



Documents de travail

du Laboratoire d'Economie et de
Gestion

Working Papers

Prévention en médecine générale : approche néo-institutionnelle des systèmes de santé français et québécois

Mehdi AMMI¹, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS², Raynald PINEAULT^{2,3}

¹ Laboratoire d'Economie et Gestion (LEG), Université de Bourgogne et CNRS UMR 5118

² Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), Université de Montréal

³ Groupe de Recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{ère} ligne (GRÉAS 1), Direction de Santé Publique de Montréal

e2009-14

Equipe Economie de la Santé (EES)

Laboratoire d'Economie et de Gestion
Université de Bourgogne & CNRS UMR 5118

Pôle d'Economie et de Gestion - 2 boulevard Gabriel BP 26611 - F21066 DIJON cedex
Tel. +33 (0)3 80 39 54 30 Fax +33 (0)3 80 39 54 43
secretariat.leg@u-bourgogne.fr - www.u-bourgogne.fr/leg



Prévention en médecine générale : approche néo-institutionnelle des systèmes de santé français et québécois.

Mehdi AMMI*, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Raynald PINEAULT

Résumé

L'objectif de ce papier est de mettre en avant les potentialités des systèmes de santé français et québécois en matière de prévention en médecine générale. Nous recourons à une approche néo-institutionnelle des systèmes de santé, approche qui souligne l'importance des institutions et des organisations de santé pour comprendre l'activité de prévention médicale. La faiblesse institutionnelle de la prévention en France, renforcée par des règles organisationnelles peu adaptées, fait que le système français est peu adéquat au développement d'activités préventives en médecine générale. Le système québécois semble plus favorable dans la mesure où la prévention y est fortement institutionnalisée. Le potentiel des organisations québécoises est cependant variable.

Mots-clés : institutions, organisations, médecine générale, prévention, santé publique

Abstract

The aim of this paper is to highlight the potential of the French and the Quebec health systems for prevention in general practice. We use a neo-institutional approach of health system, an approach that emphasizes the importance of institutions and health organizations to understand the provision of preventive medicine. The institutional weakness of the prevention in France, strengthened by organizational rules unsuited, lead the French system to be inappropriate to the development of preventive activities in general practice. The Quebec system seems more favourable since prevention is highly institutionalized. However, the potential of Quebec organizations varies.

Keywords: institutions, organisations, primary care, prevention, public health

*Correspondance : Mehdi.Ammi@u-bourgogne.fr

Classification JEL : I1, P5

Remerciements :

Ce travail a été initié dans le cadre d'un séjour de recherche doctorale au Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé à l'Université de Montréal de mars à juillet 2008. Il s'inscrit dans le programme "Séjour de recherche Doctorale à l'Étranger" du Laboratoire d'Économie et de Gestion. Je remercie André-Pierre Conrandriopoulos, Raynald Pineault, le GRIS et le Groupe de Recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{ère} ligne (GREAS) pour leur accueil durant ce séjour.

Le rôle central des décisions des médecins – accueil, diagnostic, traitement, prescription, orientation des patients – dans les systèmes de santé est largement reconnu. L'analyse des déterminants de ces décisions et des motivations de ces professionnels a constitué un champ d'étude fertile de l'économie de la santé, notamment par l'analyse des relations d'agence établies avec les autorités de tutelle ou les patients. Bien que l'influence des variables monétaires soit indéniable, les travaux récents sur l'hétérogénéité des pratiques médicales mettent en avant l'influence du contexte d'activité sur ces pratiques (Béjean et alii, 2007, Pelletier-Fleury et alii, 2007, Borgès Da Silva et alii, 2008) et invitent à un renouvellement des réflexions sur les déterminants de l'activité médicale.

