groupe, parce qu'on va parler de théorie, de n'importe quoi. À tous les midis, ça se pogne des fois (...) Je regarde X, Y et moi, on a facilement une centaine d'heures de formation par année, au minimum. » (médecin)

Pour les scénarios-patients sur l'hypertension, la proportion de réponses similaires n'est toutefois que de 33,4 %. Par contre, l'un des deux répondants se considère comme un « outsider » dans l'organisation et ne participe pas, en raison de ses obligations dans un centre hospitalier, aux rencontres de formation organisées par les autres membres de la clinique.

La pratique solo en groupe

La pratique solo en groupe est illustrée par les cas #5 et #7 (deux cabinets privés avec une forte disponibilité des ressources dans l'environnement, dont un est en milieu urbain et l'autre en milieu rural). Dans ces deux organisations, l'intégration sociale et systémique est minimale.

Les médecins de ces deux cliniques sont locataires et le fonctionnement de leur organisation respective est « éclaté ». Les modalités de coprésence, autant formelles qu'informelles, sont à peu près inexistantes. Le mécanisme de partage de dossiers n'est pas généralisé et les médecins n'ont aucun horaire de groupe ni de « règles » à suivre quant aux heures d'ouverture et des périodes de vacances, c'est « chacun pour soi » (médecin). L'un de nos répondants du cas #5 a quitté l'organisation après deux ans de pratique justement en raison du manque de collaboration dans l'équipe :

« J'aimais pas ça beaucoup là-bas, en tout cas pour la façon que je voulais pratiquer (...) Chaque médecin s'est habitué à pratiquer à sa façon. Il y avait pas consensus (...) c'est très individuel. »
(médecin)

Les autres médecins de cette clinique décrivent de la même façon le fonctionnement de leur organisation :

« Nous ne sommes pas une organisation (...) j'ai pas de contraintes d'organisation administrative, sauf les miennes. Tout le monde est sur le même pied et chacun fait ce qu'il veut faire. » (médecin)

Au sein du cas #5, nos répondants décrivent leur milieu de travail comme une « chaîne de montage » où « la culture organisationnelle n'existe tout simplement pas » (médecin). Il n'y a aucune collaboration et très peu de contacts entre les médecins. Aux yeux des médecins interrogés, l'autonomie professionnelle est à la fois la plus grande opportunité du travail en clinique mais également son plus grand vice. Un sous-groupe de 4 médecins, sur 11, aurait toutefois souhaité une plus grande cohésion à l'interne :

« Mais il y a du monde qui travaille jusqu'à ce qu'ils arrivent à 50 cennes de moins que le chiffre, et là, bonjour, ils s'en vont. Je caricature à peine. Ils vont travailler une journée, ils vont calculer leur affaire, et s'ils arrivent proche du plafond, ils annulent le lendemain, sans avis. Au mieux, s'ils sont polis, ils vont appeler le matin pour dire qu'ils ne rentrent pas (...) Il n'y a pas de solidarité et il n'y a pas de conscience sociale (...) On n'est pas assez nombreux pour dire : on va essayer de maintenir la clinique envers et contre tous. Alors on a décidé qu'on faisait notre affaire, qu'on donnait notre maximum, qu'on faisait notre boulot le mieux qu'on pouvait et que c'était tout (...) quand il y a pas de médecin, il y a pas de médecin. » (médecin)

L'intégration systémique apparaît également être absente dans le cadre des activités des médecins au sein de ces trois organisations. Dans le cas #1, par

exemple, la majorité des médecins n'offre que des services sans rendez-vous et ne fait donc aucune prise en charge. Il existe un climat de tension et de frustration dans l'organisation lié au fait qu'une minorité de médecins héritent des cas difficiles qui demandent plus de temps.

« C'est anormal parce que tout le monde devrait faire un minimum de suivis de patients (...) un moment donné on en vient quasiment à une question de conscience sociale, de conscience professionnelle (...) Les gens sont devenus très découragés, très individualistes (...) je vais puncher et je retourne chez nous. Il y a beaucoup de médecins qui rentrent, voient des patients et s'en vont chez eux. Et il n'y a rien qui existe en dehors de ça (...) alors qu'au niveau du code de déontologie, à partir du moment où on prend une personne en charge, même au sans rendez-vous, on est, entre guillemets, responsable. » (médecin)

Dans le cas #7, cette intégration systémique minimaliste peut être illustrée par le fait que les médecins n'ont pas le souci d'offrir des services à une population. Par exemple, sans partage des dossiers entre tous les médecins de la clinique, et avec des heures d'ouverture qui change fréquemment selon leurs disponibilités, l'offre de service à la population est morcelée :

« (...) au niveau d'une organisation de soins de santé globale, je pense qu'on l'a peut-être pas. Et ça, ça m'achale peut-être un peu. C'est sûr qu'à la clinique où je suis, c'est pas moi qui l'ai inventée, quand je suis arrivé il y avait cette façon-là de fonctionner, j'aimerais mieux être dans une clinique mieux structurée, où il y a tout le temps quelqu'un, où on se consulte pour nos vacances, où on se consulte pour les congrès, où on a une meilleure organisation. Je me sentirais plus à l'aise dans un cadre de pratique comme ça. » (médecin)

Nous croyons qu'encore ici certains éléments de l'environnement sont susceptibles d'influencer les modalités d'intégration sociale et systémique. Ces deux cabinets sont situés dans un environnement où il y a abondance de

ressources médicales (1^{ière} et spécialisées) et psychosociales. Le cas #7, par exemple, est situé dans un village de 11 320 habitants (recensement de 2001) où travaillent 13 médecins omnipraticiens en cabinet privé en plus de 5 médecins en CLSC. Le résultat est que les patients peuvent obtenir un rendez-vous le jour même. Dans le cas #5, les patients doivent patienter de 8 à 12 semaines avant d'obtenir un rendez-vous mais cela s'explique par le fait que la plupart des médecins pratiquent à plus d'un endroit et que plusieurs plages horaires sont bloquées pour des consultations sans rendez-vous. Le point commun à ces deux cliniques est que l'abondance de ressources médicales dans l'environnement semble atténuer le sentiment de responsabilité des médecins face à l'offre de services sur une base populationnelle, de même que la nécessité perçue de collaboration professionnelle.

Les pratiques : les extrêmes

La pratique solo en groupe est associée à un plus grand volume de patients de même qu'à d'importantes variations dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle.

Dans ces deux cabinets privés, le rythme de travail « type » est d'environ 5 ou 6 patients par heure de travail clinique. Dans le cas #5, deux médecins que nous avons interrogés ont développé une « spécialité », clientèle âgée pour un et avec VIH pour le second. Pour certaines périodes spécifiques du mois, le rythme de travail passe donc à 2 ou même 1 patient à l'heure. Par contre, ces médecins maintiennent une grande disponibilité pour le sans rendez-vous dans le but, d'une certaine façon, de financer ces périodes de consultation plus longues. Au sein de l'autre cabinet privé, la performance est axée sur la productivité. Les rendez-vous sont pris aux 15 minutes mais la secrétaire reçoit comme directive d'ajouter un ou deux patients supplémentaires par heure pour compenser les occasions où les patients ne se présentent pas. L'un des médecins de ce cabinet privé a changé de

milieu de travail depuis, entre autres parce que le rythme de travail était trop rapide.

En ce qui concerne les décisions cliniques, les trois médecins du cas #5 s'entendent pour dire que les profils de pratique au sein du groupe sont très différents. Le mécanisme de partage des dossiers (pour les médecins qui acceptent ce mécanisme) leur donne fréquemment l'occasion d'observer les décisions cliniques de leurs collègues pour différents problèmes de santé :

« Il y a des styles auxquels je ne veux absolument pas ressembler (...) Il n'y a aucune norme à cette clinique-là. On voit les notes des autres, mais c'est tout ce qu'on voit. Il n'y a jamais de discussions, il n'y a jamais de consensus. Tandis que dans un établissement comme le CLSC où je pratiquais, oui, tu avais des discussions. »
(médecin)

« Les autres font juste du sans rendez-vous. Alors c'est sûr que c'est un profil de pratique complètement différent. » (médecin)

Pour les trois médecins de ce cabinet privé, la proportion de réponses similaires dans le cadre des scénarios-patient sur l'hypertension s'établit à 66,7 %, le plus haut résultat parmi les médecins en clinique privée. Il faut par contre souligner que deux des trois répondants ont pratiqué ensemble au sein du même CLSC pendant sept ans avant de migrer vers la clinique privée et leurs réponses étaient, sauf pour le scénario 4, identiques. Le troisième médecin a présenté un profil de pratique différent des deux autres pour les cinq scénarios-patient.

Dans le cas #7, l'un de nos répondants croit que les profils de pratique se ressemblent dû au fait que les médecins de la clinique ont eu un cheminement professionnel identique :

« Mais probablement que nos pratiques se ressemblent un petit peu parce qu'on a choisi de faire ce type de pratique-là dans la même »

organisation (...) Et plusieurs ici ont travaillé en CLSC avant. Je pense qu'on est 4 avec le même profil, on a fait du CLSC (...) alors c'est sûr qu'on a des ressemblances au niveau du profil de pratique. Ça doit se ressentir au niveau de nos décisions avec le patient. »

Les scénarios-patients sur l'hypertension viennent cependant tempérer cette idée qu'un cheminement professionnel identique équivaut à une plus grande homogénéité dans les décisions cliniques. En effet, les deux médecins de ce cabinet privé n'ont donné que deux réponses similaires, pour un taux de 16,7 %.

La pratique de groupe « entrepreneuriale »

La pratique de groupe *entrepreneuriale* désigne ici le cas #8 (cabinet privé en milieu rural avec une disponibilité moyenne des ressources). L'intégration sociale se manifeste par le désir commun d'assurer la survie et le bon fonctionnement de la clinique à court, moyen et long termes. La meilleure façon de décrire les modalités de coprésence dans l'organisation est de parler d'une « solidarité tacite ». L'intégration systémique est quant à elle « incontournable » plutôt que complètement volontaire.

Les 5 co-proprétaires de ce cabinet privé travaillent ensemble depuis 20 ans et sont également impliqués dans les soins de longue durée à l'hôpital régional (20 kilomètres du cabinet). L'équipe compte également deux médecins locataires ainsi qu'une infirmière chargée des prélèvements. Les modalités d'interaction entre les médecins sont basées sur l'informel et les contacts ne sont pas très fréquents en raison des horaires chargés et des déplacements hebdomadaires de chacun des médecins vers le centre hospitalier. Les médecins ont donc peu de temps libres pour discuter de leurs cas difficiles avec leurs collègues. Le mécanisme de collaboration privilégié est de référer certains cas vers un collègue puisqu'au cours des 20 dernières années chacun a développé une « mini-spécialité ». Les plages horaires et les périodes de vacances sont

soigneusement planifiées et partagées entre les sept médecins par bloc de quatre mois. Il y a un partage des dossiers entre tous les médecins de la clinique. Même si les médecins n'ont pas une grande disponibilité de coprésence, ils insistent sur la nécessité de se serrer les coudes et que les médecins soient tous imputables les uns par rapport aux autres :

« (...) ce qui est homogène c'est le sens des responsabilités. Puis on essaie de garder un espèce de sentiment de confiance, puis essayer de transmettre ça aux patients (...) Mais dans ma tête, ce qui doit être homogène c'est le sentiment de ne pas flusher l'affaire à l'autre. Et ça, c'est homogène pour ça. Ce n'est pas parce que c'est mon patient et que c'est un autre qui va le voir, qu'il va s'en débarrasser. » (médecin)

Cette solidarité tacite est également présentée comme « essentielle » par les médecins en raison du rôle de l'organisation sur son territoire. Cette clinique privée représente le seul point de services de ce petit village de 5465 habitants (recensement 2001) et le CLSC le plus proche est situé à plus de 20 kilomètres. Les médecins doivent donc conserver une pratique polyvalente et ouverte aux cas lourds et psychosociaux, même si nos répondants admettent se sentir démunis face aux cas de santé mentale. L'intégration systémique est ici inévitable. La position géographique explique également la présence de l'infirmière de façon à éviter aux patients des déplacements supplémentaires pour des tests de base. Puisqu'ils évoluent dans un environnement où il y a une forte pression de la clientèle ainsi qu'un haut degré d'incertitude médicale, les médecins propriétaires ont le souci constant de maintenir une masse critique de médecins. Par exemple, les périodes de sans rendez-vous sont souvent laissées aux jeunes médecins locataires dans le but de contrebalancer le fait qu'ils sont rémunérés à 70 % des honoraires réguliers⁴⁶.

« Alors je dis, « prends mon sans rendez-vous, moi je vais faire une journée de bureau de plus ». Peut-

⁴⁶ Région limitrophe à celle de Montréal.

être que je ferai une couple de 100 piasses de moins dans ma journée, mais au bout de la ligne ça fait mon affaire parce qu'en quelque part je sais qu'il va rester et à moyen terme ça me sert. Si un moment donné je suis plus essoufflée ou que je suis malade (...) On a toujours un peu cette optique-là, les vieux en clinique. Puis en même temps, on ne crève pas de faim personne. » (médecin)

Il faut aussi, en quelque sorte, assurer la relève pour la prise en charge des clientèles du territoire.

Les pratiques : des variations inévitables

Le rythme de travail des médecins de cette organisation est homogène, c'est-à-dire d'environ 4 patients à l'heure sur rendez-vous et 6 à l'heure au sans rendez-vous. Les médecins locataires qui n'ont pas suivi ce rythme ont quitté la clinique après quelques mois. Il faut maintenir ce rythme pour faire « rouler » la clinique mais cela implique pour les médecins des retards quotidiens dans leur horaire en raison des « cas lourds » qui se présentent à la clinique :

« La partie purement médicale, il y a plein de choses qui se font en 15 minutes (...) mais les cas psychosociaux bousillent le système beaucoup (...) En tout cas moi je suis pas capable, quand ils sont larmes dans le bureau de dire « là ça fait 15 minutes, on se revoit... on se revoit quand? C'est ça le problème, mon bureau est booké 2-3 mois d'avance! » (médecin)

Au niveau des décisions cliniques, nos répondants dans cette clinique croient que tous les médecins ont une pratique adéquate mais ils sont cependant convaincus qu'il y a des variations dans les profils de pratique :

« En général on a une certaine homogénéité, alors je ne pense pas que personne fasse des grosses erreurs. C'est sûr que c'est plus une question de jugement. Le même hypertendu qui vient me voir, une journée je vais peut-être y donner un bloqueur,

*puis le lendemain je vais lui donner un limiteur,
puis ça va être bon aussi. » (médecin)*

Les scénarios-patients sur l'hypertension permettent de confirmer les perceptions des médecins quant au caractère dynamique des jugements cliniques. En effet, les deux médecins de ce cabinet privé n'ont offert aucune réponse similaire (annexe 2).

DISCUSSION

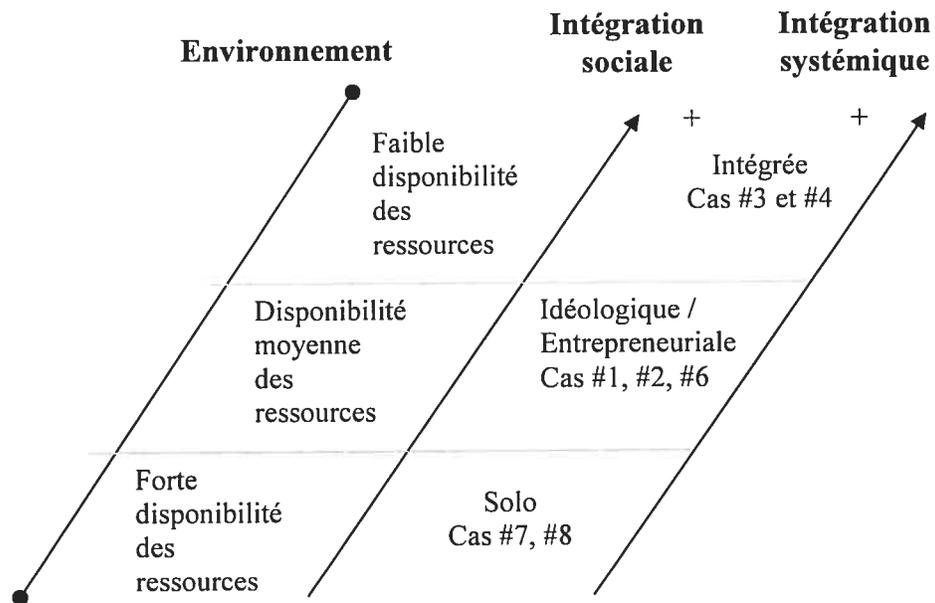
Dans cette section, nous désirons revenir sur nos questions de recherche mais en débutant par la deuxième, à savoir si les modalités d'intégration influencent le degré d'homogénéité des profils de pratique dans les organisations. Notre recherche démontre que le fait pour des médecins de travailler au sein de la même organisation n'implique pas nécessairement qu'ils s'influenceront mutuellement dans le cadre de leurs activités professionnelles. Nous avons observé, particulièrement dans les milieux où l'intégration est faible, des variations de pratique dans le traitement de l'hypertension artérielle. Ces résultats peuvent être replacés dans le cadre plus large de la sociologie des professions. Selon Hoogland & Jochemsen (2000), il existe deux façons d'appréhender cette problématique : 1- le point de vue empirico-sociologique mettant l'accent, sur le pouvoir (et ses implications) de la profession médicale dans la société et son projet de contrôle des compétences, des savoirs professionnels et des processus de travail; et 2- le point de vue « normatif » examinant l'argumentation derrière ce projet et ses implications sur les pratiques individuelles des médecins. Le point de vue « normatif » amène à voir le projet médical comme reposant sur les trois principes suivants : 1- la nature de la tâche est si complexe que les non médecins ne peuvent pas être impliqués dans sa définition et son évaluation; 2- que les médecins, en tant que professionnels de la santé, sont « responsables » et peuvent travailler sans supervision; et 3- que la profession médicale est apte à détecter les médecins déviants et à garantir que les services soient offerts selon des standards scientifiquement reconnus (régulation par les pairs). Ce dernier principe s'appuie

sur l'idée qu'il y a une institutionnalisation des savoirs médicaux et que les médecins devraient donc tous, en principe, traiter des pathologies courantes (comme l'hypertension artérielle) de manière semblable. Or, nos données démontrent que la notion de « standards » de pratique est relative, du moins dans le cas de l'hypertension artérielle. Notre objectif n'était pas d'identifier de « bonnes » et de « mauvaises » pratiques mais la diversité des réponses obtenues indique en effet que le système professionnel a une influence partielle sur les pratiques individuelles des médecins généralistes. Selon Dupuis (2000), il semble y avoir, dans le domaine de la médecine, peu de contrôle exercé par le niveau collectif sur le niveau individuel. Nos données suggèrent donc que les médecins ne font pas tous partie de ce que l'on peut appeler une « communauté de pratique ». L'autonomie professionnelle peut avoir l'effet pervers de nuire à l'intégration et la systématisation des processus des soins. Dans cet article, pour caractériser les liens qui unissent les médecins, nous avons utilisé les concepts d'intégration sociale et systémique de Giddens (1984). Notre étude de cas suggère que plus l'intégration sociale et systémique est développée dans une organisation, plus les médecins ont des profils de pratique qui se ressemblent. En effet, c'est dans les deux organisations composant ce que nous appelons « la pratique de groupe intégrée » que nous retrouvons les plus grandes proportions de réponses similaires dans le cadre de nos scénarios patients sur l'hypertension artérielle (annexe 3). Par contre, une dimension comme la gestion du temps de travail des médecins généralistes est relativement semblable dans chaque organisation, indépendamment des modalités d'intégration.

Notre première question de recherche prenait pour cible les « déterminants » des modalités d'intégration. Nos résultats suggèrent qu'il existe effectivement des attributs de l'organisation et de l'environnement qui favorisent l'intégration sociale et systémique. Au niveau organisationnel, le salariat et l'affiliation unique sont des facteurs qui favorisent la coprésence. Or, la disponibilité de coprésence est un prérequis à l'intégration sociale mais elle ne la garantit pas. Par exemple, ce qui différencie le plus, à notre avis, la pratique de groupe intégrée des autres types

de pratique, est le fait que les médecins se perçoivent comme étant en situation d'interdépendance face à leurs collègues. L'environnement joue ici un rôle important pour expliquer ce phénomène. Nos résultats suggèrent que plus l'environnement est une source d'incertitude et de complexité, plus les médecins vont tenir compte de leurs collègues dans l'organisation de leur propre travail clinique. La figure 2 permet ainsi d'illustrer que les types d'intégration peuvent être mis en parallèle avec la configuration des ressources médicales dans l'environnement (selon notre gradation forte/moyenne/faible).

Figure 2
Analyse exploratoire sur l'influence de l'environnement
sur les modalités d'intégration



L'intégration peut donc servir de stratégie pour réduire le niveau d'incertitude médicale. Ces résultats viennent nuancer les propos de Scott (2003) qui soutient que face à la complexité de l'environnement, l'organisation a tendance à s'appuyer sur des individus hautement qualifiés, flexibles et autonomes, ce qui expliquerait, écrit-il, le peu de relations d'interdépendance dans les cliniques médicales. On parle alors d'organisation de professionnels autonomes. Nos données indiquent que c'est dans les milieux avec une abondance

de ressources que l'on retrouve les deux organisations avec l'intégration sociale la plus faible. Ainsi, les cas #5 et #7 sont décrits comme du « solo en groupe » alors qu'un des répondants déclare même « nous ne sommes pas une organisation ». Sans intégration, il n'y a pas, aux yeux de ce répondant, d'organisation. L'absence d'intégration sociale signifie que les médecins ont une grande autonomie professionnelle mais également qu'ils ont peu d'influence, donc de pouvoir, sur leurs collègues. On observe une situation similaire dans le cas de l'intégration systémique. La « pression » de l'environnement semble influencer la façon dans les acteurs vont « instituer » les valeurs et les fonctions attendues d'un médecin généraliste:

« (...) the enactment process is inherently a social one by which participants collectively interpret and make sense of the challenges they confront (...) »
(Scott, 2003: 142)

Nous avons ici une illustration, à notre avis, de relations complexes et non linéaires entre plusieurs variables. En effet, nous croyons que l'intégration systémique et l'intégration sociale s'alimentent mutuellement.

Enfin, il est pertinent d'inclure dans nos réflexions sur les modalités d'intégration la question des « prédispositions » et caractéristiques personnelles. Selon Pfeiffer (1997), la « démographie » de l'organisation, c'est-à-dire l'agrégat des caractéristiques des membres de l'organisation (âge, sexe, années d'expérience, etc.) est un déterminant important de la structure et du niveau de performance d'une organisation. Dans cette perspective, les médecins apparaissent comme des acteurs avec de multiples « identités » (personnelle, organisationnelle et autres) et il apparaît peu probable que plusieurs individus au sein de la même organisation occupent le même « espace » (Scott, 2003). Les variations de pratique apparaissent donc, dans un certain sens, « inévitables » mais jusqu'à quel point? Dans cet article, nous avons montré que les modalités d'intégration peuvent influencer les pratiques individuelles et que ces modalités d'intégration ne dépendent pas uniquement des caractéristiques des médecins en

place mais aussi des caractéristiques de l'organisation et de l'environnement. D'un point de vue « individualiste », nous pourrions émettre l'hypothèse que « qui se ressemble s'assemble », toute l'analyse se ramenant alors à des choix individuels de sélection d'un milieu de travail. Dans un article à venir, nous montrerons qu'il y a effectivement un processus de sélection à l'œuvre, mais qu'il est partiel et qu'il y a également, sous certaines conditions comme le suggère le présent article, un processus d'adaptation graduelle. Une étude récente sur le sujet a obtenu des résultats similaires (de Jong, Groenewegen & Westert, 2003). En fait, ce cycle sélection/adaptation peut se reproduire à plusieurs occasions dans le cours d'une carrière professionnelle parce que les intérêts des médecins généralistes sont constamment en mouvance. Plus encore, plusieurs médecins généralistes travaillent dans deux ou plusieurs organisations de première ligne. Ce phénomène de mixité organisationnelle n'a pas encore été exploré dans la littérature et soulève plusieurs questions. En effet, comment peut-on alors parler de normes de groupe et comment sont-elles « internalisées » lorsque les médecins font partie à la fois, par exemple, d'une pratique de groupe idéologique et d'une pratique solo en groupe?

CONCLUSION

Cette étude de cas a permis d'illustrer que les étiquettes « CLSC » et « cabinet privé » renferment différentes réalités. Nous avons préféré cibler différentes modalités d'intégration dans nos analyses transversales puisque ce sont les acteurs qui « font » l'organisation. Pour les décideurs, une telle perspective a des implications importantes, notamment que les stratégies destinées à influencer les actions des médecins généralistes doivent aussi cibler la pratique de groupe. Ne devrait-on pas s'attendre, par exemple, à ce qu'un médecin qui adhère à de nouvelles lignes directrices soit en mesure d'influencer ses collègues? Une nouvelle question doit alors être posée : comment peut-on favoriser une pratique de groupe avec des liens plus serrés ? En d'autres mots, comment favoriser l'intégration? Au Québec, dans le cadre du processus d'implantation des Groupes de médecine de famille, les médecins doivent signer différents contrats :

un contrat d'association, ce que nous voyons comme une mesure susceptible de favoriser l'intégration sociale, ainsi qu'un contrat patient-médecin, une innovation qui porte en elle le potentiel de favoriser l'intégration systémique en réaffirmant symboliquement la notion de prise en charge.

ANNEXE 1 – SCÉNARIOS – PATIENTS SUR L’HYPERTENTION

SCÉNARIO #1 :

Jean-Paul (47 ans, non-fumeur) est travailleur manuel, il se déclare en bonne santé sauf pour des problèmes de dos (motif des visites). Son IMC est à 27. Lors de sa première visite, sa tension artérielle (T.A.) tourne autour de 150/90. Vous le questionnez sur ses antécédents médicaux, rien à signaler. À sa deuxième visite un mois plus tard, sa T.A. est à 155/95. L’examen physique ne révèle rien d’anormal. En fonction de ces informations, quel(s) test(s) diagnostic(s) serait-il utile de demander?

a) Electrocardiogramme; (b) Echocardiographie; (c) Analyse d’urine; (d) Hémogramme; (e) Bilan biochimique (potassium, sodium, créatinine); (f) Glycémie à jeun; (g) Cholestérol total à jeun (h) Cholestérol des lipoprotéines de haute densité (HDL); (i) Cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL); (j) Triglycérides; (k) Rayon x; (l) Aucun pour le moment, surveillance (visite de suivi) et enquête plus poussée sur le mode de vie.

SCÉNARIO #2 :

Marc, non-fumeur de 62 ans. IMC de 28. Il vous consulte pour la première fois mais il vous est référé par un collègue de votre bureau qui prend sa retraite. Vous avez donc en main son dossier médical complet des 12 dernières années. Il est sous médication, en monothérapie, pour l’hypertension depuis 10 ans (Propanolol). Les tests de laboratoire effectués le mois dernier (BUN, créatinine, électrolytes, analyse d’urine, glycémie, triglycérides, cholestérol) sont normaux et permettent d’affirmer qu’il s’agit toujours d’hypertension non-compiquée. Il mesure sa tension à domicile, dans la journée d’hier sa T.A. était à 140/85. Vos mesures lors de cette première visite indiquent 160/100. Serait-il pertinent de modifier son traitement pharmacologique dès maintenant ?

Non, je recommande d’autres visites de suivi avant de prendre une décision concernant le traitement pharmacologique.

Oui, je recommande plutôt le traitement suivant

À quelle fréquence envisagez-vous de revoir ce patient?

SCÉNARIO #3 :

Lise, 65 ans, se présente à votre bureau. Elle est connue diabétique depuis 5 ans sous une médication de Diabeta 5 mg b.i.d.. Elle est hypertendue depuis plus de 20 ans et reçoit Dyazide 1 co. par jour. Depuis quelques mois, elle est plus dyspnéique à l’effort et a une certaine difficulté à monter les escaliers. Elle se lève la nuit régulièrement pour uriner. Elle n’a pas de douleur rétrosternale mais occasionnellement elle a l’impression d’un malaise thoracique. Quelques douleurs articulaires. Elle mesure ses glycémies régulièrement qui varient entre 7.5 mmol et 12 mmol. Elle suit sa diète tant bien que mal. Sa T.A. au CLSC, il y a 3 semaines, était 140/88.

Tests de laboratoire obtenus il y a 1 mois : Glycémie: 8.8 mmol ; Créatinine: 120 mmol ; Cholestérol: 7.4 mmol ; HDL: 1.2 mmol ; LDL : 4.8 mmol ; Triglycérides: 3.4 mmol ; Hb glycosylée: 0.062 (n = 0.055)

Questions:

1. Quel(s) test(s) rénal/rénaux serait-il utile de demander?

a) échographie rénale ; b) scintigraphie rénale ; c) pyélographie endoveineuse ; d) microalbuminurie de 24 heures ; e) électrolytes

2. Quel(s) test(s) cardiaque(s) serait-il utile de demander?

a) échocardiographie ; b) ECG ; c) ecg à l’effort ; d) scintigraphie myocardique isotopique

SCÉNARIO #4 :

CAS 4: Jacques, 68 ans, a fait un infarctus du myocarde il y a 2 ans; il est maintenant retraité et ses symptômes d'angine se sont aggravés au cours des six derniers mois (de classe 1 à classe 2). Il prend de l'AAS 325 mg die, de l'aténolol (bêta-bloquant) 50 mg die et de la nitroglycérine si pm. Sa T.A., auparavant normale, est légèrement élevée depuis 4 mois, à 150/95 mmHg. Son LDL-cholestérol est à 4,2, ses triglycérides sont à 3.0 et son HDL-cholestérol à 0,8. À partir de ces informations, vous décidez de:

- a) augmenter l'aténolol à 100mg die; b) changer l'aténolol pour de l'acébutolol 200 mg die; c) ajouter un IECA; d) changer son bêta-bloquant pour un bloquant des canaux calciques de type diltiazem; e) ajouter un diurétique (HCT 12,5 mg die); f) ajouter un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2; g) ajouter un alpha-bloquant; h) le référer à un spécialiste

SCÉNARIO #5 :

Denis, 72 ans, traité pour HTA depuis 15 ans, présente des lectures de TA de 165/100 mmHg de façon répétée depuis un mois (3 visites) malgré un traitement avec hydrochlorothiazide 12,5 mg id, un IECA à dose maximale et un bloqueur des canaux calciques (Adalat). À partir de ces informations vous décidez de :

- a) doubler la dose de son diurétique et de contrôler sa TA dans 15 jours
- b) remplacer son diurétique thiazidique par du furosémide de 20 mg bid
- c) augmenter les 3 médicaments à dose maximale avant de le diriger en spécialité
- d) médication inchangée mais référence immédiate à un spécialiste

ANNEXE 2 - MODALITÉS D'INTÉGRATION

<i>Modalités d'intégration</i>	<i>Pratique de groupe intégrée</i>	<i>Pratique de groupe idéologique</i>	<i>Pratique de groupe PME</i>	<i>Pratique solo en groupe</i>
Intégration sociale				
Disponibilité de coprésence	X	X	-	-
Contacts formels et informels	X	X	-	-
Interdépendance	X	-	X	-
Affiliation unique	X	-	X	-
Intégration systémique				
Priorité accordée au suivi	X	X	X	-
Choix des clientèles en fonction des besoins sur le territoire	X	X	-	-
Polyvalence au niveau clinique	X	-	X	-

Note. Par « X », nous voulons indiquer qu'il s'agit d'une caractéristique importante du processus d'organisation. Le signe « - » ne veut donc pas dire qu'une dimension donnée est totalement absente mais plutôt qu'elle n'est pas considérée par les répondants comme étant significative dans la description de leur environnement de travail. Seule la dimension 'affiliation unique' désigne un état de présence ou d'absence complète.

ANNEXE 3 - SCÉNARIOS SUR L'HYPERTENSION

PROPORTION DE RÉPONSES SIMILAIRES
SELON LES MODALITÉS D'INTÉGRATION

CAS	Modalités d'intégration	TAUX
Cas #3 (CLSC, rural)	Intégrée	83,3 %
3 répondants		
Cas #4 (CLSC, rural)	Intégrée	70,8 %
4 répondants		
Cas #5 (clinique, urbain)	Solo en groupe	66,7 %
3 répondants		
Cas #2 (CLSC, urbain)	Idéologique	55,6 %
2 répondants		
Cas #1 (CLSC, urbain)	Idéologique	33,3 %
3 répondants		
Cas #6 (clinique, urbain)	Idéologique	33,3 %
2 répondants		
Cas #7 (clinique, rural)	Solo en groupe	16,7 %
3 répondants		
Cas #8 (clinique, rural)	PME	0%
3 répondants		

RÉFÉRENCES

- Armour, B. S., Pitts, M. M., Maclean, R. & Cangialose, C. (2001). "The Effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior." Archives of Internal Medicine **161**(10): 1261-1266.
- Bojke, W., Coleman, A et Gravelle, H (2003). "The relationship between size and performance of primary care organizations in England." Journal of Health Services Research and Policy **8**(1): 11-17.
- Creswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA, Sage.
- de Jong, J.D., Groenewegen, P.P., et Westert, G.P. (2003) "Mutual influences of general practitioners in partnerships". Social Science and Medicine **57**: 1515-1524.
- Dupuis, H. M. (2000). "Professional autonomy: stumbling block for good medical practice. An analysis and interpretation." Theoretical Medicine **21**: 493-502.
- Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (2003). Évolution des effectifs de pratique: le Québec dans son ensemble. Montréal, Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec.
- Flood, A. B., Fremont, A. M., Jin, K. & Bott, D. M. (1998). "How do HMO achieve savings? The effectiveness of one organization's strategies." Health Services Research **33**(1): 79-99.
- Friedberg, E. (1993). Le Pouvoir et la Règle: dynamiques de l'action organisée. Paris, Seuil.
- Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. & Lamarche, P. A. (2004). "L'effet des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes: Analyse qualitative des conditions et conséquences de l'action." Article en préparation.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society. Berkeley, University of California Press.
- Goffman, E. (1969). The presentation of self in everyday life. New York, Doubleday.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M. & Leese, B. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review." Journal of Health Services and Research Policy **6**(1): 44-55.

Grembowski, D. E., Martin, D., Diehr, P. & Patrick, D. L. (2003). "Managed care, access to specialists, and outcomes among primary care patients with pain." Health Services Research **38**(1 (pt 1)): 1-19.

Hibbard, J. H., Greenlick, M. R., Kinkel, L. E. & Capizzi, J. (2001). "Mode of payment, practice characteristics, and physician support for patient self care." American Journal of Preventive Medicine **20**(2): 118-123.

Hoogland, J. and Jochemsen, H. (2000). "Professional autonomy and the normative structure of medical practice." Theoretical Medicine **21**(5): 457-475.

Hull, S. A., Jones, C., Tissier, J. M. & Elridge, S. (2002). "Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates." British Journal of General Practice **52**(475): 101-107.

Kralewski, J. E., Wallace, W., Wingert, T. D., Knutson, D. J. & Johnson, C. E. (1999). "The effects of medical group practice organizational factors on physicians' use of resources." Journal of Healthcare Management **44**(3): 167-182.

Meyer, A. Tsui, A.S and Hinnings, C.R (1993). "Configurational Approaches to organizational Analysis." Academy of Management Journal **36**(6): 1175-1195.

Miller, R. et Luft, HS (1994). "Managed care plan performance since 1980. A literature analysis." JAMA **271**(19): 1512-1519.

Miller, R. et Luft, HS (2002). "HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001." Health Affairs **21**(4): 63-86.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2000). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes-rapport et recommandations. Québec, Gouvernement du Québec: 410 pages.

Pfeffer, J. (1997). New directions for organization theory: problems and prospects. New York, Oxford University Press.

Pineault, R., Maheux, B., Lambert, J. & Béland, F. (1991). "Characteristics of physicians practising in alternative primary care settings: a Quebec study of local community." International Journal of Health Services **21**(1): 49-58.

Powell, W. W. et DiMaggio., P.J, Ed. (1991). The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, The University of Chicago Press.

Renaud, M., Beauchemin, J., Lalonde, C. & Poirier, H. (1980). "Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area." American Journal of Public Health **70**(10): 1068-1073.

Safran, D. G., Wilson, I. B., Rogers, W. H. & Montgomery, J. E. (2002). "Primary Care Quality in the Medicare Program: comparing the performance of Medicare health maintenance organizations and traditional fee-for-service medicare." Annals of Internal Medicine **162**(7): 757-765.

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

Scott, A. and Hall, J. (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects." Health Policy **31**: 183-195.

Scott, R. W. (2003). Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. Upple Saddle River, Prentice Hall.

Stinchcombe, A. L. (1990). Information and organizations. Berkeley, University of California Press.

Weick, K. E., Ed. (1995). Sensemaking in Organizations. Thousand Oaks, CA, Sage.

Yin, R. K. (1994). Case Study Research: Design and Methods. London, Sage.

Yin, R. K. (1999). "Enhancing the quality of case studies in health services research." Health Services Research **34**(5): 1209-1224.

**ARTICLE 3 - LA PRATIQUE DE PREMIÈRE LIGNE À LA CARTE
CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU QUÉBEC:
UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE À PARTIR
DU CONCEPT D'INDIVIDUALISATION**

Geneau, R., Lamarche, P.A., Lehoux, P., et Pineault, R. (2004)

RÉSUMÉ

La littérature indique que les médecins généralistes changent de plus en plus souvent de milieu de pratique et que plusieurs d'entre eux préfèrent même partager leur temps de travail entre plusieurs organisations. Dans cet article, nous explorons le phénomène de multi-affiliation organisationnelle et de sélection des milieux de pratique de première ligne à partir de données qualitatives recueillies auprès de 28 médecins généralistes au Québec. Les résultats démontrent que les critères de sélection des médecins touchent à la fois la sphère personnelle et professionnelle et qu'il y a une tension constante entre différents intérêts jugés complémentaires et dynamiques. Le discours des médecins apparaît également polarisé autour des deux grands « modèles » en place au Québec : soit la pratique dans un Centre local de services communautaires (CLSC) et la pratique en cabinet privé. Pour concilier leurs différents intérêts, certains médecins optent pour la mixité des milieux de pratique en oeuvrant dans au moins deux organisations offrant des services de première ligne. Ce phénomène représente une des « réalités » de la pratique de première ligne au Québec et apparaît comme une méthode utilisée par les médecins pour accroître leur satisfaction professionnelle. Ces résultats permettent de valider le concept d'individualisation et la vision de l'acteur contemporain comme un être réflexif qui valorise la mobilité et le changement dans la construction de son identité.

Mots clés : médecins généralistes, services de première ligne, individualisation, satisfaction professionnelle.

*«Individualization (...) is a question of 'place-polygamy'. »
(Lash, 2002: xii).*

INTRODUCTION

Il est admis que certaines organisations de santé recrutent les médecins en fonction de leur personnalité et de leur profil de pratique (Bard, 1990; McInerney, 1998). Par contre, il appert que les médecins choisissent également activement leur(s) milieu(x) de pratique (Gosden, Bowler & Sutton, 2000; Schur, Mueller & Beric, 1999). Plusieurs facteurs influencent les médecins dans leurs choix comme la rémunération, l'autonomie professionnelle, le rythme de travail, l'impact sur la vie sociale et familiale ainsi que le prestige associé à leur statut ou à leur affiliation professionnelle (Eisenberg, 2002; Kilmartin, Newell & Line, 2002; Moore, 2002; Scott, 2001).

Au cours des dernières années, la littérature indique que les médecins généralistes changent de plus en plus souvent de milieu de pratique ou encore combinent plusieurs affiliations organisationnelles de première ligne. Ainsi, aux États-Unis, une étude auprès de 507 médecins généralistes révèle que plus de la moitié d'entre eux (55 %) ont quitté au moins un milieu de pratique entre 1987 et 1991 (Buchbinder et al. 2001). Au Québec, une enquête menée auprès des 7138 médecins omnipraticiens⁴⁷ de la province révèle qu'un nombre croissant de médecins, un sur quatre en 1999 comparativement à un sur cinq en 1994, combinent la pratique de CLSC⁴⁸ et la pratique en cabinet privé⁴⁹ (Demers et Brunelle, 2000).

⁴⁷ Nombre de médecins à la fin de la période d'enquête (1994-1999).

⁴⁸ Le modèle CLSC est caractérisé par une rémunération à salaire ou au tarif horaire, une responsabilité de population, de même que par la présence d'autres professionnels de la santé. Certains CLSC offrent des services sans rendez-vous où les médecins sont rémunérés à l'acte. Les CLSC en région éloignée ont également un plateau technique plus étendu, offrant par exemple des services pour les urgences mineures.

⁴⁹ En cabinet privé, les médecins sont exclusivement rémunérés à l'acte et la plupart d'entre eux ne sont que locataires d'un espace de bureau.

Comment expliquer ces phénomènes? À notre avis, il faut adopter une approche qualitative pour explorer et répondre adéquatement à cette question. À l'heure actuelle, la littérature suggère qu'il y a un lien entre le niveau de satisfaction des médecins généralistes et la capacité des organisations à retenir leurs services (Sibbald et al., 2000; Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003; Evans, Lambert & Goldacre, 2002; Ramsbottom-Lucier et al., 1995). Or, au cours de la dernière décennie, plusieurs études ont mis en lumière le fait que le degré de satisfaction des médecins généralistes face à leur carrière et leurs activités professionnelles est à la baisse (Dowell, Coster & Maffey, 2002; CMA, 2000; Appleton, House & Dowell, 1998; Skolnic, Smith & Diamond, 1993). Des études suggèrent que les facteurs suivants ont un rôle à jouer dans l'explication de ce phénomène: 1- une plus grande incertitude médicale en lien avec l'évolution rapide des connaissances; 2- des changements dans l'attitude des patients face aux médecins; 3- l'effritement de l'autonomie professionnelle dans certains milieux de pratique; et 4- un accroissement de la charge de travail en raison, entre autres, du phénomène de vieillissement de la population (Cooper, Rout & Faragher, 1989; Groenewegen & Hutten, 1991; Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003; Tousijn, 2002). D'autres études ont établi des liens entre la satisfaction face aux conditions de pratique, l'âge de la retraite, le degré d'investissement dans la pratique (temps plein ou non), l'épuisement professionnel et les symptômes de détresse psychologique (Appelton, House & Dowell, 1998; Cooper, Rout & Faragher, 1989; Lemkau, Rafferty & Gordon, 1994; Spurgeon, Barwell & Maxwell, 1995).

Faut-il conclure, à la lumière de ces résultats, que la tendance observée à changer souvent de milieu de pratique ou à privilégier la multi-affiliation est le reflet d'une insatisfaction professionnelle grandissante chez les médecins généralistes? Cette question est importante car le degré de satisfaction des médecins généralistes face à leurs activités professionnelles peut avoir divers impacts sur les systèmes de santé. Il faut d'abord considérer, bien sûr, la qualité des soins offerts mais aussi le niveau d'implication de ces médecins dans les

organisations de santé, notamment du point de vue de la durée et de l'intensité de leur participation /affiliation (Sibbald et al., 2000).

Dans cet article, nous jetons donc un regard qualitatif et exploratoire sur le phénomène de multi-affiliation organisationnelle chez les médecins généralistes du Québec. Nous croyons qu'une telle démarche implique nécessairement un questionnement sur les différents intérêts des médecins et ce qu'ils recherchent et attendent sur le plan professionnel. Une telle démarche permet par la suite de mieux comprendre le phénomène de sélection du milieu de travail (que nous voyons comme de la satisfaction anticipée). Nous chercherons donc à répondre aux deux questions suivantes : 1- Quels sont les critères utilisés par les médecins généralistes pour choisir leur(s) milieu(x) de travail? et 2- Quels sont les avantages perçus de la multi-affiliation organisationnelle comparativement à l'affiliation unique?

CADRE CONCEPTUEL

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE, UN ACTEUR QUI POURSUIT DE MULTIPLES INTÉRÊTS

Dans cette section, notre objectif est de brièvement décrire comment l'acteur est perçu dans les théories sociologiques contemporaines. Pour ce faire, nous avons retenu les travaux de Giddens (1984, 1991), Beck et Beck-Gernsheim (2002) et Bauman (2001). Il ne s'agit pas d'une revue exhaustive du concept d'acteur, ni même des travaux de ces auteurs, mais les idées maîtresses présentées par ces derniers permettent, à notre avis, de mieux comprendre notre objet d'étude.

L'ACTEUR, SES MOTIVATIONS ET LA CONSTRUCTION DE SA BIOGRAPHIE

Dans la théorie de la structuration, Giddens (1984) présente l'acteur comme un 'sociologue expert' et comme un agent connaisseur, compétent et réflexif, c'est-à-dire capable de réfléchir d'une manière rationnelle sur son statut

et ses actions. Par ses actions, l'acteur participe également à la (re)production des systèmes sociaux. Les structures sont ainsi à la fois le medium et le résultat de l'action. L'acteur n'est donc pas « passif » et ne doit pas être vu comme un « idiot culturel » ne faisant que réagir aux contraintes structurelles. Toutefois, Giddens soutient que les motivations à l'action sont parfois inconscientes et que l'acteur ne peut avoir qu'une connaissance partielle des conditions et conséquences de ses actions. En parlant des motivations à l'action, Giddens distingue en fait trois niveaux psychologiques : l'inconscient, la conscience pratique, c'est-à-dire ce que les acteurs savent, ou croient savoir, sur les conditions de leurs actions mais qu'ils ne peuvent exprimer verbalement, et la conscience discursive qui représente en quelque sorte le domaine de la rationalisation de l'action. Giddens, qui s'est inspiré des travaux de Garfinkel (1967) sur l'ethnométhodologie pour développer le concept de conscience pratique, insiste fortement sur les concepts de routinisation des activités et de sécurité ontologique pour expliquer les processus décisionnels des acteurs. Le concept de sécurité ontologique fait référence à un besoin de sécurité ainsi qu'à la satisfaction tirée par les acteurs dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Cette satisfaction est indispensable au développement de l'estime de soi. Ce lien entre la satisfaction et l'estime de soi se retrouve également dans certaines théories organisationnelles. Scott (2003) souligne, par exemple, que dans la théorie des relations humaines, la récompense la plus recherchée par l'acteur organisationnel n'est pas nécessairement de nature financière mais doit plutôt être cherchée du côté de l'ego et de la réalisation de soi.

« (...) the most significant rewards are those associated with the satisfaction of ego and self-actualization needs. ». (Scott, 2003: 64)

Nous pouvons reconnaître ces besoins comme des universaux dont la nature et les moyens pour les satisfaire changent cependant dans le temps et selon les aires socioculturelles.

Que recherche donc l'acteur dans nos sociétés contemporaines? À cet égard, le concept d'individualisation nous apparaît utile pour répondre à cette question. Ce concept désigne une transformation sociologique et structurelle des institutions sociales et de la relation de l'individu à la société (Beck & Beck-Gernsheim, 2002). Plus particulièrement, l'individualisation réfère à la tendance observée selon laquelle l'individu est de plus en plus 'maître' et responsable de sa destinée et de son bonheur :

« The existence of individualization had been empirically verified in numerous qualitative interviews and studies. They all point to one central concern, the demand for control of one's own money, time, living space and body. In other words, people demand the right to develop their own perspective on life and to be able to act upon it. »
(Beck & Beck-Gernsheim, 2002: 32)

L'individu contemporain peut donc être caractérisé par sa capacité à faire des choix, tout et n'importe quoi peut être 'décidé'. En effet, Beck & Beck-Gernsheim (2002) soutiennent que nos institutions modernes ont de moins en moins de poids dans le processus de développement identitaire des individus. Nous assistons à une *dénormalisation* des rôles, un phénomène accentué par celui de la globalisation, et chaque individu devient alors responsable de trouver ses propres règles et sa propre identité :

« If globalization, detraditionalization and individualization are analysed together, it becomes clear that the life of one's own is an experimental life (...) It becomes normal to test out a number of different mixes; several overlapping identities are discovered and a life is constructed out of their combination. » (Beck & Beck-Gernsheim, 2002: 27)

La vie moderne⁵⁰ apparaît ainsi comme une vie fragmentée, non linéaire et « bricolée » par l'individu. En d'autres mots, les itinéraires de vie sont de moins en moins « fixes » et prévisibles (Bauman, 2001). En effet, la mobilité et le changement sont devenus des facettes « normales » et « désirables » de la vie moderne et représentent en fait un « mode de vie ». La contrepartie de ce phénomène est que le fait d'être un « trouveur de règles » et de vivre sous le mode de l'imprévisible conduit à une hausse de l'anxiété chez les individus (Bauman, 2001; Giddens, 1991). La vie moderne est ainsi marquée par la notion de « risque ». Les décisions, de plus en plus nombreuses, sont analysées sous l'angle des risques et des conséquences sans toutefois qu'il ne soit possible pour l'individu de parfaitement prévoir ces dernières ni se baser sur des informations complètes. La notion de risque s'applique non seulement à une décision spécifique mais également à cette décision face à ses alternatives. L'individu vit en effet constamment dans la peur de passer à côté de « quelque chose » et il se demande comment serait sa vie « si » il avait pris telle décision ou « si » il évoluait dans tel autre contexte. La solution : encore plus de mobilité et plus de changement. L'environnement étant perçu, entre autres, comme un ensemble de risques, l'individu a l'impression d'être confronté à des contradictions systémiques. La biographie du soi, ou le « bricolage » de son identité, représente l'un des moyens privilégiés pour résoudre ces contradictions ou du moins les rendre tolérables sur une base quotidienne.