Les médecins pratiquent dans des organisations de santé, qui varient par leur taille (nombre de médecins), leur composition (spécialités médicales, diversité des professions de santé) ou encore leur statut (public ou privé). Or ces organisations ont des effets sur les pratiques médicales. Lamarche et alii, 2003 montrent ainsi que différents modes d'organisation des soins de premier recours ont des effets propres en termes d'efficacité et de qualité des soins. Par ailleurs, ces organisations de santé s'inscrivent elles-mêmes dans un environnement particulier, celui d'un système de santé, susceptible d'orienter leur performance. L'impact des systèmes de santé sur plusieurs dimensions (efficacité, qualité des soins...) est régulièrement mesuré par l'OCDE. Des contributions récentes cherchent ainsi à identifier l'influence des systèmes de santé sur les inégalités d'accès aux soins (Jusot et alii, 2007) ou à déterminer le poids relatif des paramètres institutionnels et des caractéristiques individuelles dans les variations internationales d'utilisation des services médicaux (Bolin et alii, 2008). Toutefois, la prise en compte simultanée des effets organisationnels et systémiques sur les pratiques médicales n'a reçu que peu d'attention.

Face à la transition épidémiologique (vieillesse des populations, épidémies industrielles...) et aux pressions financières pesant sur les systèmes de santé des pays développés, la prévention acquiert une place cruciale. Celle-ci revêt un double enjeu, sanitaire, pour répondre aux problèmes de santé publique, et financier, comme moyen de limiter les dépenses curatives futures. Les économistes ont principalement étudié la prévention sous l'angle de la demande (Loubière et alii, 2004). Des travaux récents se sont également intéressés à l'offre de prévention du médecin (Franc et Lesur, 2004, Ammi et Béjean, 2008), dont cette dimension de l'activité avait longtemps été négligée. Ils se sont en revanche peu intéressés au rôle des systèmes et des organisations de santé en la matière.

Or en France, si le système de santé peut être jugé performant en terme curatif, il reste déficient pour le préventif (Majnoni d'Intignano, 1999). Plusieurs pistes de réflexion sur les moyens d'améliorer le système de ce point de vue sont considérées, notamment par la création d'une réelle dimension juridique de la prévention¹ et l'implication des médecins libéraux dans les programmes de santé publique. Dans un rapport de l'IGAS consacré à la prévention sanitaire, Jourdain-Menninger et Lignot-Leloup, 2003 rappellent cette lacune du système français quant à la prévention, et soulignent une meilleure intégration de la santé publique dans le système de soins au Québec.

Néanmoins, que ce soit en France ou au Québec, la médecine générale ambulatoire, également appelée de première ligne ou de soins primaires dans la littérature², subit de profondes transformations pour faire face à ces nouveaux enjeux de santé publique (Bourgueil et alii, 2007). La réforme du médecin traitant en France ou la création de groupes de médecins de famille au Québec sont des exemples d'une volonté de renforcement des soins primaires. Ce choix n'est pas anodin, la médecine de premier recours étant souvent considérée comme un pilier de l'efficacité des systèmes de santé. De nombreux travaux montrent en effet une amélioration des résultats de santé (mortalité, espérance de vie...) et une réduction des inégalités de santé avec une augmentation des effectifs médicaux de soins primaires (Starfield et alii, 2005).

Face à ce double mouvement - importance croissante de la prévention et de la médecine générale ambulatoire – dans les deux pays, l'offre de prévention des médecins généralistes mérite d'être étudiée. Notre objectif est d'appréhender les potentialités de chacun des systèmes pour la prévention en médecine générale. Une mise en perspective de la France et du Québec permettrait, d'une part, d'évaluer les possibilités offertes par les institutions de santé pour l'activité de prévention des médecins généralistes. La variété des organisations de médecine de première ligne en France et au Québec autoriserait d'autre part à décliner l'analyse des potentialités au niveau organisationnel.

¹ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² La littérature en santé publique opère parfois une distinction entre ces définitions, mais cette question ne fait pas l'objet de notre travail. Nous utiliserons donc ici indifféremment les termes de soins primaires et de première ligne, dans une vision de ces derniers centrée sur la médecine générale.