C'est à travers ces différentes notions que nous avons bâti la grille d'analyse avec laquelle les résultats présentés dans cet article ont été interprétés.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inspire de l'ethnométhodologie pour mieux comprendre le phénomène de mixité des milieux de pratique chez les médecins généralistes au

⁵⁰ Il serait trop long ici d'ouvrir un débat sur le concept de « modernité ». Giddens (1991), par exemple, utilise alternativement les expressions « high modernity » ou « late modernity » alors que Beck et Beck-Gernsheim (2002) utilisent parfois celle de « second modernity ».

Québec. Le terme « ethnométhodologie » a été mis de l'avant par Garfinkel (1967, 1996) pour illustrer le fait que les acteurs ont des compétences sociales et qu'ils possèdent un savoir de sens commun de leur société. Cette approche partage des affinités avec l'analyse phénoménologique (Creswell, 1998) puisqu'elle cherche à comprendre le sens que donnent les acteurs à leurs activités de la vie quotidienne et à décrire leurs expériences. Les « expériences vécues » représentent une des façons d'appréhender la « réalité » et l'ethnométhodologie cherche à élucider « comment » cette « réalité » est construite par les acteurs (Denzin & Lincoln, 1994). Le « programme de l'ethnométhodologie »⁵¹ est la recherche empirique des méthodes que les individus utilisent pour donner un sens et accomplir leurs actions de la vie quotidienne. Nos analyses sont cependant limitées à l'analyse du discours des médecins, donc au niveau de la conscience discursive et de la rationalisation des actions.

COLLECTE DES DONNÉES ET ÉCHANTILLONNAGE

Les données présentées dans cet article ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées réalisées auprès de 28 médecins généralistes pratiquant au Québec. La majorité de ces médecins (23) ont été recrutés dans le cadre d'une étude multicas portant sur la pratique de groupe et ses effets sur les pratiques individuelles. Des entrevues supplémentaires (5) ont par la suite été réalisées pour compléter notre banque de données sur les expériences et stratégies individuelles des médecins généralistes (ethnométhodologie). Les médecins n'ont pas donc été recrutés spécifiquement dans but d'étudier le phénomène de multi-affiliation organisationnelle. Il s'agit toutefois d'un thème (et d'une « méthode » aux yeux des médecins) qui a émergé rapidement dans les premières entrevues, d'une durée moyenne de 120 minutes, et que nous avons cherché à exploiter davantage dans les entrevues subséquentes. Le tableau 1 présente un portrait global du phénomène de multi-affiliation organisationnelle chez nos répondants.

⁵¹ L'ethnométhodologie apparaît dans les dictionnaires sur les méthodes qualitatives dans les sciences sociales mais demeure souvent présentée davantage comme une « perspective » qu'une méthodologie spécifique.

Ainsi, vingt de nos vingt-huit répondants combinaient plus d'un milieu de travail au moment où les entrevues ont été réalisées en 2001/2002. En milieu urbain, la multi-affiliation signifie le plus souvent travailler à la fois dans un CLSC et un cabinet privé. C'est le cas pour dix des douze répondants dans cette catégorie. En milieu rural, la tendance est de combiner le travail en CLSC ou en cabinet privé avec de l'hospitalisation et du travail dans les Centres hospitaliers de longue durée (CHSLD). C'est le cas pour sept des huit répondants dans cette catégorie. Les répondants avec une seule affiliation sont, en milieu urbain, tous en CLSC alors qu'en milieu rural c'est le cas pour quatre des cinq médecins interrogés. La colonne de droite du tableau 1 indique qu'un seul de nos répondants sur vingt-huit n'a connu qu'un seul milieu de pratique professionnel depuis l'obtention de son diplôme. L'annexe 1 présente plus en détails le profil de pratique de chacun des répondants.

Tableau 1 : Nombre de médecins combinant au moins deux lieux de pratique versus un seul lieu de pratique

	Multi-affiliation (au moment de l'enquête)	Affiliation unique (au moment de l'enquête)	Médecins n'ayant connu qu'un seul lieu de pratique (début de carrière jusqu'au moment de l'enquête)
Urbain	12 répondants #7, #8, #9, #12, #13, #14, #15, #19, #20, #21, #25, #27	3 répondants #6, #24, #26	1 répondant #6
Rural	8 répondants #2, #5, #10, #16, #17, #22, #23, #28	5 répondants #1, #3, #4, #11, #18	0 répondant
Total	20/28 (71 %)	8/28 (29 %)	1/28 (4 %)

57 % de nos répondants sont de sexe masculin.

ANALYSE DES DONNÉES

En tant que « programme », l'ethnométhodologie fixe d'abord les paramètres de l'objet d'étude, soit les pratiques « ordinaires » de la vie quotidienne. Ces pratiques quotidiennes sont au cœur de l'expérience professionnelle des médecins généralistes dans un milieu de travail donné et déterminent leur degré de satisfaction face à ce dernier (concept de sécurité ontologique). Comme première étape, nous avons dressé une liste non répétitive des différentes représentations exprimées par les médecins à propos des propriétés contraignantes et habilitantes des principales organisations de première ligne au Québec, soit les CLSC et les cabinets privés. Ces représentations sont par la suite regroupées en fonction des différentes significations qui peuvent leur être attribuées. Chaque expérience doit faire l'objet d'une réflexion sur l'éventail des significations possibles avant de faire l'objet d'une description qui tente d'en résumer « l'essence ». Nous avons utilisé le logiciel Nu·Dist pour codifier et regrouper les différentes expériences exprimées par nos répondants.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'un des thèmes les plus marquants dans le discours de nos répondants est la description de la pratique idéale comme étant l'amalgame de différents milieux de pratique. Pour concilier leurs différents intérêts, certains médecins semblent en effet chercher à s'affilier à plusieurs organisations. Ainsi, comme nous l'avons vu au tableau 1, la majorité des médecins que nous avons rencontrés travaillent à plus d'un endroit. Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous présentons d'abord les critères invoqués par les médecins généralistes dans le choix de leur(s) lieu(x) de travail, ce qui nous permet également d'appréhender, indirectement, la question de la satisfaction professionnelle. Nous avons principalement documenté les représentations reliées à la pratique en CLSC et en cabinet privé puisque ce

sont les deux principales destinations professionnelles pour les médecins généralistes du Québec.

LES CRITÈRES DE SÉLECTION DU LIEU DE TRAVAIL

Nos analyses révèlent que les médecins choisissent leur lieu de travail en fonction de plusieurs facteurs dont la signification et l'importance peuvent cependant varier dans le temps. Nous avons classé les différents facteurs en deux catégories; ceux liés à la qualité de vie personnelle et professionnelle, fortement associée au déroulement des activités quotidiennes, et ceux liés à la valorisation personnelle et professionnelle tirée de la contribution du médecin à l'organisation et au système de santé. Le discours des médecins oscille entre le particulier, pourquoi avoir choisi *ce* cabinet ou *ce* CLSC, et le général, c'est-à-dire le travail en CLSC vs en cabinet privé.

La qualité de vie des médecins généralistes

Le choix du lieu de travail peut se faire en fonction de l'impact anticipé des activités professionnelles sur la vie personnelle et familiale. Par exemple, le travail en CLSC attire davantage des médecins à la recherche d'un horaire stable compatible avec la vie familiale (#1, #4, #6). Le travail en cabinet privé en milieu rural apparaît comme le plus exigeant du point de vue personnel, les médecins se disant « à bout de souffle » (#12) et « forcés » de travailler soirs et fins de semaine (#22, #23) et d'oublier les heures de dîner (#17) :

« J'ai déjà voulu jouer au Dr. Welby. C'était d'ailleurs mon surnom à Baie-Comeau. Mais je me suis vite rendu compte que je peux pas jouer tout le temps ce rôle (...) Ici, je ne me sens pas obligé de faire 60 heures pour essayer de répondre à toutes les demandes. De toutes façons, c'est un panier percé. » (#4, médecin de CLSC anciennement propriétaire d'un cabinet privé)

Les avantages sociaux offerts par les CLSC attirent également certains médecins qui valorisent la sécurité financière, quitte à ce que le niveau de revenu brut soit moins élevé qu'en cabinet privé (#4, #6, #10). La rémunération en CLSC est qualifiée de « satisfaisante » (#2) et « correcte pour vivre confortablement compte tenu qu'il y a un équilibre à atteindre dans la vie » (#10). Quelques médecins de cabinet privé ont mentionné que la rémunération offerte en CLSC ne correspond pas à leurs attentes (#18, #22, #11) mais que ce n'est pas le critère qui a le plus influencé le choix de leur lieu de travail : « de toutes façons, il n'y a rien de payant en médecine au Québec. » (#16).

En général, même les médecins en cabinet privé reconnaissent que la médecine pratiquée en CLSC offre une meilleure qualité de vie aux médecins. Ce n'est toutefois qu'un facteur parmi d'autres dans le choix du lieu de pratique.

La qualité de vie au travail

On observe ici une grande diversité dans les opinions exprimées et les thèmes abordés : le rythme de travail, les clientèles desservies, l'autonomie professionnelle et le climat de travail.

Le rythme de travail

La plupart des médecins de CLSC valorisent le fait qu'ils peuvent se concentrer sur le patient et ses besoins sans se préoccuper des implications financières de chaque consultation sur leurs revenus (#1-#7, #10, #11). Un médecin ne devrait pas être un homme d'affaire (#4). La « médecine à débit » ou « facile », comme certains l'appellent, est synonyme d'insécurité et d'anxiété. Plusieurs médecins de CLSC ont insisté sur la nécessité d'une approche globale en médecine familiale, une approche peu compatible à leurs yeux avec la rémunération à l'acte :

« Si j'étais en clinique à temps plein, soit que je serais malheureux, soit que je serais très pauvre. » (#15)

« Je serais capable d'aller plus vite, mais je serais malheureuse, ma priorité c'est de faire une médecine à laquelle je crois » (#7)

Certains médecins en cabinet privé ont choisi leur lieu de travail en fonction des frais de bureau de manière à pouvoir pratiquer à un rythme qui leur convient :

« Ici, ce n'est pas une clinique qui est mercantile jusqu'au dernier degré. Par exemple, mes frais de bureau sont réduits lorsque je fais mes psychothérapies. C'est par contre la seule clinique que je connaisse qui fonctionne comme ça. » (#18)

Le rythme du CLSC, soit environ 2 ou 3 patients à l'heure, ne convient pas à tous les médecins : « c'est un rythme trop lent pour moi, je m'ennuyais. » (#16). La rémunération à l'acte offre une « motivation au travail » (#5) et « force à une certaine performance » (#8, #22).

Le discours de nos répondants permet aussi d'identifier deux thèses opposées en ce qui concerne le rythme de travail idéal d'un médecin en fonction de son âge. En effet, certains répondants estiment que le CLSC est parfait pour les jeunes médecins :

« (...) c'est quand même intéressant pour les jeunes de faire du CLSC parce que là on se sent pas pressé pour faire de l'argent. C'est quand même stressant, le début de la pratique, quand on commence à voir nos premiers patients seuls. » (#17)

Pour d'autres, le salariat est parfait pour les médecins plus vieux, lorsque le rythme de 5-6 patients à l'heure devient trop lourd :

« Il y a des jeunes médecins qui arrivent sur le marché qui ont 25, 26, 27 ans, qui sont en pleine

forme pour travailler. Ils arrivent dans le système, ils sont plafonnés. Ils ne sont pas capables de travailler. Ça fait mal. Ça ne me fait pas mal parce que moi j'ai besoin de me reposer (...) mais pour les jeunes loups qui viennent de sortir de l'université, c'est normal de chercher plus. » (#5)

Les clientèles desservies

Certains médecins sélectionnent leur lieu de travail en fonction de leurs préférences envers des clientèles ou pathologies particulières. Par exemple, le CLSC peut attirer des médecins qui cherchent une implication dans un programme spécifique :

« (...) dans l'ensemble des stages que j'avais faits pendant ma formation, j'avais eu un coup de foudre pour mes stages en jeunesse à la clinique Y. Ce qui a fait que je suis venu ici, c'est qu'ils cherchaient un médecin en jeunesse. » (#7)

Plusieurs médecins choisissent le cabinet privé parce qu'ils apprécient la diversité des clientèles qu'attire ce modèle (#7), mais aussi parce qu'il est alors plus facile de sélectionner ses clients (#14). Plusieurs médecins préfèrent également travailler en milieu rural parce que peu importe le type d'organisation (CLSC ou cabinet), la pratique y est plus diversifiée (# 2, #4, #15) et correspond davantage à l'image qu'ils se font du travail d'un médecin généraliste. Certains médecins affirment également que « les clients sont plus respectueux envers les médecins de cabinet privé qu'envers les médecins de CLSC » (#16, #18). Pour certains médecins, les clientèles de CLSC sont « trop lourdes » (#18) et « pas suffisamment gratifiantes » (#14).

L'autonomie professionnelle

Il s'agit du principal argument utilisé par les médecins pour justifier leur décision de pratiquer en cabinet privé ou encore de transférer du CLSC vers la pratique privée (#9, #11, #12, #17, #20, #21, #23) :

« J'aimais mieux le mode de rémunération du CLSC. Je trouvais que c'était moins d'ouvrage que la maudite patente de calculer tes affaires. Je suis partie parce que je n'étais plus capable de pratiquer la médecine, il y avait trop d'ingérence, trop de frustration.s » (#21)

Le CLSC est décrit par les médecins de cabinet privé ou ex-médecins de CLSC comme un « carcan » (#12) avec des gestionnaires éloignés des préoccupations des médecins (#16) et qui cherchent trop à les contrôler (#9). En cabinet privé, les médecins apprécient surtout être maître de leur emploi du temps et pouvoir réduire au minimum le temps non clinique : « *Tu travailles pour toi, c'est ton entreprise.* » (#23). Le support à la pratique représente une autre dimension que les médecins associent à l'autonomie professionnelle. En cabinet privé, les secrétaires « en prennent plus » (#15) et permettent ainsi aux médecins « de faire ce qu'ils aiment le plus, soigner des patients! » (#20).

L'ambiance et l'esprit d'équipe (climat organisationnel)

Pour les médecins à l'emploi d'un CLSC, les notions d'ambiance et d'esprit d'équipe ont joué un rôle dans leur sélection de leur lieu de travail :

« Quand je suis arrivé au CLSC, je me sentais dans mon milieu. Il y avait un sens d'appartenance à l'équipe médicale, et je trouvais ça important. Beaucoup d'entraide... J'ai eu la chance aussi d'aller dans une clinique privée où les gens ne chômaient pas non plus. Il y avait par contre une froideur, une rigidité, c'est difficile à expliquer. Je trouvais que les médecins de CLSC étaient des gens plus complets et plus satisfaits. » (#14)

Il ne s'agit pas nécessairement d'une caractéristique intrinsèque au modèle CLSC, la personnalité et le leadership du directeur général semble aussi être un facteur clé:

« J'ai déjà pensé aller travailler ailleurs parce qu'il y eu des années ici où c'était moins intéressant mais le DG ici c'est quelqu'un de très bien, de très apprécié. Ici, il y a une bonne ambiance. Dans le fond, c'est peut-être pour ça que je suis restée. » (#7).

L'isolement professionnel est identifié par les médecins de cabinet privé comme étant l'un des principaux désavantages de ce type de pratique (#4, #18, #19, #20). Pour certains, c'est un facteur suffisamment important pour justifier la recherche d'un nouveau lieu de travail :

« C'est une pratique solo en groupe (...) j'ai trouvé ça épouvantable, j'ai eu tellement de misère. Ce n'était pas comme ça que je voulais pratiquer du tout, du tout, du tout. » (#18)

Plusieurs médecins « magasinent » leur lieu de travail en fonction du climat perçu de travail, même dans le cas des cabinets privés :

« C'est une bonne clinique que j'ai choisie, parce que je voulais pas une pratique seul. Je voulais avoir un esprit d'équipe. » (#13)

« Ma priorité c'est de m'amuser, d'être avec des gens que j'aime, de pratiquer dans un milieu que j'aime beaucoup. » (#8)

Dans le discours des répondants, le cabinet privé avec un climat organisationnel orienté vers la communication et la collaboration est cependant décrit comme étant relativement « atypique » et difficile à dénicher.

VALORISATION LIÉE À LA CONTRIBUTION DU MÉDECIN À L'ORGANISATION ET AU SYSTÈME DE SANTÉ

Les médecins interrogés accordent une grande importance à leur contribution à l'organisation et au système de soins en général ainsi qu'à la façon dont cette contribution est perçue par les pairs et dans l'opinion publique. Les

critères mentionnés pour qualifier et mesurer cette contribution varient cependant en fonction de la personnalité de chacun.

Plusieurs des médecins interrogés estiment qu'il se pratique de la « bonne médecine » autant en CLSC qu'en cabinet privé. Certains médecins ayant œuvré dans les deux types d'organisation affirment que leur façon de pratiquer ne change pas en fonction du lieu de pratique (#4, #12, #15, #18) : « *Fondamentalement, je ne change pas moi, je garde les mêmes valeurs.* » (#15).

Par contre, la plupart des médecins admettent que le lieu de pratique peut *favoriser* un style de pratique particulier et qu'il s'agit d'un élément qui a influencé leur cheminement de carrière.

Plusieurs médecins ont choisi le CLSC parce qu'à leurs yeux « c'est l'endroit idéal pour faire du suivi et développer l'aspect relationnel » (#5), cela « permet de donner la parole aux clients » (#3), parce que « les patients sortent plus satisfaits » (#2) et « parce que c'est ça la médecine, il n'y a pas grand chose qui se règle en 10 minutes ». Certains médecins estiment qu'il y a glissement de la pratique dans les cliniques privées, surtout en milieu urbain, où l'accessibilité horaire prime sur la continuité des soins (#1, #11, #15, #26). Ces médecins trouvent valorisant « d'appuyer d'autres professionnels » (#7) et de « répondre aux besoins de la population dans le contexte du vieillissement de la population québécoise » (#11). La plupart des médecins de CLSC insistent sur la satisfaction qu'ils tirent du fait de desservir les clientèles les plus vulnérables. Plusieurs médecins sont toutefois affectés par le côté péjoratif attaché au travail en CLSC. Les médecins de CLSC ont le sentiment d'être perçus comme « des sous médecins, des paresseux » (1) par la majorité de leur pairs de la profession médicale (#1, #3, #7, #12, #13). Ces perceptions sont suffisantes, selon l'un des médecins interrogés, pour décourager les finissants d'opter pour la pratique de CLSC :

« Je pense que tous les médecins, on a un grand grand besoin de l'approbation de nos pairs. C'est énorme. On a été formé comme ça. Et c'est très difficile de combattre ce besoin-là. » (#13)

Certains des médecins pratiquant en cabinet privé admettent que certaines clientèles seraient plus satisfaites si le temps de consultation était plus long (#16, #17, #28). Ces médecins estiment toutefois que la qualité clinique du travail n'est pas affectée : « Je vais plus vite qu'un médecin de CLSC, mais je n'ai pas l'impression de m'en faire passer beaucoup » (#17). Pour la plupart de nos répondants de clinique privée, le volume de patients est l'un des principaux critères de « performance » d'un médecin généraliste : « si on allait tous au rythme du CLSC, ça serait la fin de notre système de santé » (#22). Les médecins de clinique privée ont l'impression de donner davantage à la population que s'ils pratiquaient en CLSC :

« C'est une pratique beaucoup plus générale, beaucoup plus valorisante. Je soigne beaucoup plus de monde, et j'ai l'impression de faire une médecine traditionnelle, une médecine comme on me l'a appris (...) je soigne des choses, j'ai des résultats rapides. » (#13)

« Avec le sans rendez-vous en clinique, oui, on a un service palpable, on donne des services à la population, de vrais services. » (#19)

En consacrant une partie importante de leurs efforts à l'accessibilité horaire, plusieurs médecins ont le sentiment de répondre à la fois aux demandes des autorités politiques et à celles de la population : « ce ne sont quand même pas tous les patients qui veulent passer une demi-heure dans mon bureau. » (#23).

Enfin, plusieurs médecins investissent également quelques heures par semaine dans les services à domicile ou encore dans les CHSLD, « parce que les besoins sont criants, j'ai l'impression de mettre l'épaule à la roue. » (#19, #28).

DES INTÉRÊTS COMPLÉMENTAIRES, DE MULTIPLES AFFILIATIONS?

L'organisation idéale de première ligne, selon nos répondants, n'existe pas, du moins pas au Québec. Dans chaque milieu visité, les médecins ont offert une liste passablement longue d'avantages mais aussi d'inconvénients associés à leur lieu de pratique principal. Par exemple, les tenants de l'approche globale en CLSC peuvent aussi discourir de longues minutes sur la lenteur des administrateurs ou encore questionner la pertinence des réunions d'équipe. En cabinet privé, les médecins vont d'abord vanter leur degré d'autonomie professionnelle pour ensuite déplorer leur isolement professionnel. Ce qui apparaît indispensable professionnellement pour un médecin peut également être perçu comme un élément secondaire par un autre. Pour concilier leurs différents intérêts et besoins, certains médecins ont migré d'une organisation à l'autre à quelques reprises au cours de leur carrière. D'autres ont activement cherché des organisations offrant un juste milieu entre le CLSC et la cabinet « type », comme par exemple un cabinet avec des frais de bureau permettant un rythme plus lent ou encore un CLSC avec un bon plateau technique et un service sans rendez-vous. Pour d'autres, le choix de l'organisation s'est fait en fonction de la division rural / urbain. Le niveau de responsabilités étant généralement plus élevé en milieu rural compte tenu de la plus faible disponibilité des services de première ligne et spécialisés.

Nous présentons ci-dessous, pour illustrer ce phénomène, le cas de 3 médecins (#13, #7 et #8) de notre échantillon avec plus d'une affiliation organisationnelle.

Le médecin #13 a presque doublé son salaire au cours des cinq dernières années « en entrant tranquillement dans la sphère du privé ». Ce n'est toutefois pas le seul facteur expliquant sa décision d'avoir une pratique parallèle en cabinet. Étant spécialisé en Jeunesse au CLSC, ce qui correspond à un réel besoin, il a voulu diversifier sa clientèle et les problèmes de santé rencontrés en joignant un

cabinet privé sur le même territoire. Il tire une satisfaction à la fois du travail en profondeur effectué en CLSC auprès d'une clientèle difficile ainsi que du travail en clinique avec « une clientèle en santé où j'ai des résultats rapides ». Il n'est pas rare qu'il se réfère des cas (jeunes) de la clinique vers le CLSC, « parce que la clientèle jeunesse peut acculer un médecin à la faillite en privé ». Il cherche l'adéquation entre l'organisation et le(s) problème(s) de santé du client :

« La formule idéale pour moi, c'est que j'ai la possibilité de me sentir beaucoup plus libre de suivre mon patient en ayant une rémunération en fonction du problème du patient (...) Je trouve que l'idéal, c'est de faire le spécifique en CLSC et de faire le général en privé. » (#13)

Il se sent plus valorisé en cabinet privé parce que c'est une médecine qui est bien vue, « qui est plus glamour ». Par contre, le rythme de travail du cabinet lui apparaît difficile à soutenir à temps plein :

« Je voudrais pas avoir leur rythme (collègues de la clinique) du matin au soir. Jusqu'à un certain point, je viens me reposer ici (CLSC), dans le sens que je viens faire une médecine que je ne pourrais pas faire en privé. » (#13)

Il affirme également qu'il aurait l'impression d'être « hors système » en ne pratiquant uniquement qu'en privé, « car tout le monde doit faire sa part de médecine difficile ». C'est pour cette raison qu'il « s'impose » également quelques heures par semaine en CHSLD.

Le médecin #7 combine lui aussi CLSC et cabinet privé dans le but de diversifier sa pratique, « de voir des cas plus légers » et d'ainsi garder une plus grande polyvalence :

« C'est sûr que je fais un peu de sans rendez-vous ici, mais toute cette gamme de pathologies que je vois au bureau me manquerait. » (#7)

L'aspect financier n'apparaît pas dans sa liste des priorités : « ça m'arrive très souvent d'oublier d'envoyer ma facturation à la Régie ». Le travail en CLSC lui apparaît plus gratifiant parce qu'il peut faire un travail en « profondeur » et profiter de l'appui d'autres professionnels de la santé. Par contre, les deux lieux de pratique lui apparaissent complémentaires :

« Ça répond à mes besoins. Quand je fais un, j'ai envie de faire l'autre. Je ne me vois pas faire du bureau tout le temps, je ne me vois pas faire le CLSC tout le temps. » (#7)

Pour ce médecin, l'autonomie professionnelle signifie avoir la liberté de choisir plusieurs milieux de travail, en fonction de ses préférences, de manière à combler des besoins qu'il qualifie de complémentaires.

Le médecin #8 œuvre en cabinet privé depuis une vingtaine d'années. Il consacre actuellement 15 heures par semaine à son travail en cabinet, 20 heures par semaine en centre hospitalier et 10 heures par semaine en santé publique. Son « modèle idéal » de pratique est l'amalgame de ces trois lieux de travail. Son cheminement de carrière est modulé en fonction de : 1- avoir une pratique complète; 2- avoir une pratique passionnante; et 3- avoir une rémunération suffisante pour « bien vivre ». Il trouve son principal plaisir dans la diversité, il craint d'ailleurs les spécialisations et la compartimentation de la médecine. Le fait d'œuvrer dans des milieux aussi différents lui permet de développer différentes expertises et de conserver sa passion pour la médecine générale :

« Alors j'encourage les omnis à rester le plus large possible (...) à faire une rotation (...) à s'adapter et à réapprendre une nouvelle job. Les gens qui ne sont pas en médecine vont changer souvent de métier dans leur vie. Moi, en médecine, je pense que j'ai changé souvent de métier aussi dans ma vie. » (#8)

Pour garder une pratique en clinique passionnante en fonction de ses préférences, ce médecin refuse d'intégrer une composante sans rendez-vous. Il a des disponibilités sans rendez-vous, mais uniquement pour sa clientèle. Il estime par contre que sa pratique en clinique n'est pas rentable :

« (...) à cause du style de clientèle et aussi de ma façon de pratiquer. Dans mon bureau, pour avoir \$60 de l'heure, il faut que j'en génère \$95, minimum. Parce que mes secrétaires sont là, c'est \$16, plus les bénéfices marginaux, plus les taxes municipales, plus l'électricité, l'équipement, la location de bureau. Je n'arrive pas, je n'arrive jamais. » (#8)

À travers ses deux autres affiliations organisationnelles, ce médecin comble son besoin d'avoir une pratique de première ligne la plus large possible de plusieurs façons. Il s'agit non seulement pour lui de « changer de métier » mais aussi d'une façon « d'absorber » les coûts d'un travail en cabinet qu'il juge peu rentable : « c'est ça qui vient payer mon temps en clinique ».

DISCUSSION

Les données présentées dans cet article démontrent que : 1- les médecins généralistes choisissent activement leur(s) milieu(x) de pratique en fonction d'un vaste éventail de critères; et 2- qu'ils sont 'combinards', c'est-à-dire qu'ils privilégient la multi-affiliation organisationnelle pour se construire une situation professionnelle qui réponde à leurs multiples besoins et intérêts complémentaires.

Dans un premier temps, les critères de sélection touchent à la fois la sphère personnelle et la sphère professionnelle et reflètent leurs différents besoins et intérêts en fonction de leur personnalité. Les aspects financiers, considérés comme le critère prioritaire dans la plupart des études traitant des comportements des médecins, notamment ce qui concerne le choix du lieu de travail, apparaissent ici comme un élément important, certes, mais constamment confronté à d'autres

critères de sélection et de satisfaction (Kamien, 1998; Eliason, Guse & Gottlieb, 2000). La valeur attachée aux composantes financières du travail (rémunération, avantages sociaux) peut aussi différer de manière importante d'un individu à l'autre (Mitchell & Mickel, 1999). Ces tensions entre de multiples besoins peuvent également prendre différentes formes dans le cours d'une carrière professionnelle, ce qui explique, à notre avis, la grande mobilité professionnelle des médecins de notre échantillon. Selon Chatman (1989), les acteurs organisationnels ont effectivement tendance à activement *choisir* leurs lieux de travail et à mieux performer dans les situations qui sont les plus compatibles avec leur personnalité et leurs préférences à un moment donné. Dans le cas des médecins, le changement et la mobilité apparaissent comme des caractéristiques « valorisées » et comme une expression de leur autonomie professionnelle.

Dans un deuxième temps, la multi-affiliation organisationnelle, qu'elle soit simultanée ou séquentielle, apparaît comme une « méthode » utilisée par les médecins généralistes non seulement pour concilier leurs différents intérêts complémentaires mais également pour résoudre des contradictions systémiques. Une telle stratégie leur permet de bâtir leur propre identité et d'assurer eux-mêmes leur sécurité ontologique, ce qui illustre bien le concept d'individualisation tel que défini par Beck & Beck-Gernsheim (2002). Ce phénomène ne doit pas nécessairement être perçu de manière péjorative, comme étant, par exemple, un synonyme d'individuation ou d'individualisme. L'individualisation désigne plutôt le fait que les individus doivent trouver leurs propres réponses face à la complexité et l'incertitude grandissante qui caractérisent nos sociétés contemporaines. À cet égard, le domaine de la médecine générale nous semble être un terrain d'étude privilégié. Dans cette perspective, le fait de combiner plusieurs milieux de travail représente, pour les médecins, une façon d'assumer les fonctions parfois contradictoires qui leur sont confiées par les corporations professionnelles et la société en général. Par exemple, les médecins doivent trouver un équilibre entre les dimensions d'accessibilité horaire et de continuité des soins dans la prestation des services de première ligne. Le cabinet

privé est perçu comme un modèle axé sur l'accessibilité alors que le modèle CLSC symbolise une médecine axée sur la prise en charge et la continuité des soins. Le « dilemme moral » est ainsi résolu en combinant ces deux milieux de pratique. La solution appartient ainsi au médecin et non aux organisations ou aux « structures ». La diversité organisationnelle au Québec permet ainsi aux médecins de résoudre des contradictions systémiques et de se construire une pratique à la carte en fonction de leurs priorités et préférences, ce qui a probablement un impact positif sur leur satisfaction professionnelle. Par contre, il faut se questionner sur l'impact de ce phénomène sur la cohésion et le développement des organisations. D'autres recherches sont nécessaires pour éclaircir cette question, de même que pour mesurer si la mixité des milieux de pratique chez les médecins généralistes a des impacts sur la satisfaction des patients.

L'axe rural/ urbain représente un deuxième grand critère de sélection mais que nous avons peu exploré dans cet article. Il s'agit toutefois d'un thème important puisque la rétention de médecins de famille dans les zones rurales est difficile (Colwill & Cultice, 2003). Dans un autre article (Geneau et al., 2004), nous avons montré comment la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement, l'un des éléments différenciateurs du milieu rural vs urbain, influence le fonctionnement de l'organisation et le quotidien des médecins généralistes. Bref, choisir un CLSC ou un cabinet privé en milieu rural plutôt qu'en milieu urbain a différentes implications sur le travail d'un médecin généraliste. Pour comprendre les contraintes et opportunités qui caractérisent le contexte d'action d'un médecin généraliste, il faut donc regarder au-delà des étiquettes « CLSC » et « cabinet privé ».

CONCLUSION

Les résultats présentés dans cet article nous amènent à questionner la volonté des chercheurs et des décideurs à identifier et privilégier un seul modèle

de pratique au Québec pour la prestation des services de première ligne. Dans certains cas, la multi-affiliation n'est pas nécessairement l'expression d'une insatisfaction profonde à l'égard du milieu de pratique principal, mais reflète simplement le fait que les médecins généralistes ont des intérêts divers et qui varient dans le temps et d'un individu à l'autre. Si la logique du « one model fits all » est privilégiée, les décideurs devront imaginer un modèle avec la flexibilité nécessaire pour que différents types de médecins, à différents moments de leur carrière, puissent s'y sentir à leur place. Au Québec, le fait de voir la multi-affiliation organisationnelle comme une stratégie permettant d'accroître la satisfaction professionnelle et de concilier les différentes fonctions attendues de la médecine de première ligne peut avoir des implications sur les décisions politiques concernant par exemple l'avenir des CLSC (certains prônent leur abolition) et des Groupes de médecine de famille (certains suggèrent de faire des GMF l'unique modèle de pratique de première ligne dans la province).

ANNEXE 1 : PROFIL DES RÉPONDANTS

No de répondant, (sexe) et (années de pratique)	Milieu de pratique principal	Autre(s) affiliation(s)	Urbain / rural	Expérience(s) antérieure(s) en CLSC / Cabinet
#1 (F), (5)	CLSC	-	Rural	-
#2 (H), (29)	CLSC	CH- Urgence	Rural	-
#3 (H), (18)	CLSC	-	Rural	Cabinet (urbain), Grand Nord
#4 (H), (15)	CLSC	-	Rural	Cabinet (propriétaire, rural)
#5 (H), (31)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	Autre cabinet privé (urbain)
#6 (F), (14)	CLSC	-	Urbain	-
#7 (H), (21)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	Autre cabinet privé (urbain)
#8 (H), (22)	Centre hospitalier	Cabinet privé, santé publique	Urbain	Cabinet privé
#9 (H), (23)	Cabinet privé	CHSLD	Urbain	CLSC (urbain)
#10 (H), (15)	CLSC	CHSLD	Rural	-
#11 (F), (22)	CLSC	-	Rural	-
#12 (F), (19)	Cabinet privé	CHSLD	Rural	-
#13 (H), (12)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	-
#14 (F), (10)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	-
#15 (H), (3)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	CLSC (rural)
#16 (H), (20)	Cabinet privé	Santé publique	Rural	CLSC (rural)
#17 (H), (14)	Cabinet privé	CLSC (soins à domicile)	Rural	CLSC (rural)
#18 (F), (3)	Cabinet privé	-	Rural	Autre cabinet privé (rural)
#19 (H), (33)	Centre hospitalier	Cabinet privé	Urbain	Autre cabinet privé
#20 (H), (17)	Cabinet privé	2 autres cabinets privés	Urbain	CLSC (urbain)
#21 (F), (26)	Cabinet privé	-CHSLD -Organisme communautaire	Urbain	CLSC (urbain)
#22 (H), (21)	Cabinet privé	Centre hospitalier	Rural	-
#23 (F), (18)	Cabinet privé	Centre hospitalier	Rural	-
#24 (F), (15)	CLSC	-	Urbain	-
#25 (H), (18)	Unité de médecine familiale	Centre hospitalier	Urbain	?
#26 (F), (17)	CLSC	-	Urbain	Cabinet privé
#27 (H), (22)	CLSC	Cabinet privé	Urbain	Autre cabinet privé
#28 (F), (26)	Cabinet privé	CHSLD	Rural	-

RÉFÉRENCES

Appleton, K., House, A. & Dowell, A. (1998). "A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds." British Journal of General Practice **48**(428): 1059-1063.

Canadian Medical Association (2000). Looking at the future of Health, Health Care and Medicine. CMA Series of Health Care. Discussion Papers. Toronto.

Bard, M. A. (1990). "Recruiting physicians. Making the right choices." HMO Practice **4**(6): 220-223.

Bauman, Z. (2001). The individualized society. Cambridge, Polity Press.

Beck, U. and Beck-Gernsheim, E. (2002). Individualization. London, Sage Publications.

Buchbinder, S. B., Wilson, M., Melick, C. F. & Powe, N. R. (2001). "Primary care physician job satisfaction and turnover." American Journal of Managed Care **7**(7): 701-713.

Chatman, J. (1989). "Improving Interactional Organizational Research: A Model of Person-Organization Fit." Academy of Management Review **14**(3): 333-349.

Colwill, J. M. and Cultice, J. M. (2003). "The future supply of family physicians: implications for rural America." Health Affairs (Millwood) **22**(1): 190-198.

Cooper, C. L., Rout, U. & Faragher, B. (1989). "Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners." British Medical Journal **298**(6670): 366-370.

Creswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA, SAGE publications.

Demers, M. & Brunelle, Y., 2000, Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994 et 1999, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.

Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA, Sage.

Dowell, A. C., Coster, G. & Maffey, C. (2002). "Morale in general practice: crisis and solutions." New-Zealand Medical Journal **115**(1158): U102.

Eisenberg, J. M. (2002). "Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns." Medical Care **40**(11): 1016-1035.

Eliason, B. C., Guse, C. & Gottlieb, M. S. (2000). "Personal values of family physicians, practice satisfaction, and service to the underserved." Archives of Family Medicine **9**(3): 228-232.

Evans, J., Lambert, T. & Goldacre, M. (2002). "GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice." Occasional Paper of the Royal College of General Practice, **83**(iii-vi): 1-33.

Garfinkel, H. (1967). Studies in ethnomethodology. Cambridge, Polity Press.

Garfinkel, H. (1996). "Ethnomethodology's program." Social Psychology Quarterly **59**(1): 31-56.

Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. & Lamarche, P. A. (2004). "L'effet des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes: Analyse qualitative des conditions et conséquences de l'action." Article en préparation.

Giddens, A. (1984). The constitution of society. Berkeley, University of California Press.

Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford, Stanford University Press.

Gosden, T., Bowler, I. & Sutton, M. (2000). "How do general practitioners choose their practice? Preferences for practice and job characteristics." Journal of Health Services Research and Policy **5**(4): 208-213.

Groenewegen, P. P. and Hutten, J. B. (1991). "Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature." Social Science and Medicine **32**(10): 1111-1119.

Kamien, M. (1998). "Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions." Medical Journal of Australia **169**(6): 318-321.

Kilmartin, M. R., Newell, C. J. & Line, M. A. (2002). "The balancing act: key issues in the lives of women general practitioners in Australia." Medical Journal of Australia **177**(2): 87-89.

Lash, S. (2002). Individualization in a non-linear mode. Individualization. U. Beck and E. Beck-Gernsheim. London, Sage: V11-X111.

Lemkau, J., Rafferty, J. & Gordon, R. (1994). "Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice." Family Practice Research Journal **14**(3): 213-222.

McInerney, T. (1998). "Approaching physician recruitment systematically." Health Care Finance and Management **52**(4): 83-84.

Mitchell, T. R. and Mickel, A. E. (1999). "The meaning of money: an individual-difference perspective." Academy of Management Review **24**(3): 568-578.

Moore, G. (2002). "Going solo: making the leap." Family Practice Management **9**(2): 29-32.

Ramsbottom-Lucier, M. T., Caudill, T. S., Johnson, M. M. & Rich, E. C. (1995). "Interactions with colleagues and their effects on the satisfaction of rural primary care physicians." Journal of Rural Health **11**(3): 185-191.

Schur, C. L., Mueller, C. D. & Berk, M. L. (1999). "Why primary care physicians join HMOs." American Journal of Managed Care **5**(4): 429-434.

Scott, A. (2001). "Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics." Journal of Health Economics **20**(3): 329-347.

Scott, R. W. (2003). Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. Upple Saddle River, Prentice Hall.

Sibbald, B., Bojke, C., et al. (2003). "National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England." British Medical Journal **326**(7379): 22.

Sibbald, B., Bojke, C. & Gravelle, H. (2003). "National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England." British Medical Journal **326**(7379): 22.

Sibbald, B., Enzer, I., Cooper, C., Rout, U. & Sutherland, V. (2000). "GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future?" Family Practice **17**(5): 364-371.

Skolnik, N. S., Smith, D. R. & Diamond, J. (1993). "Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians." Journal of Family Practice **37**(3): 257-263.

Spurgeon, P., Barwell, F. & Maxwell, R. (1995). "Types of work stress and implications for the role of general practitioners." Health Services Management Research **8**(3): 186-197.

Tousijn, W. (2002). "Medical dominance in Italy: a partial decline." Social Science and Medicine **55**: 733-741.

DISCUSSION

COMPRENDRE LA PRAXÉOLOGIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Dans cette thèse, les pratiques des médecins généralistes ont été examinées dans une perspective sociologique, c'est-à-dire en tant que pratiques sociales. La praxéologie réfère à l'ensemble des pratiques des médecins généralistes et nous y retrouvons non seulement les activités de la vie quotidienne mais également les décisions ancrées sur le long terme, comme le choix du ou des milieu(x) de travail. Notre conception de la *praxis* s'inspire des travaux de Giddens (1984), à savoir que chaque action porte en elle des règles et des structures. Dans cette perspective, les pratiques sociales sont le résultat d'un processus impliquant l'interaction entre les structures et l'individu. Nous y reviendrons.

Nous avons montré dès le départ que les problématiques d'organisation des services médicaux de première ligne sont porteuses de nombreux enjeux et « projets » dont la finalité est d'influencer les comportements des médecins généralistes. Cependant, les politiques et les stratégies utilisées obtiennent (trop) rarement les résultats attendus pour que l'on puisse se prononcer favorablement sur leur efficacité. Dans notre revue de la littérature, nous avons ainsi soutenu que, dans l'ensemble, les études sur les modes de rémunération et les incitatifs financiers ne permettent pas de prédire ou d'expliquer les comportements des médecins généralistes. Les incitatifs financiers peuvent influencer certes, mais sans les déterminer, les comportements des médecins généralistes. On observe le même phénomène dans la littérature sur les guides de pratique, c'est-à-dire que la diffusion des connaissances et nouvelles normes de pratique ne garantit pas que les médecins vont modifier leurs routines cliniques. Les incitatifs financiers et les données probantes ne représentent donc que deux des nombreux facteurs pouvant influencer la pratique des médecins généralistes. Notre premier constat est donc que l'étude des pratiques médicales doit s'échafauder à partir d'une théorie sociologique reconnaissant le caractère complexe et multidimensionnel des

conditions et motivations à l'action. Parallèlement, nous avons également discuté des difficultés associées à l'interprétation des données portant sur les modèles d'organisation de services de première ligne. Une partie importante de la littérature est constituée d'études guidées par une finalité prescriptive, c'est-à-dire qu'elles cherchent à identifier le ou les modèles supérieurs d'organisation de première ligne. En mentionnant que les modèles ne sont pas facilement exportables, nous avons insisté sur le fait qu'il faut notamment s'attarder à l'interaction entre une organisation et son environnement pour comprendre l'effet des structures sur l'offre de services. Ainsi, l'impact du mode de rémunération sur les comportements des médecins dépendra en partie de la mission de l'organisation et des caractéristiques des clientèles et des autres organisations de santé sur le territoire de desserte. Nous avons par conséquent adopté une approche *configurationnelle* en définissant un mode d'organisation comme le produit des interactions entre les attributs de l'organisation et ceux de son environnement.

Une telle perspective nous a amené à réfléchir sur les conceptions de l'acteur, de l'organisation et de l'environnement dans les théories organisationnelles. Les théories ayant ciblé la relation entre l'organisation et l'environnement dans une perspective de système ouvert ont généralement porté peu d'attention à l'acteur et au niveau micro. À l'inverse, les théories s'intéressant aux comportements de l'acteur organisationnel ont eu tendance à négliger le rôle structurant de l'environnement sur le processus organisationnel. Les théories organisationnelles contemporaines tentent d'opérer un « tournant » cognitif en proposant une définition de l'organisation qui tienne compte de la diversité des intérêts des acteurs, de l'influence de l'environnement sur leurs motivations (in)conscientes et de leur capacité à changer les organisations. Il ne s'agit pas de rejeter les théories plus anciennes mais plutôt d'intégrer les leçons tirées de chacune. La théorie néo-institutionnelle (Powell & DiMaggio, 1991; Scott, 2003) et l'analyse organisationnelle (Friedberg, 1993) sont des exemples de théories organisationnelles travaillant sous un mode d'intégration des différents niveaux d'analyse. À cet égard, la théorie de la structuration gagne également en

popularité dans le champ de la gestion et de la sociologie des organisations (Whittington, 1992; Rouleau, 2000; Pozzebon, 2004). La perspective structurationniste utilisée dans le cadre de cette étude s'inscrit donc dans ce mouvement récent visant à développer une vision plus cohérente de la triade acteur/organisation/environnement. Prise dans son ensemble, nous croyons que cette thèse a réussi à intégrer ces différents niveaux d'analyse.

Dans notre chapitre théorique, nous avons insisté sur le concept de sécurité ontologique pour discuter notamment des différentes motivations des médecins généralistes. Nous avons aussi utilisé les notions de règles, de ressources, de coprésence et d'intégration sociale et systémique pour mieux cerner l'ensemble des conditions (non)reconnues à la praxis des médecins généralistes. Pour Giddens (1984) ces différents concepts s'expriment et prennent toute leur importance à travers le processus de routinisation des activités quotidiennes.

L'importance accordée aux routines des médecins généralistes explique nos choix méthodologiques pour la réalisation de cette recherche. En effet, la théorie de la structuration partage des affinités avec l'ethnométhodologie (Garfinkel, 1984). Dans un premier temps, l'acteur, autant pour Giddens que pour Garfinkel, n'est pas un « idiot culturel », il est plutôt compétent et capable de raisonnement et de choix. L'ethnométhodologie poursuit l'objectif d'étudier les façons par lesquelles les acteurs produisent du sens partagé en même temps qu'ils font ce qu'ils font. Dans un deuxième temps, pour comprendre le raisonnement des acteurs, l'ethnométhodologie privilégie également l'étude du quotidien, des « recettes routinisées » et des « allant de soi ». Dans notre étude, nous explorons le langage des médecins généralistes et leurs interprétations partagées de leurs pratiques. Nous avons également mis à contribution la stratégie des études cas pour mieux cerner les différents processus organisationnels et mieux comprendre comment ceux-ci peuvent être influencés par les caractéristiques de leur environnement.

En bout de piste, nous croyons que notre cadre conceptuel et notre stratégie de recherche nous ont permis d'atteindre l'objectif général poursuivi par cette étude (nous discuterons plus loin des critères de validation nous permettant d'appuyer ce constat), soit de mieux comprendre comment les modes d'organisation peuvent influencer la pratique des médecins généralistes. Dans les prochaines pages, nous allons maintenant dégager plus en détails, c'est-à-dire pour chacun des trois articles, comment nos résultats contribuent à l'avancement des connaissances sur les déterminants de la pratique médicale de première ligne.

APPORT DE L'ARTICLE 1 : MIEUX COMPRENDRE L'EFFET DES MODES D'ORGANISATION SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Le premier article examine les différents facteurs pouvant influencer les médecins généralistes dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Il s'agit d'une problématique complexe qui est principalement abordée dans la littérature actuelle par le biais de recherches quantitatives dont l'apport principal est de reconnaître que les médecins peuvent être influencés par une multitude de facteurs. La boîte noire a été entrouverte (Eisenberg, 2002) mais les processus et les mécanismes à l'œuvre demeurent largement inexplicés. L'article 1 permet d'éclairer ce phénomène. Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées réalisées auprès de médecins généralistes pratiquant en cabinet privé et en CLSC dans différentes régions du Québec. L'article se démarque de la littérature existante sur le sujet de deux façons.

Dans un premier temps, notre démarche a permis d'élargir considérablement le champ des facteurs dont il faut tenir compte pour mieux comprendre ce qui influence les médecins généralistes dans leurs pratiques. En effet, nous avons décrit les effets de facteurs bien connus dans la littérature tel que le mode de rémunération mais aussi les effets associés à des facteurs moins bien

documentés tels que l'attitude des patients et la présence ou non d'autres ressources de première ligne dans l'environnement.

Dans un deuxième temps, nos résultats ont permis d'illustrer des chaînes complexes et non linéaires de causalité et de rétroaction entre différents facteurs. Les travaux de Giddens (1984) sur les conditions (non)reconnues à l'action et les conséquences (non)intentionnelles qui peuvent en découler ont été mis à profit pour analyser ce phénomène. Ainsi, le mode de rémunération peut influencer le type (rendez-vous, sans rendez-vous) et la durée des consultations, ce qui influence par la suite le degré d'incertitude médicale dans le déroulement des activités quotidiennes. Or, l'incertitude médicale joue un rôle important dans les décisions des médecins à l'égard des tests diagnostics demandés et des références vers les spécialistes. La collaboration professionnelle, que nous avons abordée avec le concept de coprésence, peut également influencer l'acquisition et le maintien des connaissances face à des pathologies et des clientèles particulières. Les modalités de collaboration professionnelle sont elles-mêmes influencées par des facteurs comme le mode de rémunération et la mission de l'organisation en lien avec sa position stratégique dans l'environnement. Ces différents exemples montrent comment des conséquences non intentionnelles découlant d'actes intentionnels peuvent devenir des conditions (non)reconnues à des actions subséquentes. En d'autres mots, certains effets deviennent des causes qui ont des effets qui deviennent des causes, etc. Parmi cet ensemble de relations et de boucles de récursivité, la routinisation des activités et la gestion du temps et de l'incertitude apparaissent comme les pierres angulaires des conditions à l'action. Dans l'ensemble, c'est principalement par le processus de coprésence et de structuration du quotidien que les médecins remplissent leurs besoins de base de sécurité et de satisfaction personnelle et professionnelle.

En conclusion, nous postulons que les décideurs doivent reconsidérer le poids accordé aux incitatifs financiers dans les stratégies visant à orienter la façon

dont les services de première ligne sont offerts. Il est vrai qu'il s'agit de l'un des facteurs les plus malléables mais des mesures incitant, par exemple, à une plus grande collaboration (inter)professionnelle devront être explorées. Enfin, sur la base des résultats de cet article, il appert aussi que l'offre de services pourrait être grandement modifiée par des changements au niveau de la demande de services, c'est-à-dire au niveau des clientèles. Dans une perspective compréhensive, il ne s'agit pas nécessairement d'envisager des solutions comme les tickets modérateurs mais plutôt d'opérer un changement plus profond au niveau des valeurs et idéologies véhiculées dans le système de soins. À partir du concept de récursivité, il faut cependant voir les attentes des patients comme non seulement l'une des conditions à l'action des médecins généralistes mais également comme l'un de ses résultats. Bref, les médecins contribuent à façonner la demande de services.