Nous mobilisons la théorie néo-institutionnelle, qui reconnaît à la fois l'importance du cadre institutionnel et organisationnel sur les comportements des acteurs tout en confirmant les possibilités de choix et l'existence de marges de manœuvre individuelles dans ce cadre. L'économie néo-institutionnelle s'est cependant développée en deux volets de recherche, l'un macroéconomique, l'économie des institutions, et l'autre plutôt microéconomique, l'économie des organisations (Chavance, 2001, Ménard, 2003). Nous tentons ici de rapprocher ces deux pans de l'analyse néo-institutionnelle et de les adapter aux spécificités du champ de la santé et des soins primaires.

Notre analyse des potentialités des systèmes de santé français et québécois fait part tant aux éléments théoriques qui peuvent être dégagés de la théorie néo-institutionnelle, qu'aux résultats empiriques éclairant l'influence des institutions et des organisations sur l'activité de prévention médicale. Les résultats de cette analyse seront donc davantage des hypothèses à tester que des conclusions sur l'efficacité réelle de chaque système. Le reste du travail se présente comme suit.

La section 1 présentera le cadre d'analyse. La section 2 identifiera les institutions française et québécoise et leur efficacité potentielle en termes de santé publique. La section 3 proposera une présentation des organisations de soins primaires en France et au Québec. La section 4 étudiera les effets attendus des règles organisationnelles sur la production de services préventifs dans ces deux pays. La section 5 conclura par une lecture comparative néo-institutionnelle franco-québécoise et proposera une discussion des résultats.

I. Que sont les institutions et les organisations ? Tentative de définition

L'économie néo-institutionnelle opère classiquement une distinction entre environnements institutionnels – les institutions – et arrangements institutionnels – les organisations – (North, 1990). La définition de ces concepts variant selon les auteurs, nous retiendrons ici les points de convergence amenant à reconnaître un cœur commun aux analyses néo-institutionnalistes, permettant de rapprocher les deux volets de ce programme de recherche et à même de fournir un cadre d'analyse des systèmes de santé. Ce cœur commun est composé par la notion de règle, définie comme une prescription ou une proscription pour l'action dans un cadre

déterminé (Chavance, 2001). La variété des règles, plus précisément la nature et le niveau de la règle permettent d'une part d'intégrer les différentes traditions de pensée institutionnalistes, et d'autre part de distinguer, mais également de rapprocher, institutions et organisations. Débutons par une présentation des institutions.

11-Les institutions

Claude Ménard propose une définition synthétique des institutions. L'environnement institutionnel désigne d'après lui « *un ensemble de règles durables, stables, abstraites et impersonnelles, cristallisées dans des lois, des traditions ou des coutumes, et encastrées dans des dispositifs qui implantent et mettent en oeuvre, par le consentement et/ou la contrainte, des modes d'organisation des transactions* » (Ménard, 2003, p. 4). Chavance, 2001 définit quant à lui les institutions comme « *des règles sociales générales marquées par une stabilité et une durée relatives, garanties et sanctionnées directement ou indirectement par l'Etat* » (p.95).

Ces définitions font apparaître trois caractéristiques des institutions : 1/ Elles sont impersonnelles, s'imposant identiquement à toute une classe d'agents dans un espace et un temps donné, et garanties par une autorité. Elles contraignent alors les actions des agents, des sanctions étant prévue en cas de non respect. La loi en est un bon exemple. 2/ Elles sont durables et stables. Elles possèdent une dimension historique et leur évolution est lente. Cette stabilité permet de sécuriser les actions individuelles, et les échanges, situation impossible dans le cas de règles volatiles et changeantes. 3/ Elles encadrent à la fois les individus et les organisations. Cette distinction initialement proposée par North, 1990 est essentielle car elle fait apparaître une hiérarchie entre règles institutionnelles et organisationnelles, les secondes étant contraintes, mais aussi soutenues, par les premières. North, 1990 précise également la nature duale des règles institutionnelles, étant formelles et informelles. Les contraintes formelles sont explicites (lois, constitutions...) alors que les règles informelles sont tacites et induites (coutumes, traditions...). Bien que différentes, elles ne sont pas régies par une hiérarchie mais plutôt complémentaires, les règles formelles étant sous-tendues par les règles

informelles (Chavance, 2001). Il est alors possible de se concentrer sur les règles formelles comme expression des règles informelles³.