APPORT DE L'ARTICLE 2 : AU-DELÀ DES ÉTIQUETTES : MIEUX COMPRENDRE LA PRATIQUE DE GROUPE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES QUÉBÉCOIS

Cet article examine comment et sous quelles conditions la pratique de groupe peut influencer les pratiques individuelles des médecins généralistes. Plusieurs études sur l'organisation des services de première ligne tentent d'établir que les différents modèles d'organisation de services peuvent être associés à des profils de pratique spécifiques. Le défi est alors de trouver le « bon » modèle en fonction des objectifs poursuivis. Il demeure toutefois difficile d'évaluer comment une organisation de santé regroupant des professionnels hautement qualifiés et reconnus pour leur valorisation de l'autonomie professionnelle peut favoriser une pratique homogène de la médecine. Certaines études suggèrent que les organisations attirent les médecins qui ont déjà le profil de pratique recherché, alors que d'autres études soutiennent plutôt l'idée que le processus organisationnel finit par laisser sa marque sur les pratiques individuelles des médecins. Dans la littérature, l'étude des « processus organisationnels » porte

donc, entre autres, sur l'effet du groupe sur l'individu. C'est le sujet de l'article 2. Nous avons adopté une stratégie d'étude de cas en sélectionnant huit organisations de première ligne avec, a priori, des caractéristiques contrastantes : quatre CLSC et quatre cabinets privés. Dans une perspective « configurationnelle » (Meyer, Tsui & Hinings, 1993), nous avons également porté une attention particulière à l'environnement dans lequel ces organisations évoluent.

Par rapport à la littérature existante sur le sujet, notre deuxième article se distingue d'abord par son approche globale du phénomène de la pratique de groupe chez les médecins généralistes. Nous avons en effet tenu compte du rôle de l'environnement sur les modalités de coprésence des médecins au sein des organisations. Pour ce faire, nous avons utilisé les concepts d'intégration sociale et systémique de Giddens (1984). L'intégration sociale désigne la réciprocité entre médecins (et autres membres de l'organisation) en situation de coprésence alors que l'intégration systémique fait référence au degré avec lequel les médecins orientent leurs pratiques en fonction des besoins de la collectivité et comment ils ont « institué » les valeurs et les fonctions de la médecine familiale à l'intérieur d'un système de soins universel et public. Sur la base de ces définitions, nous avons dégagé quatre types de pratique de groupe : la pratique de groupe intégrée, la pratique de groupe idéologique, la pratique solo en groupe et la pratique de groupe « entrepreneuriale ». La pratique de groupe idéologique présente les formes les plus avancées d'intégration alors que la pratique solo en groupe est caractérisée par un faible degré d'intégration. Nos résultats démontrent que plus l'environnement est perçu par les médecins comme étant « défavorable » (pénurie de ressources, clientèles défavorisées), plus l'intégration sociale et systémique est forte et plus les médecins sont susceptibles d'influencer et d'être influencés par leurs collègues. C'est la tendance que nous avons observée après avoir soumis différents scénarios-patients sur l'hypertension artérielle aux médecins de notre échantillon et c'est également ce que la majorité des répondants perçoivent. L'intégration apparaît donc comme une stratégie permettant de réduire le niveau

d'incertitude médicale. Les caractéristiques de l'environnement semblent aussi influencer la façon dans les membres d'une même organisation vont « instituer » les valeurs et les fonctions attendues d'un médecin généraliste. Au niveau organisationnel, le salariat et l'affiliation organisationnelle unique sont également des facteurs qui favorisent la coprésence mais sans toutefois garantir l'intégration sociale.

L'article 2 apporte ainsi une contribution au phénomène d'adaptation des médecins vis-à-vis leur milieu de travail. Nos données montrent surtout que le processus d'adaptation est influencé par une configuration de facteurs liés à l'individu, l'organisation et l'environnement. De tels résultats nous incitent à réfléchir sur les différentes stratégies pouvant être utilisées pour promouvoir l'utilisation des données probantes pour les pathologies les plus courantes vues en première ligne. En effet, l'adhésion aux guides de pratique pourrait être plus facile dans les milieux où il y a une bonne intégration sociale et systémique. L'idée de base est que l'acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques dans la routine d'un seul médecin peut alors plus facilement, à moyen ou à long terme, influencer la pratique de ses collègues. Le point d'attention devient alors la pratique de groupe plutôt qu'uniquement rejoindre les médecins sur une base individuelle. Il en découle la question suivante : comment influencer le degré d'intégration des médecins généralistes? Le développement de réseaux intégrés de services et la signature d'un contrat d'association entre les médecins, comme c'est le cas présentement dans les Groupes de médecine de famille au Québec, représentent des pistes de solution pour favoriser la coprésence et l'intégration. Toutefois, un environnement défavorable amène souvent une intégration basée sur les structures informelles, il faudra voir si le fait d'amorcer un processus d'intégration par des structures formelles aura des conséquences similaires.

APPORT DE L'ARTICLE 3 : DE MULTIPLES BESOINS, DE MULTIPLES ORGANISATIONS : MIEUX COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE DE MULTI-AFFILIATION ORGANISATIONNELLE

L'article 3 explore les raisons permettant d'expliquer pourquoi les médecins généralistes changent de plus en plus souvent de milieu de pratique et que plusieurs d'entre eux préfèrent même partager leur temps de travail entre plusieurs organisations de première ligne. Dans la littérature, le phénomène de sélection du milieu de pratique ou, du point de vue de l'organisation, d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre médicale, est généralement associé au concept de satisfaction professionnelle. Des études récentes montrent que, dans l'ensemble, la satisfaction des médecins généralistes canadiens est à la baisse. Est-ce parce que les conditions de pratique des médecins se sont détériorées ou plutôt que leurs attentes sont différentes? Le résultat est que les médecins se tournent plus rapidement vers la retraite, changent plus souvent de milieu de travail ou encore combinent plus souvent que par le passé différentes affiliations organisationnelles. Pour éclairer ce phénomène, nous avons exploré, à travers le discours des 28 médecins généralistes de notre échantillon, les raisons invoquées pour justifier une pratique en cabinet privé, en CLSC ou qui combine l'une et l'autre.

L'article 3 s'intéresse donc aux points de vue des acteurs pour des décisions à long terme, contrairement au premier article qui s'intéressait aux activités cliniques quotidiennes des médecins généralistes. Il est toutefois difficile de complètement séparer ces deux aspects puisque le choix du lieu de travail se fait en partie sur la base d'une satisfaction anticipée face au déroulement des activités quotidiennes. Parmi la littérature existante sur la satisfaction professionnelle des médecins généralistes, cet article se démarque de deux façons. D'abord, notre démarche permet d'explorer qualitativement les différents critères de satisfaction et de sélection des lieux de travail des médecins généralistes, ce qui est relativement nouveau dans l'étude de ce phénomène (Evans, Lambert &

Goldacre, 2002). Ensuite, notre perspective analytique montre comment les comportements des médecins généralistes s'inscrivent en fait à l'intérieur des grandes tendances sociales des dernières décennies. En effet, notre grille d'analyse prend comme point de départ le concept de sécurité ontologique de Giddens (1984, 1991) avant d'explorer comment celui d'*individualisation* (Beck et Beck-Gernsheim, 2002; Bauman, 2001) qui vient enrichir la compréhension du phénomène de multi-affiliation organisationnelle.

Les résultats présentés dans cet article montrent que les médecins généralistes ont de multiples intérêts constamment en mouvance. À partir du concept de sécurité ontologique, nous avons montré comment les décisions liées au lieu de travail sont basées sur des motivations de base comme le contrôle de l'incertitude médicale et la valorisation personnelle et professionnelle. Le concept d'*individualisation* permet d'aborder celui de sécurité ontologique sous un nouvel angle. En effet, dans nos sociétés modernes, toutes actions se transforment, selon Beck & Gernsheim (2002), en questions existentielles à travers lesquelles l'individu (re)définit son identité. Les objectifs et les critères de satisfaction sont définis au fur et à mesure et l'individu cherche à faire les meilleurs choix à travers de multiples possibilités. La peur de « manquer son coup » et de passer à côté de quelque chose de meilleur amène les individus à construire eux-mêmes leur biographie. Nous sommes, selon Beck et Gernsheim (2002), dans l'ère du *do-it yourself biography*. Pour se réaliser en tant qu'individu, les médecins tentent de combler leurs différents besoins. À travers la présentation de nos données, on peut voir comment les médecins généralistes visent en effet la réalisation de soi et prennent les moyens nécessaires pour y arriver. La multi-affiliation apparaît comme l'un des moyens privilégiés et comme une illustration parfaite du concept d'auto-organisation. Ainsi, l'organisation doit servir l'acteur et non l'inverse. Cela ne veut pas dire que le médecin est complètement autonome et évolue en vase clos mais le concept d'*individualisation* sert bien à illustrer que la relation acteur/structure est en transformation.

En conclusion, les résultats présentés dans cet article nous amènent à questionner la volonté des chercheurs et des décideurs d'identifier et de privilégier un seul modèle de pratique au Québec pour la prestation des services de première ligne. Si la logique du « one model fits all » est privilégiée, les décideurs devront imaginer un modèle avec la flexibilité nécessaire pour que différents types de médecins, à différents moments de leur carrière, puissent s'y sentir à leur place. En d'autres mots, la logique d'un modèle unique ne semble pas compatible avec les tendances sociales de fond de nos sociétés contemporaines.

CONTRIBUTIONS ET LIMITES THÉORIQUES DE LA THÈSE

Dans cette section, nous discutons des modalités et difficultés d'application de la théorie de la structuration à notre problématique. L'une des principales contributions apportées par la théorie de la structuration est le concept de dualité des structures. La « structure » est présentée par Giddens (1979, 1984) comme étant à la fois la condition et le résultat de l'action. Le rôle de l'agent, souvent négligé dans les théories d'inspiration structuraliste ou fonctionnaliste, est alors remis en premier plan. Giddens (1991) a, au cours des quinze dernières années, approfondi encore davantage ses réflexions sur l'acteur et ses motivations dans nos sociétés modernes.

En ce qui a trait aux critiques adressées à la théorie de la structuration, l'une des plus persistantes est que Giddens a donné une définition très vague du concept de structure⁵². Plus particulièrement, certains auteurs ont critiqué sa conception des « règles » et des « ressources ». Selon Sewell (1992), le terme « règle » laisse trop sous-entendre que l'aspect *prescriptif* est dominant. Il préfère utiliser le concept de « schéma » pour désigner les procédures généralisables

⁵² Rappelons ici la définition donnée par Giddens du concept de «structure» : *Rules and resources recursively implicated in the reproduction of social systems. Structure exists only as memory traces, the organic basis of human knowledgeability, and as instantiated in action* (1984).

utilisées dans l'actualisation/reproduction de la vie sociale. Giddens (1984) affirme de son côté qu'une « règle » est à la fois constitutive (donne un sens) et *régulatrice* (sanctionne). Il reconnaît lui-même que de dire qu'une règle est *régulatrice* est problématique. Le débat s'intensifie lorsqu'il est question du caractère 'virtuel' des structures et des règles. La vision de Giddens, soit les structures comme « traces » dans la mémoire des agents, revient à dire que les structures ne sont réelles que lorsqu'elles sont « activées », c'est-à-dire lorsqu'il y a une action. Or, selon Archer (1988), les structures perdent ainsi leur caractère contraignant puisque la conception de Giddens sous-entend que l'acteur peut, à volonté, se conformer, modifier ou rejeter les règles du structurel. Giddens (1989) réplique que les règles — et les ressources — ne peuvent contraindre l'acteur au même titre que les forces de la nature et qu'en fait leur caractère contraignant ou habilitant ne prend forme qu'à travers l'agent. Ce débat sur le caractère réel ou virtuel des structures s'étend donc également au concept de « ressources ». Pour Sewell (1992), il faut distinguer les ressources non humaines (matérielles, naturelles) des ressources humaines. Puisque les ressources non humaines sont essentiellement réelles plutôt que virtuelles, comment Giddens peut-il affirmer que les structures ne sont que virtuelles? Sewell va plus loin lorsqu'il affirme que les ressources humaines — comme les connaissances, les émotions et les différents aspects psychologiques — devraient également être considérées comme des ressources réelles plutôt que virtuelles :

« (...) they are observable characteristics of real people who live in particular times and congregate in particular places. And it is their actualization in people's minds and bodies that make them resources. » (Sewell, 1992 : 10).

Selon Sewell (1992), si les structures sont virtuelles, comme le prétend Giddens (1984), alors les ressources doivent être conceptualisées comme l'un des *effets* des structures. Les choses matérielles, précise-t-il, ne sont activées en tant

que ressources qu'à travers les « schémas » culturels d'une communauté donnée à un moment donné.

Dans cette thèse, notre conception des règles et des ressources se rapproche de celle de Giddens (1984). Ce dernier soutient que les règles et les ressources ne peuvent être pensées séparément ce qui permet, à notre avis, d'adresser correctement la critique de Sewell (1992). Les ressources matérielles peuvent être vues comme des conditions à l'action dont les propriétés contraignantes et/ou habilitantes dépendent des individus et des groupes (sens et sanction). Il n'y a pas de contradiction, à nos yeux, à dire que des ressources réelles possèdent des propriétés virtuelles constamment en mouvance.

Le défi, comme le souligne Thompson (1989), est justement de mieux comprendre les relations entre les règles et les ressources et comment elles sont distribuées. Dans l'opérationnalisation de la théorie de la structuration en lien avec notre problématique, nous avons dû faire des choix quant aux caractéristiques de l'organisation et de l'environnement pouvant être qualifiées de « règles » et de « ressources ». Le fait d'explicitier ces choix nous permet ici de faire ressortir l'un des côtés innovateurs de cette thèse et de soulever de nouvelles pistes de réflexion sur l'application de la théorie de la structuration dans les recherches sur les services de santé.

Du côté des règles, nous avons distingué deux niveaux d'analyse, celui de l'organisation (la pratique de groupe) et celui de l'environnement. Il était important à nos yeux d'adopter une vision étendue de l'environnement. Ainsi, on y retrouve les corporations professionnelles en raison de leurs rôles de régulation et de définition de la pratique médicale, mais également la société qui les appuie et qui donne un sens et une légitimation au travail des médecins généralistes. Nous avons tenté de cerner ce phénomène à travers le concept d'intégration

systemique. Dans l'article 1, l'attitude des patients a été identifiée comme pouvant avoir une influence non seulement sur les décisions cliniques mais également sur la gestion du temps (prioriser le sans rendez-vous parce que c'est le souhait de la population) et les clientèles desservies (des demandes et un niveau de respect de l'autorité du médecin selon le degré d'éducation du patient). Dans l'article 3, nous montrons comment l'étude des grandes tendances de fond dans nos sociétés contemporaines permet de mieux comprendre les choix de carrière des médecins généralistes. Dans l'article 2, la pratique de groupe est étudiée sous l'angle de la légitimation des pratiques médicales. À la lumière des critiques et commentaires énumérés plus haut concernant les travaux de Giddens, il est également possible de considérer que, pour un médecin généraliste, les savoirs et l'expertise de ses collègues représentent des « ressources » virtuelles, et réelles lorsqu'elles sont activées et mises à contribution.

La définition de l'univers des ressources fut encore plus problématique. D'abord, nous considérons le mode de rémunération comme une ressource mais s'agit-il d'une ressource virtuelle ou réelle? Nous optons pour les deux, c'est-à-dire que l'argent peut bien sûr se transformer en biens matériels mais la pratique de la médecine, peu importe le mode de rémunération, ne se résume jamais à n'être qu'un gagne-pain. Le niveau de revenu, la cible financière comme abstraction, sert également de marqueur social, d'élément identitaire et de source de valorisation. Par contre, il est également possible de soutenir que le mode de rémunération représente un ensemble de règles donnant un sens et une valeur particulière à des actions spécifiques. En quelque sorte, en attribuant un montant spécifique pour chaque code diagnostic, le système de soins envoie un « message » aux médecins sur les priorités de santé à l'échelle populationnelle ainsi que sur le degré de complexité des actes. L'environnement sous l'angle des ressources a aussi été défini par le biais de la technologie et la présence d'autres organisations de santé. L'utilisation de la technologie dépend cependant d'un ensemble de règles qui émanent autant du niveau macro (données probantes, guides de pratique) que, comme nous l'avons montré dans les articles 1 et 2, du

niveau local (le rôle des spécialistes dans la définition d'une référence ou d'un test « pertinent »). Nous avons également considéré le temps comme une ressource virtuelle. Encore ici, la société, les corporations et les décideurs contribuent à influencer comment cette ressource devrait être utilisée par les médecins généralistes. Cela ne veut pas dire que les règles sont claires : comment utiliser son temps, par exemple, pour être « performant » à la fois sur le plan de l'accessibilité et de la continuité des soins? Certains des médecins de notre échantillon trouvent qu'il s'agit-là d'une contradiction systémique.

Ces différents exemples tirés de nos résultats de recherche permettent d'illustrer que les règles et les ressources ne peuvent être pensées séparément. Cette thèse aura montré comment l'arrimage de ces deux concepts peut nous permettre de mieux comprendre les différents facteurs pouvant influencer les médecins généralistes. Notre recherche n'a pas tenté, cependant, de démontrer systématiquement la relation inverse, c'est-à-dire comment les actions des médecins généralistes contribuent à la (re)production du système de santé. Nous avons donc travaillé essentiellement sur les conditions de l'action plutôt que sur les résultats. La démonstration de la pertinence de la théorie de la structuration pour l'étude de notre problématique aurait été bonifiée si nous avions élaboré davantage sur cet aspect de la relation agent/structure. La richesse des travaux de Giddens (1984) repose également sur la place importante qu'il accorde au quotidien et aux motivations inconscientes (sécurité ontologique). Or, en raison de barrières méthodologiques dont nous parlerons plus loin, ces aspects ont été abordés uniquement par le biais de la conscience discursive des répondants et non en combinaison avec de l'observation directe.

CONTRIBUTIONS ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE LA THÈSE

La stratégie de recherche utilisée pour la réalisation de cette étude est de nature holistique. Une telle stratégie est d'abord caractérisée par : 1- l'adoption d'un mode de raisonnement davantage inductif que déductif (Katz, 1988; Seale, 1999); 2- l'adoption d'un processus itératif où l'analyse des données alimente les réflexions théoriques qui, par la suite, peuvent à leur tour guider le chercheur vers de nouvelles pistes de recherche (Creswell, 1994; Guba & Lincoln, 1989); et 3- une démarche d'analyse qui s'appuie sur des comparaisons *qualitatives* plutôt que *quantitatives* (Ragin, 1987). Selon Verschuren (2001), une perspective totalement holistique apparaît cependant impossible puisque le chercheur ne peut pas tout voir et il rend *de facto* « réductionniste », en formulant des questions de recherche, toute observation empirique. Il faut donc considérer l'holisme dans les recherches empiriques comme un phénomène avec de multiples gradients. Dans cette section, nous allons positionner notre démarche de recherche face aux caractéristiques mentionnées ci-dessus ainsi qu'envers les différents critères de validité utilisés en recherche qualitative.

Dans un premier temps, la démarche itérative utilisée dans le cadre de cette recherche permet également d'illustrer notre processus d'analyse basé sur un raisonnement inductif. Nous n'avons pas comme objectif de développer une théorie ni de tester la théorie de la structuration selon des paramètres propres au paradigme positiviste. Nous avons choisi une démarche intermédiaire. L'analyse de la littérature sur les modes d'organisation de première ligne nous a montré que dans la majorité des études, les résultats ne sont pas arrimés à une vision ou une théorie particulière de l'acteur ou des structures. Nous avons choisi la théorie de la structuration pour exploiter ce thème sans toutefois définir a priori des propositions théoriques ou encore une série d'indicateurs pour chacun des concepts présentés par Giddens (1984). C'est le matériel empirique qui a guidé notre utilisation de la théorie de la structuration. Par exemple, l'analyse des premières entrevues a clairement fait ressortir le concept de conséquences

(non)intentionnelles à l'action et nous avons exploré ce thème de façon plus systématique dans les entrevues subséquentes. En bout de piste, nos données ont permis d'exemplifier la théorie de la structuration — ce qui peut être considéré comme une dérivation de l'approche de la théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1998) (Seale, 1999; Strauss & Corbin, 1998) — dans le but d'amener une compréhension nouvelle du problème à l'étude. Bref, nous avons utilisé les concepts de Giddens (1984) pour cheminer dans un processus de théorisation et non pas comme point de départ ou d'arrivée.

Dans un deuxième temps, ce processus de théorisation s'est également appuyé sur des comparaisons qualitatives. Nous avons constamment cherché à comparer les résultats contrastants selon la technique 'flip flop' proposée par Strauss et Corbin (1998) de manière à générer des pistes de réflexion sur les dimensions et propriétés pouvant expliquer les différences observées. Nous avons également effectué des comparaisons systématiques entre nos résultats et ceux présentés dans la littérature. Cette étude se démarque toutefois par le fait que nos comparaisons ont alternativement porté sur les organisations (étude de cas) et les individus (ethnométhodologie) comme unités d'analyse. Pour l'étude de cas (article 2), les individus sont devenus des unités d'observation pour appréhender l'organisation et les processus organisationnels. Une approche holistique plus « pure » aurait également impliqué pour le chercheur de lui-même documenter, via de l'observation directe par exemple, certains de ces processus. Il s'agit d'une des principales limites de cette étude et que nous voulons maintenant resituer dans une réflexion plus large sur les critères de validité dans les recherches qualitatives.

Les critères de validité permettant d'évaluer les recherches qualitatives ne peuvent être les mêmes que ceux utilisés pour juger de la qualité des recherches quantitatives (Seale, 1999; Guba & Lincoln, 1989). Nous sommes toutefois en accord avec la position de Seale (1999) qui prône un minimum de « sensibilité méthodologique » ainsi que l'utilisation de critères de validité adaptés à chacun

des paradigmes de recherche. En ce qui concerne notre recherche, les critères de validité doivent refléter notre stratégie hybride. Dans cette étude, pour exploiter au maximum nos données, nous avons en effet combiné l'ethnométhodologie et une stratégie d'étude multicas. Nous avons retenu de l'ethnométhodologie le projet de mieux comprendre le raisonnement pratique des acteurs et d'identifier les méthodes qu'ils utilisent pour donner du sens et en même temps accomplir leurs activités quotidiennes (Garfinkel, 1984, 2002). La stratégie d'étude de cas a été davantage mise à contribution dans l'article 2 où nous avons montré comment les pratiques individuelles des médecins généralistes peuvent être influencées par les modalités d'interaction dans l'organisation et comment ces mêmes interactions dépendent en partie de certaines caractéristiques de l'environnement. Les études de cas sont particulièrement bien adaptées à l'étude des phénomènes sociaux avec de multiples unités d'analyse qui s'entrecroisent (Yin, 1994).

Pour les études de cas, il faut distinguer quatre critères de validité : la validité de construit, la validité interne, la validité externe et la fiabilité (Yin, 1994). Nous retenons toutefois les critères de Guba & Lincoln (1989) qui nous semblent mieux adaptés dans le cas d'une étude, comme la nôtre, centrée entièrement sur les perceptions et représentations des acteurs. Ainsi, les concepts de validité de construit et de validité interne trouvent leur équivalent dans celui de crédibilité alors qu'il faut parler de transférabilité plutôt que de validité externe (Seale, 1999). Nous conservons le terme « fiabilité »⁵³ mais nous verrons que ce concept peut être défini de plusieurs façons.

La crédibilité d'une étude est augmentée, selon Seale (1999) et Guba & Lincoln (1989), lorsque les mesures suivantes sont présentes : la disponibilité de multiples sources de données, l'examen des résultats par des pairs n'étant pas directement impliqué dans la recherche, la recherche de cas « négatifs » ou « contrastants » et, enfin, une validation des résultats auprès des répondants ayant

⁵³ Les termes anglais *dependability* et *reliability* ont des significations différentes selon Guba & Lincoln (1989) mais il nous apparaît plus juste de conserver le concept de fiabilité et d'en expliquer le contenu plutôt que de franciser *dependability*.

participé à l'étude. Nous pouvons aussi greffer à ce concept la force des relations causales identifiées, ce que Yin (1994) identifie comme un élément de validité interne dans les études de cas. En ce qui concerne la triangulation méthodologique, nous sommes conscients que cette étude aurait été plus complète si nous avions pu avoir accès aux dossiers des patients pour valider certaines informations sur les routines cliniques (volume, problèmes de santé rencontrés, etc.) ou encore procéder à de l'observation directe pour mieux saisir, par exemple, comment l'interaction médecin/patient peut changer selon qu'il s'agisse d'une consultation sur rendez-vous ou sans rendez-vous. Nous avons envisagé de telles activités mais nous les avons abandonnées après quelques tentatives infructueuses auprès de nos premiers répondants. La majorité de nos répondants estiment être en surcharge de travail et le fait de nous accorder un minimum de deux heures pour une entrevue a été présenté comme allant bien au-delà de ce qu'ils ont l'habitude d'offrir comme collaboration pour des projets de recherche (enquêtes par questionnaire, sondages, etc.). Pour cette raison, il fut également impossible d'obtenir leur participation pour la validation des résultats⁵⁴. Tous les médecins, sauf un, ont toutefois accepté, suite à l'entrevue, de participer au volet sur les scénarios-patients prenant l'hypertension artérielle comme cas traceur pour mesurer le degré d'homogénéité des pratiques dans chaque organisation. Pour le reste, cette recherche mise donc essentiellement sur les perceptions des médecins généralistes. La réalité étant en partie produite par l'expérience, les médecins généralistes sont nos « experts », notre « moyen » de mieux comprendre les propriétés contraignantes/habilitantes des modes d'organisation. Les inférences causales présentées dans les trois articles ne sont donc pas uniquement le fruit d'un travail d'analyse en solitaire. C'est la capacité réflexive des répondants qui

⁵⁴ Dans le cadre nos présentes activités professionnelles au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), nous avons eu l'occasion de rencontrer plus de 30 médecins généralistes entre novembre 2003 et juin 2004. Ces rencontres ont pris la forme d'entrevues semi-structurées dans le but d'explorer, entre autres, l'impact du mode de fonctionnement en GMF sur leurs pratiques. Nous avons fréquemment utilisé nos résultats de thèse pour stimuler les discussions quant à l'influence des modes d'organisation sur les pratiques professionnelles. Ces entrevues nous ont permis en quelque sorte de valider nos analyses auprès de médecins généralistes et de confirmer leur pertinence et leur justesse.

nous a lancé sur ces différentes pistes de réflexion et d'analyse, comme le montrent bien les extraits d'entrevue présentés dans les trois articles.

Par ailleurs, nous avons, dans le processus de cueillette des données et d'analyse, constamment cherché à expliquer les cas négatifs. Par exemple, les médecins de CLSC en milieu rural de notre échantillon voient en consultation sensiblement le même nombre de patients à l'heure que leurs collègues en cabinet privé, ce qui n'est pas le cas dans la région de Montréal. Nous avons demandé aux médecins de nous expliquer les raisons de ce phénomène identifié lors des premières entrevues. Par la suite, les données contrastantes ont été regroupées sous forme de matrice ce qui a facilité le processus de théorisation des données.

En ce qui concerne la transférabilité, ce concept s'appuie sur le principe qu'à partir d'une information détaillée (*thick description*) le lecteur sera en mesure de déterminer lui-même jusqu'à quel point les résultats de notre étude peuvent s'appliquer au contexte qui le préoccupe. Les données qualitatives permettent de mettre en contexte les processus organisationnels et la dynamique de prise de décision chez médecins généralistes. Par exemple, nous avons montré dans l'article 1 qu'un même médecin peut adopter des styles d'interaction différents avec ses patients selon le type de consultation (rendez-vous, sans rendez-vous) et que la gestion du temps est une dimension soumise à l'influence de caractéristiques organisationnelles et de l'environnement. Ce type de données et d'analyse permet aux lecteurs de tirer des conclusions nuancées sur l'impact des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes. Par ailleurs, nous avons porté une attention particulière à la recherche de modes d'organisation « contrastants » de façon à ce que différentes combinaisons de règles et de ressources soient représentées dans cette étude. La présentation de configurations contrastantes peut permettre aux lecteurs de situer ses propres expériences plus facilement face aux résultats de cette étude. Le fait d'avoir une diversité de modes d'organisation permet d'éloigner le spectre du cas « atypique » mais il y a aussi des désavantages. Le niveau de détails dans la description de chaque mode

d'organisation ne peut être aussi élevé qu'il ne l'aurait été, par exemple, dans le cadre d'une étude de cas unique. Au niveau des médecins, il faut aussi mentionner que ceux avec une médecine à haut débit axée principalement sur le sans rendez-vous (ceux qui « plafonnent » au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec) ne sont pas représentés dans cette étude. Les médecins avec un tel profil de pratique — certains pratiquaient dans l'un des quatre cabinets privés de notre échantillon — ont refusé de participer à cette étude. Ces médecins ont mentionné que leur charge de travail ne leur permet pas d'accorder du temps à des projets de recherche.

Enfin, il faut distinguer, dans les recherches qualitatives, la fiabilité interne et la fiabilité externe (Seale, 1999). Le concept de fiabilité fait principalement référence à la clarté de la démarche de recherche et d'analyse. Pour la fiabilité externe, il importe notamment de détailler la théorie ayant guidé le chercheur pendant le processus de recherche ainsi que la démarche méthodologique utilisée. Le chemin parcouru par le chercheur doit être suffisamment clair pour permettre une démarche de réplication. Notre chapitre théorique (chapitre 2) et notre chapitre méthodologique permettent aux lecteurs de comprendre comment le choix de la théorie de la structuration et d'une stratégie de recherche hybride découle de l'angle d'approches holistique et interprétativiste favorisé dans cette thèse pour mieux comprendre la praxéologie des médecins généralistes. Le caractère itératif de notre démarche dont nous avons parlé plus tôt rend toutefois cette étude plus difficile à cerner et à présenter d'une façon systématique. Il est bon de rappeler que notre protocole de départ était bâti autour d'une étude multicas prenant l'organisation comme unité d'analyse principale et le médecin comme unité d'analyse imbriquée. Pour mieux saisir le point de vue des acteurs — que Giddens appelle des « sociologues experts » — nous avons également utilisé une lunette d'approche ethnométhodologique. Les « méthodes » utilisées par les acteurs pour donner du sens à leurs activités quotidiennes tout en les accomplissant ont progressivement émergé des entrevues. Par exemple, nous n'avons pas prévu traiter du thème de la multi-affiliation organisationnelle dans

le cadre de cette thèse. C'est donc dire que les entrevues à partir desquelles l'article 3 a été construit ne font pas partie d'un échantillon de médecins sélectionnés spécifiquement pour répondre à la question du « pourquoi » de la multi-affiliation organisationnelle.

En ce qui concerne la fiabilité interne, il faut notamment que les données brutes sur lesquelles sont basés les constats et les interprétations du chercheur soient disponibles d'une façon ou d'une autre. À cet égard, nous avons inséré, dans chaque article, des extraits de texte permettant d'illustrer chacun des points d'analyse avancés. Les verbatims et les codes utilisés dans le cadre du processus d'analyse des données sont également disponibles sur demande.

CONSTATS ET PISTES DE RÉFLEXION CONCERNANT L'ORGANISATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Cette étude n'a pas été élaborée et réalisée avec l'objectif explicite de développer des recommandations pour guider les décideurs dans le processus de réorganisation des services de première ligne en cours au Canada et ailleurs dans le monde. La « pertinence » de notre étude se mesure davantage par l'adoption d'un point de vue nouveau, à travers la théorie de la structuration, sur les pratiques des médecins généralistes (Seale, 1999). Nous pouvons néanmoins faire ressortir des constats et des pistes de réflexion pouvant donner aux décideurs un point d'emprise supplémentaire pour appréhender les phénomènes d'offre et d'utilisation des services des services de première ligne.

À travers les trois articles présentés dans le cadre de cette thèse, nous avons fait émerger trois grands constats sur la pratique des médecins généralistes et l'effet des modes d'organisation : 1- les médecins poursuivent des objectifs et des intérêts multiples (et en mouvance) dans le cadre de leurs activités qui sont intimement liés au concept de sécurité ontologique (contrôle de l'angoisse, satisfaction); 2- leurs pratiques peuvent être influencées par une multitude de facteurs dont le mode de rémunération, leurs collègues, les

caractéristiques et les demandes des clientèles et la disponibilité d'autres ressources médicales dans l'environnement; et 3- les propriétés contraignantes / habilitantes des modèles organisationnels diffèrent en fonction des caractéristiques de l'environnement. Ces constats nous amènent à réfléchir sur la tension existant entre les intérêts des médecins et les rôles qu'ils doivent remplir ainsi que sur les possibilités qu'offre l'approche *configurationnelle* pour (re)penser l'organisation des services de première ligne.

REDÉFINIR LE RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les médecins généralistes sont actuellement les principaux acteurs chargés de fournir des services médicaux courants à la population (Starfield, 1998). Ils sont les « experts » de la première ligne médicale sur qui repose la responsabilité de porter un premier diagnostic pour un large éventail de problèmes de santé et d'assurer la continuité des soins pour leurs patients. Une définition plus complète inclut également les fonctions de prévention et promotion de la santé :

« Family physicians are expert at managing common complaints, recognizing important diseases, uncovering hidden conditions, and managing most acute and chronic illnesses. They emphasize health promotion and diseases prevention. » (Phillips et Haynes, 2001)

Selon l'Association médicale canadienne (CMA, 2000), le médecin de demain doit toutefois acquérir des connaissances et des habiletés de base lui permettant d'assumer une multitude de rôles : gestionnaire, érudit, communicateur, collaborateur (équipe multidisciplinaire), défenseur des droits de ses patients, le tout étant cimenté par une adhésion profonde aux valeurs et standards de pratique de la profession médicale.

Il s'agit-là du portrait du médecin généraliste « idéal ». Or, la littérature et les données présentées dans cette thèse indiquent plutôt que les rôles du médecin généraliste doivent être redéfinis :

« This expansion of responsibilities also prompts the question, however, of whether primary care has become too complex, taken on too much, promised too much to too many. » (Showstack, Rothman & Hassmiller, 2003 : 242)

Il apparaît en effet difficile d'imaginer un élargissement des rôles des médecins généralistes alors que les défis auxquels ils sont confrontés sont de plus en plus nombreux et complexes. Il faut mentionner, par exemple, le vieillissement de la population en lien avec la prévalence en hausse des maladies chroniques et dégénératives, l'avancement rapide des connaissances et des technologies et la commercialisation de la médecine, un phénomène qui comprend notamment la diversité accrue des médicaments sur le marché ainsi que la vision du patient en tant que « consommateur » (Mechanic, 2003; Schroeder, 2002). Il faut ajouter à cela plusieurs sondages réalisés auprès des médecins généralistes canadiens démontrant que ces derniers craignent une érosion de leur autonomie professionnelle et qu'ils perçoivent un mouvement de « doctors bashing » dans la société (CMA, 2001).

Ces différentes réalités ont un impact sur le niveau d'incertitude médicale avec lequel les médecins doivent composer sur une base quotidienne (Mears et Sweeney, 2000; Ogden et al., 1997) ainsi que sur leur degré de satisfaction professionnelle (Mechanic, 2003; Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003). À long terme, il s'agit de phénomènes pouvant amener les médecins à se « spécialiser » (Gerada, Wright & Keen, 2002; Moore & Showstack, 2003) ou encore à devancer l'âge auquel ils prévoyaient diminuer ou cesser leurs activités cliniques (Sibbald, Bojke & Gravelle, 2003).

Plutôt que de parler d'un élargissement des rôles des médecins généralistes, peut-être ces derniers devraient-ils plutôt être reconnus comme les spécialistes de la « comorbidité » ? Une telle conception implique pour les médecins généralistes le maintien d'une approche globale ainsi que le développement d'une plus grande collaboration avec les spécialistes (Grumbach, 2003) mais peut-être également un certain délaissement de leur fonction de premier contact dans le système de santé. En effet, une telle vision remet en question l'importance actuellement accordée à l'accessibilité horaire et remet plutôt l'accent sur le suivi des clientèles vulnérables. Certains des résultats présentés dans cette thèse appuient l'argument de Starfield (1998) à savoir que l'atteinte d'une fonction de la première ligne se fait souvent au détriment d'une autre, comme par exemple mieux performer au niveau de l'accessibilité au détriment de la continuité des soins. En devenant des « experts » de la comorbidité, le rôle principal des médecins généralistes serait axé sur la continuité des soins. Cela ne veut pas dire que le concept de première ligne doit être redéfini. Il y a toujours un consensus sur le fait que la première ligne doit demeurer la porte d'entrée du système de santé mais ce rôle pourrait être sous la responsabilité de plusieurs types de professionnels. Dans d'autres systèmes de santé, les infirmières praticiennes, par exemple, prennent en charge certains problèmes de santé courants et la qualité des soins est jugée équivalente à celle obtenue par des médecins généralistes (Mundinger et al., 2000). Un récent sondage réalisé au Canada indique d'ailleurs que 54 % des canadiens sont prêts à consulter une infirmière généraliste ou spécialisée pour des soins de routine. Nos données appuient également l'idée que l'expertise nécessaire pour faire de la médecine générale appartient davantage au groupe qu'aux individus. Les médecins de notre échantillon ont également mentionné consacrer peu de temps à la prévention/promotion de la santé, il s'agit donc d'une autre fonction de la première ligne où les infirmières pourraient s'investir davantage (Mundinger, 2002).

REPENSER LA PREMIÈRE LIGNE EN FONCTION DU CONCEPT DE CONFIGURATION

Le concept de configuration nous apparaît utile pour stimuler les réflexions sur les modèles d'organisation de première ligne et leurs caractéristiques de base. Dans un rapport de recherche soumis à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, Lamarche et al. (2003) soutiennent « qu'aucun modèle d'organisation des services de santé de première ligne n'arrive à produire tous les effets escomptés » (Lamarche et al., 2003 : 20). En d'autres mots, les gestionnaires des systèmes de soins de santé au Canada doivent opter pour une combinaison de modèles d'organisation des services de première ligne.

Les données présentées dans cette thèse permettent d'appuyer cette recommandation mais pour des raisons différentes. Premièrement, il a été démontré dans l'article 2 que les modèles « CLSC » et « cabinet privé » sont associés à différentes modalités d'intégration selon les caractéristiques de l'environnement. À partir de ce constat, il appert que non seulement on ne peut compter sur un seul modèle pour remplir les différents mandats de la première ligne mais qu'en plus chaque modèle produit des effets différents en fonction des caractéristiques de l'environnement. Bref, ces résultats permettent d'illustrer la perspective du système ouvert pour désigner la relation entre une organisation et son environnement (Scott, 2003). Les recherches futures doivent donc chercher à faire émerger des taxonomies d'environnements (différentes « niches ») susceptibles d'influencer les processus organisationnels en fonction des objectifs poursuivis. Plus précisément, Scott et al. (2000) distinguent la facette des ressources et des choses matérielles et la facette institutionnelle pour désigner l'environnement en tant que source d'influence sur les organisations de santé. Il faut ainsi penser « l'offre » et « la demande » dans une perspective *configurationnelle*. Bref, chaque « niche » environnementale appuierait un modèle ou une combinaison spécifique de modèles organisationnels. En résumé, l'organisation de première « idéale », c'est-à-dire celle capable de remplir toutes

les fonctions identifiées dans la littérature, ne semble pas exister et même si elle devait être identifiée, nos données suggèrent qu'elle ne serait pas facilement exportable.

La logique d'utiliser une combinaison de modèles se défend également d'un point de vue microsociologique. En effet, le troisième article de cette thèse a démontré qu'en fonction de leur personnalité ou de l'état d'avancement de leur carrière, les médecins généralistes privilégient un modèle ou une combinaison particulière de modèles pour atteindre leurs objectifs personnels et professionnels à court et à long termes. Si cette stratégie permet d'atténuer les effets pervers liés au recours à un modèle unique sur les résultats attendus (l'accessibilité sans continuité ou l'inverse), il en va de même quant aux impacts sur les médecins généralistes (stress, épuisement professionnel, satisfaction professionnelle, etc.). Le concept de configuration peut donc également, à notre avis, être utilisé pour désigner la relation individu/organisation. Pour certains médecins, le mandat de la première ligne ne peut en effet être atteint que par la multi-affiliation organisationnelle.

CONCLUSION

UN POINT DE VUE *STRUCTURATIONNISTE* SUR LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Après avoir cherché à mieux comprendre les pratiques des médecins généralistes, nous croyons qu'il est pertinent, pour boucler la boucle, d'utiliser la théorie de la structuration pour brièvement discuter des comportements de santé des individus, l'un des principaux thèmes de recherche dans le champ la santé publique⁵⁵. Pour ce faire, il est d'abord utile de replacer les comportements de santé dans une perspective plus large, c'est-à-dire comme étant l'un des nombreux déterminants de la santé. En 1974, le Rapport Lalonde a présenté un cadre conceptuel regroupant les différents déterminants de la santé à l'intérieur de quatre grandes catégories : 1- la génétique; 2- l'environnement physique et social; 3- le mode de vie et les comportements de santé; et 4- le système de soins de santé. Bien sûr, ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, les comportements liés au mode de vie peuvent être influencés par l'environnement social et par les professionnels de la santé. Il reste que l'importance respective accordée à ces déterminants par les décideurs et les chercheurs a fluctué au cours des dernières décennies, démontrant ainsi que le développement d'une vision holistique en santé publique demeure, encore à ce jour, un défi de taille.

Un premier point d'emprise pour suivre l'évolution des débats en santé publique consiste à prendre l'individu comme point de référence. À cet égard, le champ de la santé publique abrite actuellement des visions en apparence contradictoires quant au degré de contrôle que peuvent exercer les individus sur leur santé. D'un côté, l'individu apparaît « en contrôle » de sa santé alors que de

⁵⁵ En 1920, Winslow a défini la santé publique de la manière suivante : "The science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health (...)" C.E.A. Winslow, "The Untilled Field of Public Health, *Modern Medicine*, Vol. 2. pp. 183-191, 1920.

l'autre il se révèle impuissant face à des facteurs de risque qui ne connaissent pas de frontières et qui échappent à son pouvoir. En bout de piste, un point de vue structurationniste implique une réflexion sur la (re)production du domaine de la santé publique à travers les actions individuelles. Ces différents points de discussion rejoignent donc le thème central de cette thèse, soit celui la relation entre les acteurs et les structures.

LE CORPS ET LA SANTÉ : L'INDIVIDU PREND LE CONTRÔLE

Nous avons examiné dans cette thèse comment l'univers des règles et des ressources pouvait influencer les médecins généralistes. À cet égard, nous avons vu, dans le premier article, que les caractéristiques et l'attitude des patients représentent des conditions à l'action des médecins, c'est-à-dire des facteurs susceptibles d'influencer leurs décisions. Il est également intéressant, à notre avis, de considérer la relation inverse, c'est-à-dire comment l'action des médecins généralistes, aux yeux des décideurs, est sensée véhiculer les valeurs, les connaissances et les normes du système de soins de manière à représenter une condition aux comportements de santé des individus. Dans une perspective de santé publique, les médecins généralistes *incarnent*, en effet, le système de soins et sont perçus en quelque sorte comme des « policiers de la santé »⁵⁶. Les médecins veulent-ils et peuvent-ils assumer ce rôle?

Il s'agit d'un débat mettant en jeu la place occupée par la médecine générale comme déterminant de la santé puisque le réseau de première ligne doit contribuer aux activités de dépistage des maladies et que les médecins généralistes se sont également vus confier le mandat de convaincre leurs patients de modifier leurs comportements à l'égard de différents facteurs de risque pour la santé (Nutting, 1986). Bien que plusieurs intervenants de santé puissent assumer cette fonction, il est encore suggéré dans la littérature que les conseils et l'enseignement ont plus d'impact lorsque transmis directement par le médecin

⁵⁶ Beck & Beck-Gernsheim (2002) parlent ici de la profession médicale en général prenant comme responsabilité, entre autres, de « conseiller » les individus quant à leurs choix et habitudes de vie.

traitant. Toutefois, l'éducation pour la santé a perdu une certaine visibilité dans le domaine de la santé publique en raison de l'absence de résultats solides permettant d'en démontrer l'efficacité (Green & Tones, 1999; Syme, 1990). De plus, les médecins généralistes sont nombreux à se montrer sceptiques face à leurs responsabilités à l'égard de cette fonction, et ce pour quatre raisons. D'abord, certains médecins soulèvent des questions d'ordre éthique puisque les interventions axées sur l'éducation demandent une certaine intrusion dans la vie privée des patients. Deuxièmement, de plus en plus de médecins ont l'impression que l'influence qu'ils exercent auprès des patients est en pleine décroissance. Certains perçoivent même un mouvement de « doctor bashing » dans la population et les médias (Goldacre, Evans & Lambert, 2003). Les médecins généralistes estiment également que face à la lourdeur de leurs tâches cliniques, les tâches d'enseignement et d'éducation pour la santé n'est pas prioritaire. Enfin, certaines études suggèrent également que l'attention portée par les médecins aux comportements de santé à risque peut amener leurs patients à cesser de consulter pour éviter les jugements négatifs (Richards, Reid & Watt, 2003).

Plusieurs médecins généralistes estiment donc ne pas ou ne plus être en mesure de contribuer à la fonction de prévention primaire et promotion de la santé. Ils se reconnaissent le pouvoir de rétablir la santé et de gérer les pathologies mais pas celui d'agir comme condition (source d'influence) à des comportements pouvant prévenir l'apparition des problèmes de santé. De plus, lorsqu'ils tentent de le faire, certains médecins soulignent que leurs actions peuvent avoir des conséquences non intentionnelles. Cela traduit en quelque sorte le fait que la notion « d'expert » perd actuellement du terrain (Beck, 1992; Giddens, 1991). Selon Giddens (1991), le corps fait maintenant partie du processus de réflexivité de la modernité et il est devenu un objet de surveillance (*bodysense, body care*) placé de plus en plus sous la responsabilité de l'individu et de moins en moins sous celle du médecin. La santé s'est en quelque sorte « quotidiennisée » et a pris une importance transcendante- *without it everything else is nothing* (Beck & Beck-Gernsheim, 2002 : 141). Les soins du corps et les décisions reliées au mode

de vie, dans les routines quotidiennes, sont de plus en plus liés à la sécurité ontologique. Chaque individu devient responsable de sa santé et des conséquences de ses choix, ce qui laisse une place beaucoup plus floue à la médecine de famille à l'intérieur du champ de la santé publique. En effet, aux yeux des acteurs réflexifs, les soins de santé ne sont plus désormais une source de « certitudes » et le pouvoir des médecins semble donc s'éroder (Renaud, 1996; Tousjin, 2002). Pour prendre un exemple récent, l'Association canadienne de santé publique fait maintenant la promotion du concept d'alphabétisation pour la santé dans le but d'amener les clientèles défavorisées à prendre en main leur santé (CAPH, 2004). La relation patient/médecin semble ainsi en redéfinition alors que le médecin réflexif et le patient réflexif cherchent tous les deux à exercer un plus grand contrôle sur leurs propres actions.

LA « NOUVELLE » SANTÉ PUBLIQUE ET LA SOCIÉTÉ DU RISQUE : L'INDIVIDU DÉSARMÉ

La santé publique traverse actuellement une phase où les politiques sociales et environnementales dominent les recherches et les discussions sur les déterminants de la santé. Le « risque » doit désormais être vu comme un produit constitutif du monde social (Beck, 1992)⁵⁷. Selon Draper (1991), la « nouvelle » santé publique porte effectivement une attention beaucoup plus grande aux déterminants de la santé rattachés à l'environnement comparativement à ceux reliés aux individus et à leurs comportements. Parallèlement, les habitudes de vie sont de plus en plus présentées comme étant socialement conditionnées (Evans, Barer & Marmor, 1996), ce qui veut dire que les normes sociales jouent un rôle central comme conditions (non)reconnues aux comportements de santé des individus. Cette perspective implique de considérer plusieurs des déterminants de la santé comme échappant au contrôle réflexif des individus. Par exemple, le phénomène de globalisation signifie que certains facteurs de risque pour la santé

⁵⁷ Dans l'ère de la modernité 'réflexive', Beck (1992) affirme que ce n'est plus la distribution des biens publics qui est problématique mais plutôt celle des risques.

n'ont pas de frontières (pollution atmosphérique, pesticides, etc.) et nécessitent ainsi des actions collectives à grande échelle pour diminuer les risques pour les individus. Avec la progression des risques transnationaux, le rôle de l'État face à la santé devient par contre de plus en plus difficile à cerner et certains craignent une « individualisation » progressive du risque (Kickbusch, 2004), c'est-à-dire que l'individu est laissé à lui-même.

Au risque d'une simplification excessive, la santé publique semble donc être passée, dans ses priorités, d'un pôle d'action axé sur les facteurs de risque qui sont « près » de l'individu à un pôle d'action ciblant les facteurs de risque qui lui sont « éloignés »⁵⁸. Cependant, il existe une littérature émergente s'efforçant de remettre l'individu à l'avant-plan des stratégies publiques.

L'ACTION INDIVIDUELLE ET LE CHANGEMENT SOCIAL

Le concept de santé publique fait référence aux actions collectives qui assurent le déploiement de conditions permettant aux individus d'être en santé (CSFPH, 1988). Mais comment ces actions naissent-elles ? Sont-elles uniquement le produit d'une minorité de chercheurs et de décideurs s'octroyant le pouvoir de définir seuls, au nom de la population, quelles sont les conditions permettant aux individus d'être en santé ? Un point de vue *structurationniste* amène à rejeter une telle vision statique et à plutôt considérer chaque individu comme participant, consciemment ou non, à la (re)production du champ de la santé publique. Les actions individuelles agissent donc comme une condition au déploiement des actions collectives puisqu'elles contribuent directement à la (re)production des valeurs et normes sociales attachées à la santé et à ses déterminants. Dans cette perspective, l'individu lancé dans une quête de développement personnel, l'un des

⁵⁸ À cet égard, Giddens (1991) utilise par exemple le concept de risque à « haute conséquence » pour discuter des dangers qui sont éloignés des individus. Il fait référence aux catastrophes de tout genre et à la menace nucléaire mais nous croyons que le principe de séparer les risques qui sont près vs éloignés de l'individu est pertinent pour décrire les mouvements de pendule dans le domaine de la santé publique.

marqueurs du phénomène d'*individualisation*, exerce donc un certain pouvoir sur le collectif. C'est pour cette raison, peut-être, que l'individu réapparaît sur l'écran radar de la santé publique par le biais de la psychologie de la santé publique (Hepworth, 2004; Murphy & Barnett, 2004) et d'études souhaitant ressusciter le mouvement d'éducation pour la santé (Kemmm, 2003). Le champ de la santé publique semble donc condamné à être partout et nulle part à la fois (Wylie, Griffitho & Hunter, 1999; Mackian et al., 2003), ou peut-être s'agit-il simplement de reconnaître, comme nous l'avons illustré dans cette thèse, que l'acteur et les structures ne peuvent être pensés séparément. Les résultats présentés dans cette thèse contribuent ainsi à enrichir notre compréhension de la pratique de la médecine en tant que phénomène social.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago, University of Chicago Press.
- Abelson, J. & Hutchison, B. (1994). Primary health care delivery models: A Review of the International Literature. Hamilton, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis.: 1-80.
- Aldrich, H. E. (1979). Organizations and environments. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Appleton, K., House, A. & Dowell, A. (1998). "A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds." British Journal of General Practice **48**(428): 1059-1063.
- Archer, M. S. (1988). Culture and Agency: The Place of Culture in Social Theory. Cambridge, Cambridge University Press.
- Argyris, C. (1982). Reasoning, learning and action: individual and organizational. San Francisco, Jossey-Bass.
- Armour, B. S., Pitts, M. M., Maclean, R. & Cangialose, C. (2001). "The Effect of Explicit Financial Incentives on Physician Behavior." Archives of Internal Medicine **161**(10): 1261-1266.
- Ashworth, M., Armstrong, D., Colwill, S., Cohen, A. & Balazs, J. (2000). "Motivating general practitioners to change their prescribing: the incentive of working together." Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics **25**(2): 119-124.
- Astley, G. W. & Van de Ven, A. H. (1983). "Central Perspectives and Debates in Organization Theory." Administrative Science Quarterly **28**(June): 245-273.
- Autissier, D. (1998). "La structuration: Apports et controverses en sciences de la gestion: les trois fonctions du contrôle dans la théorie de la structuration." Revue de gestion des ressources humaines **398**: 51-61.
- Ayres, P. J. (1996). "Rationing health care: views from general practice." Social Science and Medicine **42**(7): 1021-1025.
- Azocar, F., Cuffel, B., Goldman, W. & McCarter, L. (2003). "The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization." Journal of Behavioral Health Services Research **30**(1): 109-118.
- Balkrishnan, R., Hall, M. A., Mehrabi, D., Chen, G. J. & Feldman, S. R. (2002). "Capitation payment, length of visit, and preventive services: evidence from a national sample of outpatient physicians." American Journal of Managed Care **8**(4): 332-340.

- Bard, M. A. (1990). "Recruiting physicians. Making the right choices." HMO Practice 4(6): 220-223.
- Barnard, C. I. (1938). The functions of the executive. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Bashir, K., Blizard, B., Bosanquet, A. & Bosanquet, N. (2000). "The evaluation of a mental health facilitator in general practice: effects on recognition, management and outcome of mental illness." British Journal of General Practice 50(457): 626-629.
- Battista, R. N. (1983). "Adult cancer prevention in primary care: patterns of practice in Quebec." American Journal of Public Health 73(9): 1036-1039.
- Bauman, Z. (2001). The individualized society. Cambridge, Polity Press.
- Beauchemin, J. & Lalonde, C. (1981). Les déterminants de la pratique médicale: une comparaison des CLSCs et des polycliniques au Québec. Département de sociologie. Montréal, Université de Montréal.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002). Individualization. London, Sage Publications.
- Beck, U. (1992). Risk Society: Towards a New Modernity. London, Sage.
- Bélanger, G. (1990). "La provincialisation des services de santé." Recherches Sociographiques 31(3): 339-357.
- Berthelot, J.-M. (2001). Épistémologie des sciences sociales. Paris, Presses Universitaires de France.
- Bhaskar, R. (1979). The possibility of naturalism. Brighton, Harvester.
- Blau, P. & Scott, R. W. (1962). Formal organizations: a comparative approach. San Francisco, Chandler.
- Blau, P. (1970). "A formal theory of differentiation in organizations." American Sociological Review 35: 201-218.
- Bodenheimer, T., Lo, B. & Casalino, L. (1999). "Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers." JAMA 281(21): 2045-2049.
- Bojke, W. D., Coleman, A. & Gravelle, H. (2003). "The relationship between size and performance of primary care organizations in England." Journal of Health Services Research and Policy 8(1): 11-17.
- Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique. Paris, Éditions de Minuit.
- Bryant, C. G. A. & Jary, D., Eds. (2001). The contemporary Giddens: Social Theory in a Globalizing Age. Houndmills, Palgrave.
- Buchbinder, S. B., Wilson, M., Melick, C. F. & Powe, N. R. (2001). "Primary care physician job satisfaction and turnover." American Journal of Managed Care 7(7): 701-713.
- Burns, T. & Stalker, G. M. (1961). The management of innovation. London, Tavistock.

Burrell, G. & Morgan, C. (1979). Sociological paradigms and organizational analysis. London, Heinemann.

Canadian Association of Public Health (2004). Improving Literacy and Health of Canadians: A Public Health View. CPHA Health Digest. **28**: 1 and 6.

Canadian Medical Association (1994). Strengthening the foundation: the role of the physician in primary health care in Canada. Ottawa, Canadian Medical Association.

Canadian Medical Association (2001). Professionalism in Medicine. CMA series of Health Care discussion papers. Ottawa, Canadian Medical Association.

Canadian Medical Association. (2000). Looking at the Future of Health, Health Care and Medicine. CMA Series of Health Care Discussion Papers. Ottawa.

Carr, J., Armstrong, S., Hancock, B. & Bethea, J. (2002). "GP's perceptions of the nurse practitioner role in primary care." British Journal of Community Nursing **7**(8): 408-413.

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D. & Durieux, P. (2000). "Effects of financial incentives on medical practice: Results from a systematic review of the literature and methodological issues." International Journal for Quality in Health Care **12**(2): 133-142.

Chatman, J. (1989). "Improving Interactional Organizational Research: A Model of Person-Organization Fit." Academy of Management Review **14**(3): 333-349.

Christensen, S. (1992). "Volume response to exogenous changes in Medicare's payment policies." Health Services Research **27**: 65-79.

Clark, J. A., Potter, D. A. & McKinley, J. B. (1991). "Bringing social structure back into clinical decision making." Social Science and Medicine **8**: 853-866.

Coburn, D. (1998). State authority, medical dominance, and trends in the regulation of health professions: the Ontario case. Health and Canadian Society: Sociological perspectives. D. Coburn, C. D'Arcy and G. M. Torrance. Toronto, University of Toronto Press.

Collège des médecins de famille du Canada (2000). Soins de première ligne et médecine familiale au Canada: une ordonnance de renouvellement. Ottawa, Le Collège des médecins de famille du Canada.

Colwill, J. M. and Cultice, J. M. (2003). "The future supply of family physicians: implications for rural America." Health Affairs (Millwood) **22**(1): 190-198.

Committee for the Study of the Future of Public Health (1988). The Future of Public Health. Washington, Institute of Medicine. National Academy Press.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., Sicotte, C. & Lemay, N. (1996). Financial Incentives/Disincentives in Canada's Health System. Montreal, GRIS-Université de Montréal.

- Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Dassa, C., Latour, R. & Perron, M. (2001). *Profils de pratique des médecins généralistes du Québec*. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.
- Cooper, C. L., Rout, U. & Faragher, B. (1989). "Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners." *British Medical Journal* **298**(6670): 366-370.
- Corney, R. H. (1999). "Changes in patient satisfaction and experience in primary and secondary care: the effect of general practice fundholding." *British Journal of General Practice* **49**(438): 27-30.
- Coulon, A. (1995). *Ethnomethodology*. London, Sage publications.
- Couturier, Y. (1998). *Réflexivité, sens pratique et habitus: problématisation de la notion des pratiques professionnelles*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Crabtree, B. F., Miller, W. L. & Stange, K. C. (2001). "Understanding practice from the ground up." *Journal of Family Practice* **50**(10): 881-887.
- Creswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oakes, CA, Sage.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA, SAGE publications.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.
- Crozier, M. (1964). *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Éditions du Seuil.
- D'Amour, D., Sicotte, C. & Lévy, R. (1999). "Un modèle de structuration de l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé de première ligne." *Sciences Sociales et Santé* **17**(3): 67-94.
- Davies, D. & Taylor-Vaisey, A. (1997). "Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines." *Canadian Medical Association Journal* **157**(4): 408-416.
- Davis, F. D. (1997). "Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine." *Theoretical medicine* **18**(1-2): 173-195.
- Davis, P., Gribben, B., Lay-Yee, R. & Scott, A. (2002). "How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care." *Journal of Health Services and Research Policy* **7**(4): 202-208.
- Davis, P., Gribben, B., Scott, A. & Lay-Yee, R. (2000). "The 'supply hypothesis' and patterns of clinical activity in general practice." *Social Science and Medicine* **50**: 407-418.
- de Jong, J. D., Groenewegen, P. P. & Westert, G. P. (2003). "Mutual influences of general practitioners in partnerships." *Social Science and Medicine* **57**: 1515-1524.

Delanty, G. & Strydom, P., Eds. (2003). Philosophies of social science: the classic and contemporary readings. Maidenhead, Open University Press.

Demers, M. & Brunelle, Y., 2000, Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.

Denison, D. R. (1996). "What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars." Academy of Management Review **21**(3): 619-654.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA, Sage.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields." American Sociological Review **48**: 147-160.

Diwan, V. K., Sachs, L. & Wahlstrom, R. (1997). "Practice-knowledge-attitudes-practice: an explorative study of information in primary care." Social Science and Medicine **44**(8): 1221-1228.

Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements of health care. Cambridge, Harvard University Press.

Dowell, A. C., Coster, G. & Maffey, C. (2002). "Morale in general practice: crisis and solutions." New-Zealand Medical Journal **115**(1158): U102.

Dowell, J. R. (2004). "New Zealand rural general practitioner 1999 survey--Part 3: rural general practitioner speak out." New Zealand Medical Journal **117**(1191): U812.

Dowswell, G., Harrison, S. & Wright, J. (2001). "Clinical guidelines: attitudes, information processes and culture in English primary care." International Journal of Health Planning and Management **16**(2): 107-124.

Draper, P., Ed. (1991). Health through public policy. The greening of public health. London, Merlin.

Dudley, R. A., Miller, R. H., Korenbrot, T. Y. & Luft, H. S. (1998). "The impact of financial incentives on quality of health care." Milbank Quarterly **76**(4): 649-686.

Dupuis, H. M. (2000). "Professional autonomy: stumbling block for good medical practice. An analysis and interpretation." Theoretical Medicine **21**: 493-502.

Eisenberg, J. M. (2002). "Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns." Medical Care **40**(11): 1016-1035.

Eliason, B. C., Guse, C. & Gottlieb, M. S. (2000). "Personal values of family physicians, practice satisfaction, and service to the underserved." Archives of Family Medicine **9**(3): 228-232.

Ellsbury, K. E. (1989). "Can the family physician avoid conflict of interest in the gatekeeper role? An affirmative view." Journal of Family Practice **28**(6): 698-701.

- Engstrom, S., Foldevi, M. & Borgquist, L. (2001). "Is general practice effective? A systematic literature review." Scandinavian Journal of Primary Health Care **19**(2): 131-144.
- Escarce, J. J., Kapur, K., Joyce, G. F. & Van Vorst, K. A. (2001). "Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements." Health Services Research **36**(6 (pt1)): 1037-1057.
- Etzioni, A. (1969). The semi-professions and their organization. New York, Free Press.
- Evans, J., Lambert, T. & Goldacre, M. (2002). "GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice." Occasional Paper of the Royal College of General Practitioner **83**(3-4): 1-33.
- Evans, R. G., Barer, M. L. & Marmor, T. R., Eds. (1996). Être ou ne pas être en bonne santé? Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Evans, R., Stone, D. & Elwyn, G. (2003). "Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence." Family Practice **20**(3): 304-310.
- Fayol, H. (1919). Administration industrielle et générale. Paris, Dunod.
- Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (2003). Évolution des effectifs de pratique: le Québec dans son ensemble. Montréal, Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec.
- Fernandez, L. A., Martin, J. M., del Castillo, J. D. & Gaspar, O. S. (2000). "Sources of influence on medical practice." Journal of Epidemiology and Community Health **54**(8): 623-630.
- Flierman, H. A. & Groenewegen, P. P. (1992). "Introducing fee for services with professional uncertainty." Health Care Finance and Review **14**(1): 107-115.
- Flocke, S. A., Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (2002). "Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care." Journal of Family Practice **51**(10): 835-842.
- Flood, A. B., Fremont, A. M., Jin, K. & Bott, D. M. (1998). "How do HMO achieve savings? The effectiveness of one organization's strategies." Health Services Research **33**(1): 79-99.
- Forrest, C. B., Nutting, P., Werner, J. J. & Starfield, B. (2003). "Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study." Medical Care **41**(2): 242-253.
- Franks, P., Williams, G. G., Zwanziger, J. & Mooney, C. (2000). "Why do physicians vary so widely in their referral rates?" Journal of General Internal Medicine **15**: 163-168.
- Freeman, A. & Sweeney, K. (2001). "Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study." British Medical Journal **323**(7321): 1100-1102.

Freeman, A. C. & Sweeney, K. (2001). "Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study." British Medical Journal **323**(7321): 1100-1102.

Freidson, E. (1970). Profession of medicine. New York, Dodd and Mead.

Freidson, E. (1986). Professional powers. Chicago, University of Chicago Press.

Friedberg, E. (1993). Le Pouvoir et la Règle: dynamiques de l'action organisée. Paris, Seuil.

Friedmann, P. D., Brett, A. S. & Mayo-Smith, M. F. (1996). "Differences in generalists' and cardiologists' perceptions of cardiovascular risk and the outcomes of preventive therapy in cardiovascular disease." Annals of Internal Medicine **124**(4): 414-421.

Garfinkel, H. (1967). Studies in ethnomethodology. Cambridge, Polity Press.

Garfinkel, H. (1996). "Ethnomethodology's program." Social Psychology Quarterly **59**(1): 31-56.

Garfinkel, H. (2002). Ethnomethodology's Program: Working out Durkheim's Aphorism. Oxford, Rowan & Littlefield Publishers.

Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. & Lamarche, P. A. (2004). "L'effet des modes d'organisation sur la pratique des médecins généralistes: Analyse qualitative des conditions et conséquences de l'action." Article en préparation.

Gerada, C., Wright, N. & Keen, J. (2002). "The general practitioner with special clinical interests: new opportunities or the end of the general practitioner." British Journal of General Practice **52**(483): 796-798.

Gerdtham, U. G., Jonsson, B., MacFarlan, M. & Oxley, H. (1998). "The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis." Developments in Health Economics and Public Policy **6**: 113-134.

Gervas, J., Perez-Fernandez, M. & Starfield, B. H. (1994). "Primary care, financing and gatekeeping in western Europe." Family Practice **11**(3): 307-317.

Giacomini, M., Hurley, J. & Stoddart, G. (2000). "The many meanings of deinsuring a health service: the cas of in vitro fertilization in Ontario." Social Science and Medicine **50**: 1485-1500.

Giacomini, M., Hurley, J., Lomas, J., Bhatia, V. & Goldsmith, L. (1996). The many meanings of money: A health policy analysis framework for understanding financial incentives. Hamilton, Centre for Health Economics and Policy Analysis.

Giddens, A. (1979). Central Problems in Social Theory. Berkeley, University of California Press.

Giddens, A. (1984). The constitution of society. Berkeley, University of California Press.

Giddens, A. (1989). Reply to my critics. Social theory of modern societies: Anthony Giddens and his critics. D. Held and J. B. Thompson. Cambridge, Cambridge University Press.

- Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford, Stanford University Press.
- Giuffrida, A., Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sergison, M., Leese, B., Pedersen, L. & Sutton, M. (2000). "Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes." Cochrane Database and Systematic Reviews 3: CD000531.
- Giuffrida, A., Gravelle, H. & Sutton, M. (2000). "Efficiency and administrative costs in primary care." Journal of Health Economics 19(6): 983-1006.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). Discovery of grounded theory. Chicago, Aldine.
- Goffman, E. (1959). The Presentation of Self in Everyday Life. New York, Doubleday.
- Goffman, E. (1967). Interaction ritual. Garden City, Anchor.
- Goffman, E. (1972). Interaction ritual. London, Allen Lane.
- Golaszewski, T. (2000). "The limitations and promise of health education in managed care." Health Education and Behavior 27(4): 402-16.
- Goldacre, M. J., Evans, J. & Lambert, T. W. (2003). "Media criticism of doctors: review of UK junior doctors' concern raised in surveys." British Medical Journal 326(7390): 629-630.
- Gosden, T., Bowler, I. & Sutton, M. (2000). "How do general practitioners choose their practice? Preferences for practice and job characteristics." Journal of Health Services Research and Policy 5(4): 208-213.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M. & Leese, B. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review." Journal of Health Services and Research Policy 6(1): 44-55.
- Gosden, T., Pedersen, L. & Torgerson, D. (1999). "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior." QMJ 92(1): 4755.
- Gouldner, A. W. (1954). Patterns of industrial bureaucracy. Sociology today. R. K. Merton, L. Broom and L. S. Cottrel. New York, Basic Books.
- Grace, V. M. (1991). "The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion." International Journal of Health Services 21(2): 329-343.
- Graham, R. P., James, P. & Cowan, T. (2000). "Are clinical practice guidelines valid for primary care?" Journal of Clinical Epidemiology 53(9): 949-954.
- Gray, D. P., Evans, P., Sweeney, K. & Lings, P. (2003). "Towards a theory of continuity of care." Journal of the Royal Society of Medicine 96: 160-166.
- Green, J. & Tones, K. (1999). "Towards a secure evidence base for health promotion." Journal of Public Health Medicine 21: 133-139.

- Greenfield, S., Rogers, W., Mangotich, M. & Carney, M. F. (1995). "Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study." JAMA **274**(18): 1436-1444.
- Greenwood, R., Suddaby, R. & Hinings, C. R. (2002). "Theorizing change: the role of professional associations in the transformation of institutionalized fields." Academy of Management Journal **45**(1): 58-80.
- Greer, L. A., Goodwin, J. S., Freeman, J. L. & Wu, H. Z. (2002). "Bringing the patient back in. Guidelines, practice variations, and the social context of medical practice." International Journal of Technology Assessment in Health care **18**(4): 747-761.
- Gregson, N. (1989). On the (ir)relevance of structuration theory to empirical research. Social Theory of Modern Societies: Anthony Giddens and His Critics. D. Held and J. D. Thompson. Cambridge, Cambridge University Press: ch. 11.
- Grembowski, D. E., Martin, D., Diehr, P. & Patrick, D. L. (2003). "Managed care, access to specialists, and outcomes among primary care patients with pain." Health Services Research **38**(1 (pt 1)): 1-19.
- Groenewegen, P. & Hutten, J. (1995). "The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload." Social Science and Medicine **40**(3): 349-358.
- Groenewegen, P. P. and Hutten, J. B. (1991). "Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature." Social Science and Medicine **32**(10): 1111-1119.
- Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K. & Blick, N. (1998). "Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems." New England Journal of Medicine **339**(21): 1516-1521.
- Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C., Bindman, A. B., Quesenberry, C., Truman, A. & Uratsu, C. (1999). "Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists." JAMA **282**(3): 261-266.
- Grumbach, K. (2003). "Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism." Annals of Family Medicine **1**(1): 4-7.
- Grytten, J. & Sorensen, R. (2003). "Practice variation and physician-specific effects." Journal of Health Economics **22**(3): 403-418.
- Grytten, J. and Sorensen, R. (2001). "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway." Journal of Health Economics **20**(3): 379-393.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). Fourth generation evaluation. Newsbury Park, CA, Sage.

- Guthrie, B. (2002). "Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor." Family Practice **19**(5): 496-499.
- Haas, J. E. & Drabek, T. E. (1973). Complex organizations: a sociological perspective. New York, Macmillan.
- Hall, L., Eccles, M., Barton, R. & Steen, N. (2001). "Is untargeted outreach visiting in primary care effective? A pragmatic randomized controlled trial." Journal of Public Health Medicine **23**(2): 109-113.
- Hall, R. H. (1967). "Some organizational consideration in the professional-organizational relationship." Administrative Science Quarterly **12**: 461-478.
- Halm, E. A., Causino, N. & Bluementhal, D. (1997). "Is gatekeeping better than traditional care? a survey of physicians' attitudes." JAMA **278**(20): 1677-1681.
- Handel, M. J., Ed. (2003). The sociology of organizations. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Hannan, M. T. & Freeman, J. (1977). "The population ecology of organizations." American Journal of Sociology **82**: 929-964.
- Harrison, S. & Choudhry, N. (1996). "General practice fundholding in the UK National Health Service: evidence to date." Journal of Public Health Policy **17**(3): 331-346.
- Held, D. & Thompson, J. B., Eds. (1989). Social Theory of Modern Societies: Anthony Giddens and His Critics. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hellinger, F. (1996). "The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of the evidence." Medical Research and Review **53**(3): 294-314.
- Hepworth, J. (2004). "Public health psychology: a conceptual and practical framework." Journal of Health Psychology **9**(9): 41-54.
- Hibbard, J. H., Greenlick, M. R., Kinkel, L. E. & Capizzi, J. (2001). "Mode of payment, practice characteristics, and physician support for patient self care." American Journal of Preventive Medicine **20**(2): 118-123.
- Hillman, A. L., Ripley, K., Goldfarb, N., Nuamah, I. & Weiner, J. (1998). "Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care." American Journal of Public Health **88**(11): 1699-1701.
- Hoogland, J. & Jochemsen, H. (2000). "Professional autonomy and the normative structure of medical practice." Theoretical Medicine **21**(5): 457-475.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). "Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors." British Medical Journal **324**(7341): 819-823.
- Hucklenbroich, P. (1998). "Steps towards a theory of medical practice." Theoretical medicine and bioethics **19**(215-228).

- Hughes, D. & Yule, B. (1992). "The effect of per-item fees on the behaviour of general practitioners." Journal of Health Economics **11**(1): 413-437.
- Hull, S. A., Jones, C., Tissier, J. M. & Elridge, S. (2002). "Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates." British Journal of General Practice **52**(475): 101-107.
- Hurley, J. & Labelle, R. (1995). "Relative fees and the utilization of physicians' services in Canada." Health Economists **4**(6): 419-438.
- Iglehart, J. K. (1992). "The American health care system. Managed care." New England Journal of Medicine **327**(10): 742-747.
- James, P. A., Cowan, T. M., Graham, R. P. & Majeroni, B. A. (1997). "Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines." Journal of Family Practice **45**(4): 341-347.
- Jewell, D. & Hope, J. (1988). "Evaluation of a nurse-run hypertension clinic in general practice." Practitioner **232**(1447): 484-487.
- Joffres, M. R., Hamet, P., MacLean, D. R. & L'italien, G. J. (2001). "Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and in the United States." American Journal of Hypertension **14**(11, pt 1): 1099-1105.
- Kamien, M. (1998). "Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions." Medical Journal of Australia **169**(6): 318-321.
- Katz, J. (1988). A theory of qualitative methodology : the social system of analytic fieldwork. Contemporary field research : A collection of readings. R. M. Emerson. Prospect Heights, Illinois, Waveland Press.
- Kemm, K. (2003). "Health education: a case for resuscitation." Public Health **117**(2): 106-111.
- Kenyon, S. & Taylor, D. J. (2002). "The effect of the publication of a major clinical trial in a high impact journal on clinical practise." British Journal of Obstetrics and Gynaecology **109**(12): 1341-1343.
- Kickbush, I. (2004). The end of public health as we know it: constructing global health in the 21st century. Sustaining Public Health in a Changing World: Vision to Action, Brighton, United Kingdom.
- Kilmartin, M. R., Newell, C. J. & Line, M. A. (2002). "The balancing act: key issues in the lives of women general practitioners in Australia." Medical Journal of Australia **177**(2): 87-89.
- Kralewski, J. E., Wallace, W., Wingert, T. D., Knutson, D. J. & Johnson, C. E. (1999). "The effects of medical group practice organizational factors on physicians' use of resources." Journal of Healthcare Management **44**(3): 167-182.
- Kralewski, J. E., Wingert, T. D. & Barbouche, M. H. (1996). "Assessing the culture of medical group practices." Medical Care **34**(5): 377-388.

Krasnik, A., Groenewegen, P. P., Pedersen, P. A., von Scholten, P. & Mooney, G. (1990). "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice." British Medical Journal **300**(6741): 1698-1701.

Kristiansen, I. S. & Mooney, G. (1993). "The general practitioner's use of time: is it influenced by the remuneration system ?" Social Science and Medicine **37**(3): 393-399.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Government of Canada.

Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. & Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Ottawa, Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé.

Landon, B. E., Reschovsky, J., Reed, M. & Bluementhal, D. (2001). "Personal, organizational, and market level influences on physicians' practice patterns: results of a national survey of primary care physicians." Medical Care **39**(8): 889-905.

Langham, S., Gillam, S. & Thorogood, M. (1995). "The carrot, the stick and the general practitioner: how have changes in financial incentives affected health promotion activity in general practice?" British Journal of General Practice **45**(401): 665-668.

Langwell, K. M. (1990). "Structure and performance of health maintenance organizations: a review." Health Affairs **12**(1): 71-79.

Lash, S. (2002). Individualization in a non-linear mode. Individualization. U. Beck and E. Beck-Gernsheim. London, Sage: V11-X111.

Lawlor, D. A., Keen, S. & Neal, R. D. (2000). "Can general practitioners influence the nation's through a population approach to provision of lifestyle advice?" British Journal of Medical Practice **50**(455): 455-459.

Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967). Organization and environment: managing differentiation and integration. Boston : Graduate Scholl of Business Administration, Harvard University.

Leape, L. (1989). "Unnecessary surgery." Health Services Research **24**: 351-407.

Leatt, P., Lemieux-Charles, L., Aird, C & Leggat, S. Eds. (1996). Strategic alliances in health care. Ottawa, Canadian College of Health Services Executives.

Lehoux, P., Sicotte, C., Denis, J. & Berg, M. (2002). "The theory of use behind telemedicine: how compatible with physicians' clinical routines?" Social Science and Medicine **54**(6): 889-904.

Lemkau, J., Rafferty, J. & Gordon, R. (1994). "Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice." Family Practice Research Journal **14**(3): 213-222.

- Lesemann, F. (1981). Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec. Montréal, Albert Saint-Martin.
- Likert, R. (1961). New patterns of management. New York, McGraw-Hill.
- Lindberg, G. D. & Lamm, R. D. (1993). "Solving our primary care crisis by retraining specialists to gain specific primary care competencies." JAMA **270**(3): 380-381.
- Linvingston, E. (1987). Making sense of ethnomethodology. London/New York, Routledge & Kegan Paul.
- Locock, L., Regen, E. & Goodwin, N. (2004). "Managing or managed? Experience of general practitioners in English Primary Care Groups and Trusts." Health Services Management Research **17**(1): 24-35.
- Lucas, K. & Bickler, G. (2000). "Altogether now? Professional differences in the priorities of primary care groups." Journal of Public Medicine **22**(2): 211-215.
- Luft, H. S. (1981). Health Maintenance Organizations: dimensions of performance. New York, Wiley.
- Lundkvist, J., Akerlind, I., Borgquist, L. & Molstad, S. (2002). "The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice." Family Practice **19**(6): 638-640.
- Lynch, M. (1998). "Financial incentives and primary care provision in Britain: do general practitioners maximise their income?" Developments in Health Economics and Public Policy **6**: 191-210.
- Lynch, M. (2002). "Protocols, practices, and the reproduction of technique in molecular biology." British Journal of Sociology **53**(2): 203-220.
- Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L. (2003). "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998." Health Services Research **38**(3): 831-865.
- Mackian, S., Elliot, H., Busby, H. & Popay, J. (2003). "Everywhere and nowhere': locating and understanding the 'new public health'." Health Place **9**(9): 219-229.
- Magnus, S. A. (1999). "Physicians' financial incentives in five dimensions: A conceptual framework for HMO managers." Health Care Management Review **24**(1): 57-72.
- Maheux, B., Pineault, R., Lambert, J. & Béland, F. (1990). "Primary care in Quebec: a comparison between private practitioners and physicians working in public community health centers." Canadian Journal of Public Health **81**(1): 27-31.
- Majeed, A., Eliahoo, J., Bardsley, M. & Morgan, J. (2002). "Variation in coronary artery bypass grafting, angioplasty, cataract surgery, and hip replacement rates

among primary care groups in London: association with population and practice characteristics." Journal of Public Health Medicine **24**(1): 21-26.

March, J. G. & Olsen, J. P. (1976). Ambiguity and choice in organizations. Bergen, Universitetsforlaget.

March, J. G. & Simon, H. A. (1958). Organizations. New York, John Wiley.

Mark, D. D., Byers, V. L. & Mays, M. Z. (2001). "Primary care outcomes and provider practice styles." Military Medicine **166**(10): 875-880.

Marriot, J. & Mable, A. L. (1998). Modèles intégrés: tendances internationales et conséquences pour le Canada. À la recherche d'un équilibre: le secteur de la santé au Canada et ailleurs. F. n. s. l. santé. Sainte-Foy, MultiMondes. **4**: 557-696.

Marx, K. (1970). Capital. London, Lawrence & Wishart.

Maynard, A. & Bloor, K. (1995). "Health care reform: informing difficult choices." International Journal of Health Planning and Management **10**(4): 247-264.

Maynard, A. (1995). "Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming." Health Policy **31**(3): 171-181.

Mayo, E. (1945). The social problems of an industrial civilization. Boston, Harvard University.

Mays, N. & Pope, C. (2000). "Assessing quality in qualitative research." British Medical Journal **320**: 50-52.

McInerney, T. (1998). "Approaching physician recruitment systematically." Health Care Finance and Management **52**(4): 83-84.

McKinlay, J. B. and Arches, J. (1985). "Towards the proletarianization of physicians." International Journal of Health Services **15**: 161-195.

Mears, R. & Sweeney, K. (2000). "A preliminary study of the decision-making process within general practice." Family Practice **17**(5): 428-429.

Mechanic, D. (2003). "Physician Discontent: Challenges and Opportunities." JAMA **290**(7): 946-941.

Meyer, A. D.; Tsui, A. S. & Hinings, C. R. (1993). "Configurational approaches to organizational analysis." Academy of Management Journal **36**(6): 1175-1195.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). "Institutionalized organisations: formal structure as myth and ceremony." American Journal of Sociology **83**: 340-363.

Meyer, J. W., Boli, J. & Thomas, G. M. (1987). Ontology and rationalization in the western cultural account. Institutional structure: constituting state, society, and the individual. G. M. Thomas, J. W. Meyer, F. O. Ramirez and J. Boli. Newbury Park, Sage.

Miles, M. B. & Huberman, M. A. (1994). Qualitative data analysis. Thousand Oaks, CA, Sage publications.

Miller, E. J. & Rice, A. K. (1967). Systems of organization. London, Tavistock.

- Miller, R. & Luft, H. (1994). "Managed care plan performance since 1980. A literature analysis." JAMA **271**(19): 1512-1519.
- Miller, R. & Luft, H. (2002). "HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001." Health Affairs **21**(4): 63-86.
- Miller, W. L., McDaniel, R. R., Crabtree, B. F. & Stange, K. C. (2001). "Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science." Journal of Family Practice **50**(10): 872-878.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2000). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes-rapport et recommandations. Québec, Gouvernement du Québec: 410 pages.
- Mintzberg, H. (1994). Grandeur et décadence de la planification stratégique. Paris, Dunod.
- Mitchell, D., Parker, L., Sunshine, J. H. & Levin, D. C. (2002). "Body MR imaging and CT volume: variations and trends on an analysis of medicare and fee-for-service health insurance databases." American Journal of Roentgenology **179**(1): 27-31.
- Mitchell, J. M., Hadlay, J. & Gaskin, D. J. (2000). "Physicians' responses to Medicare fee schedule reductions." Medical Care **38**(10): 1029-1039.
- Mitchell, T. R. and Mickel, A. E. (1999). "The meaning of money: an individual-difference perspective." Academy of Management Review **24**(3): 568-578.
- Moore, G. & Showstack, J. (2003). "Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal." Annals of Internal Medicine **138**: 244-247.
- Moore, G. (2002). "Going solo: making the leap." Family Practice Management **9**(2): 29-32.
- Mundinger, M., Kane, R., Lenz, E., AM, T., Tsai, W. & Cleary, P. (2000). "Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial." JAMA **283**(1): 59-68.
- Mundinger, M., O. (2002). "Twenty-first-Century Primary Care: New Partnerships between Nurses and Doctors." Academic Medicine **77**: 776-780.
- Munro, N., Felton, A. & McIntosh, C. (2002). "Is multidisciplinary learning effective among those caring for people with diabetes?" Diabetic Medicine **19**(10): 799-803.
- Murphy, S. & Bennett, P. (2004). "Health psychology and public health: theoretical possibilities." Journal of Health Psychology **9**(9): 13-27.
- Nelson, E. C., McHorney, C. A., Manning, W. G. & Rogers, W. H. (1998). "A longitudinal study of hospitalization rates for patients with chronic disease: results from the Medical Outcomes Study." Health Services Research **32**(6): 759-774.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The knowledge -creating company. New York, Oxford University Press.

- Nutting, P. A. (1986). "Health promotion in primary medical care: problems and potential." Preventive Medicine **15**(5): 537-548.
- Nylenna, M. and Aasland, O. G. (2000). "Primary care physicians and their information-seeking behaviour." Scandinavian Journal of Primary Health Care **18**(1): 9-13.
- OCDE (1994). *La réforme des systèmes de santé- Étude de dix-sept pays de l'OCDE*.
- OCDE (1995). *À la recherche de mécanismes de marché: les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*. Paris, OCDE.
- Ogden, J., Andrade, J., Eisner, M., Ironmonger, M. & Maxwell, J. (1997). "To treat? To befriend? To prevent? Patients' and GPs' views of the doctor's role." Scandinavian Journal of Primary Health Care **15**(3): 114-117.
- Orlikowski, W. J. (1992). "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations." Organization Science **3**: 398-427.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. & Haynes, R. B. (1995). "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice." Canadian Medical Association Journal **153**: 1423-1431.
- Paillé, P. (1994). "L'analyse par théorisation ancrée." Cahiers de recherche sociologique **23**: 147-181.
- Parsons, T. (1937). The structure of social action. New York, McGraw-Hill.
- Parsons, T. (1951). The social system. Glencoe, IL, Free Press.
- Parsons, T. (1956). "Suggestions of a sociological approach to the theory of organizations, parts 1 and 2." Administrative Science Quarterly **1**: 63-85 ; 225-239.
- Parsons, T. (1960). Structure and process in modern societies. Glencoe, IL, Free Press.
- Pellegrino, E. (1979). Humanism and the physician. Knoxville, University of Tennessee Press.
- Perrow, C. (1967). "A framework for the comparative analysis of organizations." American Sociological Review **32**: 194-208.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (1978). The external control of organizations. New York, Harper & Row.
- Pfeffer, J. (1997). New directions for organization theory: problems and prospects. New York, Oxford University Press.
- Phillips, W. R. & Haynes, D. G. (2001). "The domain of family practice: scope, role, and function." Family Medicine **33**(3): 273-277.
- Pineault, R., Maheux, B., Lambert, J. & Béland, F. (1991). "Characteristics of physicians practising in alternative primary care settings: a Quebec study of local community." International Journal of Health Services **21**(1): 49-58.

- Popper, K. R. (1972). Objective knowledge. Oxford, Calrendon Press.
- Powell, W. W. & DiMaggio, P. J., Eds. (1991). The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, The University of Chicago Press.
- Pozzebon, M. (2004). "The influence of a structurationist view on strategic management research." Journal of management studies 41(2): 247-272.
- Pugh, D. S., Hickson, D. J. & Hinnings, C. R. (1969). "An empirical taxonomy of structures of work organizations." Administrative Science Quarterly 14: 115-126.
- Ragin, C. C. (1987). The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitatives strategies. Berkeley, University of California Press.
- Ramsbottom-Lucier, M. T., Caudill, T. S., Johnson, M. M. & Rich, E. C. (1995). "Interactions with colleagues and their effects on the satisfaction of rural primary care physicians." Journal of Rural Health 11(3): 185-191.
- Renaud, M. (1996). L'avenir: Hygié ou Panacée? Être ou ne pas être en bonne santé. R. G. Evans, M. L. Barer and T. R. Marmor. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Renaud, M., Beauchemin, J., Lalonde, C. & Poirier, H. (1980). "Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area." American Journal of Public Health 70(10): 1068-1073.
- Reynolds, P. D. (1986). "Organizational culture as related to industry, position and performance: A preliminary report." Journal of Management Studies 23: 333.
- Ribacke, M. (1995). "The concept of individualized hypertension care in general practice and outpatient clinic. The general practitioner hypertension practice study (111)." Scandinavian Journal of Primary Health Care 13(2): 112-117.
- Rice, N., Dixon, P., Lloyd, D. C. & Roberts, D. (2000). "Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis." British Medical Journal 320(7230): 284-288.
- Rich, P. (1992). "The organizational taxonomy: definition and design." Academy of Management Review 17(4): 758-781.
- Richards, H., Reid, M. & Watt, G. (2003). "Victim-blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain." Family Practice 20(6): 711-716.
- Rivo, M. L., Saultz, J. W., Wartman, S. A. & DeWitt, T. G. (1994). "Defining the generalist physician's training." JAMA 271(19): 1499-1504.
- Roberge, D., Beaulieu, M.-D., Haddad, S. & Lebeau, R. (2001). "Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views." Family Practice 18(1): 53-59.
- Rochaix, L. (1993). "Financial incentives for physicians: The Quebec experience." Health Economists 2: 163-176.

Rollnick, S., Kinnersley, P. & Stott, N. (1993). "Methods of helping patients with behaviour change." British Medical Journal **307**(6897): 188-190.

Roski, J., Jeddelloh, R., An, L., Lando, H., Hannan, P., Hall, C. & Zhu, S. (2003). "The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider to evidence-based smoking cessation practice guidelines." Preventive Medicine **36**(3): 291-299.

Rouleau, L. (1995). *La structuration sociale de l'activité stratégique: le cas Irving Samuel / Jean-Claude Poitras*. HEC. Montréal, Université de Montréal.

Rouleau, L. (2000). *Compétence stratégique et ritualisation sociale de l'environnement: la formation des stratégies suivant un point de vue structurationniste*. Montréal, HEC.

Rowlands, G., Willis, S. & Singleton, A. (2001). "Referrals and relationships: in-practice referral meetings in a general practice." Family Practice **18**(4): 399-406.

Safran, D. G., Rogers, W. H., Tarlov, A. R., Inui, T., Taira, D. A., Montgomery, J. E., Ware, J. E. & Slavin, C. P. (2000). "Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care." Archives of Internal Medicine **160**(1): 69-76.

Safran, D. G., Wilson, I. B., Rogers, W. H. & Montgomery, J. E. (2002). "Primary Care Quality in the Medicare Program: comparing the performance of Medicare health maintenance organizations and traditional fee-for-service medicare." Annals of Internal Medicine **162**(7): 757-765.

Schegloff, E. A. (1992). In another context. Rethinking concept. A. Duranti and C. Goodwin. Cambridge, Cambridge University Press: 191-228.

Schein, E. H. (1965). Organizational psychology. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Schein, E. H. (1992). Organizational culture and leadership. San Francisco, Jossey-Bass.

Schneider, B., Ed. (1990). Organizational climate and culture. San Francisco, Jossey-Bass.

Schroeder, S. A. (2002). "Primary care at a Crossroads." Academic Medicine **77**(8): 767-773.

Schur, C. L., Mueller, C. D. & Berk, M. L. (1999). "Why primary care physicians join HMOs." American Journal of Managed Care **5**(4): 429-434.

Schwartz, L. M., Woloshin, S., Wasson, J. H., Renfrew, R. A. & Welch, H. G. (1999). "Setting the revisit interval in primary care." Journal of General Internal Medicine **14**: 230-235.

Scott, A. & Hall, J. (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects." Health Policy **31**: 183-195.

Scott, A. (2001). "Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics." Journal of Health Economics **20**(3): 329-347.

- Scott, A. and Hall, J. (1995). "Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects." Health Policy **31**: 183-195.
- Scott, R. W. & Meyer, J. W. (1994). Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism. Thousand Oaks, Sage.
- Scott, R. W. (1983). The organization of environments: network, cultural, and historical elements. Organizational environments: ritual and rationality. J. W. Meyer and R. W. Scott. Beverly Hills, CA, Sage.
- Scott, R. W. (2003). Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. Upple Saddle River, Prentice Hall.
- Scott, R. W., Ruef, M., Mendel, P. J. & Caronna, C. A. (2000). Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional dominance to Managed Care. Chicago, University of Chicago Press.
- Scutchfield, F. D., Lee, J. & Patton, D. (1997). "Managed care in the United States." Journal of Public Health Medicine **19**(3): 251-254.
- Seale, C. (1999). The quality of qualitative research. London, SAGE publications.
- Selznick, P. (1949). TVA and the grass roots. Berkeley, University of California Press.
- Sewell, W. H. J. (1992). "A theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation." The American Journal of Sociology **98**(1): 1-29.
- Shimmura, K. (1988). "Effects of different remuneration methods on general medical practice: a comparison of capitation and fee-for-service." International Journal of Health Planning and Management **3**(4): 245-258.
- Shortell, S. M., Kaluzny, A. D. & Associates (2000). Health Care Management: Organization Design and Behavior. 4th Edition. Albany, NY, Delmar.
- Shortell, S. M., Morrison, E. M., Hughes, S. L., Freidman, B. S. & Vitek, J. L. (1987). Diversification of health care services: the effects of ownership, environment and strategy. Advances in health economics and health services: insights for organization theory. R. M. Scheffler and L. E. Rossiter. Greenwich, CT, Jossey-Bass: 3-40.
- Showstack, J., Lurie, N., Larson, E. B., Rothman, A. A. & Hassmiller, S. (2003). "Primary Care: the Next Renaissance." Annals of Internal Medicine **138**: 268-272.
- Showstack, J., Rothman, A. A. & Hassmiller, S. (2003). "Primary Care at a Crossroads." Annals of Internal Medicine **138**: 242-243.
- Sibbald, B., Bojke, C. & Gravelle, H. (2003). "National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England." British Medical Journal **326**(7379): 22.
- Sibbald, B., Enzer, I., Cooper, C., Rout, U. & Sutherland, V. (2000). "GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future?" Family Practice **17**(5): 364-371.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. & Barnsley, J. (1998). "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." Health Services Management Research **11**(1): 24-41.

Simon, H. A. (1964). "On the concept of organizational goal." Administrative Science Quarterly **9**: 1-22.

Skolnik, N. S., Smith, D. R. & Diamond, J. (1993). "Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians." Journal of Family Practice **37**(3): 257-263.

Smith, B. J., Hender, K., Frith, P. & Crockett, A. J. (2003). "Systematic assessment of clinical practice guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease." Respiratory Medicine **97**(1): 37-45.

Sommers, L. S., Martin, K. I., Barbaccia, J. C. & Randolph, J. (2000). "Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors." Archives of Internal Medicine **160**(12): 1825-1833.

Spurgeon, P., Barwell, F. & Maxwell, R. (1995). "Types of work stress and implications for the role of general practitioners." Health Services Management Research **8**(3): 186-197.

Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, Oxford University Press.

Starfield, B. (2003). "Public health and primary care: challenges and opportunities for partnerships." Ethnicity and Disease **13**((Suppl 3)): 12-13.

Starfield, B., Powe, N. R., Weiner, J. R. & Stuart, M. (1994). "Costs vs Quality in Different Types of Primary Care Settings." JAMA **272**(24): 1903-1908.

Staw, B. M. (1980). Rationality and justification in organizational life. Research in organizational behavior. B. M. Staw and L. L. Cummings. Greenwich, JAI Press. **Vol 2**: 45-80.

Stinchcombe, A. L. (1990). Information and organizations. Berkeley, University of California Press.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oakes, CA, Sage.

Sturm, R. (2002). "Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care." Journal of the American Board of Family Practice **15**(5): 367-377.

Syme, S. L. (1990). Health promotion: Old Approaches, New Choices, Future Imperatives. Paper presented at conference The New Public Health: 1990, Los Angeles.

Tanguay, F., Lamarche, P. A. & Martineau, G. (1997). "The effect of health care settings on children's immunization status." Canadian Journal of Public Health **88**(6): 401-404.

Taylor, F. W. (1911). The principles of scientific management. New York, Harper & Brothers.

- Thompson, E. P. (1967). Organizations in action. New York, McGraw-Hill.
- Thompson, J. B. (1989). The theory of structuration. Social theory of modern societies: Anthony Giddens and his critics. D. Held and J. B. Thompson. Cambridge, Cambridge University Press.
- Tousijn, W. (2002). "Medical dominance in Italy: a partial decline." Social Science and Medicine **55**: 733-741.
- Tunis, S. L., Stryer, D. B. & Clancy, C. M. (2003). "Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy." Journal of the American Medical Association **290**(12): 1624-1632.
- Turgeon, J. & Anctil, H. (1994). Le Ministère et le réseau public. Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin and G. Bélanger. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval: 79-103.
- van der Weijden, T., van Bokhoven, M. A., Dinant, G. J., van Hasselt, C. M. & Grol, R. P. (2002). "Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice." British Journal of General Practice **52**(485): 974-980.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (1999). Designing a research project. Utrecht, Holland, Lemma.
- Verschuren, P. J. M. (2001). "Holism versus Reductionism in Modern Social Science Research." Quality and Quantity **35**: 389-405.
- Von Bertalanffy, L. V. (1956). General system theory. General systems: yearbook of the society for the advancement of general systems theory. L. V. Bertalanffy and A. Rapoport. Ann Arbor, MI, The Society.
- Weber, M. (1968). Economy and society. New York, Bedminster Press.
- Weick, K. E. (1969). The social psychology of organizing. Reading, MA, Addison-Wesley.
- Weick, K. E., Ed. (1995). Sensemaking in Organizations. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Wennberg, J. (1987). "Population illness rates do not explain population hospitalization rates." Medical Care **25**(4): 354-359.
- Whittington, R. (1992). "Putting Giddens into action: social system and managerial agency." Journal of management studies **29**(6): 693-712.
- Whynes, D. K. & Baines, D. L. (2002). "Primary care physicians' attitudes to health care reform in England." Health Policy **60**(2): 111-132.
- Whynes, D. K., Baines, D. L. & Tolley, K. H. (1997). "GP fundholding and the costs of prescribing: further results." Journal of Public Health Medicine **19**(1): 18-22.
- Whyte, W. E. (1959). Man and organization. Homewood, IL, Richard, D. Irwin.

Wieland, W. (1993). The concept of the art of medicine. Science, technology and the art of medicine: European American dialogues. C. Delkescamp and M. A. G. Cutter. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Williamson, O. E. (1975). Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications. New York, Free Press.

Williamson, O. E. (1981). "The economics of organization: the transactions cost approach." American Journal of Sociology **87**: 548-577.

Wilson, A., Pearson, D. & Hassey, A. (2002). "Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care- the GP perspective." Family Practice **19**(6): 641-646.

Wilton, P. & Smith, R. (1998). "Primary care reform: a three country comparison of 'budget holding'." Health Policy **44**(2): 149-166.

Winslow, C. E. A. (1920). "The Untilled Fields of Public Health." Science **51**: 23-33.

Woodward, J. (1965). Industrial organizations: theory and practice. New York, Oxford University Press.

World Health Organization (1978). Primary Health Care. Geneva, World Health Organization.

Wylie, I., Griffiths, S. & Hunter, D. J. (1999). "Everywhere and nowhere- a Socratic dialogue on the new public health." British Medical Journal **319**: 839-840.

Yin, R. K. (1994). Case Study Research: Design and Methods. London, Sage.

Yin, R. K. (1999). "Enhancing the quality of case studies in health services research." Health Services Research **34**(5): 1209-1224.

Zimmerman, D. H. & Wieder, D. (1970). Ethnomethodology and the problem of order. Understanding everyday life. J. D. Douglas. Chicago, Aldine: 287-295.

Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H. & Hammick, M. (2001). "Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes." Cochrane Database and Systematic Reviews **1**: CD002213.