Dans le cadre de la santé, les institutions sont alors les règles qui garantissent le fonctionnement du système de santé de manière durable et s'imposent à l'ensemble des acteurs de la santé. Il s'agit notamment des administrations tutélaires (l'Etat⁴, le Ministère de la Santé...), des lois et règlements édictés par ces administrations (lois et codes de santé publique...). Dans le cas qui nous intéresse, à savoir les services de prévention en soins primaires, deux types d'institutions sont à retenir : les institutions de santé publique et les institutions de médecine générale.

Analyser les institutions des systèmes de santé en France et au Québec nous amène à nous intéresser à leur efficacité relative pour la production de prévention en médecine générale. Ces institutions seront plus ou moins efficaces selon leur dispersion/concentration – des institutions concentrées auront plus d'impact et encadreront davantage les acteurs que des règles diffuses – et la tension/cohérence entre les règles, qu'elles soient formelles et informelles – des règles en tension auront une transmission affaiblie aux étages inférieurs. Nous reviendrons sur ces institutions en santé en seconde partie. Définissons maintenant les organisations.

12-Les organisations

Les organisations peuvent être définie comme « *des ensembles collectifs hiérarchiques et finalisés de règles spécifiques* » (Chavance, 2001, p.95). Les termes de « *structures institutionnelles de la production* » proposés par Coase, 1992 complètent cette définition de la spécificité des organisations. Dès lors, plusieurs différences avec les règles institutionnelles sont à signaler.

La première différence avec les institutions est la nature téléologique des organisations, leur caractère délibéré et planifié, l'objectif des organisations étant la production de biens et

³ Toutefois, dès lors que l'on s'intéresse à l'évolution des institutions, il devient nécessaire de s'intéresser à l'interaction entre règles formelles et informelles, celles-ci évoluant dans de multiples boucles de rétroactions mutuelles.

⁴ L'Etat est ici pris dans son rôle d'organisateur des règles du jeu et non comme joueur, bien qu'il soit vrai que celui participe également au jeu et puisse donc être autant une organisation qu'une institution.

services. Ce caractère délibéré amène une deuxième différence entre institutions et organisations : les individus peuvent choisir de participer à l'organisation et donc d'en accepter les règles. L'adhésion est volontaire et ils peuvent se retirer de l'organisation (Ménard, 2004), alors que cela est impossible, du moins au risque d'une sanction forte, dans le cas des institutions. Troisièmement, ces règles organisationnelles sont spécifiques à la finalité de l'organisation, donc bien moins impersonnelles et générales que les règles institutionnelles. Une dernière différence a trait à la stabilité et à la durabilité des règles, plus courte à l'échelle organisationnelle qu'institutionnelle (Williamson, 2000). Rappelons finalement la hiérarchie qui lie institutions et organisations, les secondes étant conditionnées par les premières.

L'économie néo-institutionnelle analyse principalement les organisations sous l'angle de la théorie des coûts de transactions (Williamson, 1975). Les organisations, ou hiérarchies, existent comme forme alternative au marché et leur existence se justifie par leur capacité à limiter les coûts de transaction. Cette théorie traite du choix des mécanismes de gouvernance qui minimisent les coûts de transactions, ceux-ci étant fonction de la fréquence et de l'incertitude des transactions, et de la spécificité des actifs échangés (Ménard, 2005). Son intérêt principal est d'analyser les choix optimaux entre différentes formes d'organisation des transactions (hiérarchie, formes hybrides, marché). Elle permettrait ainsi d'étudier la forme d'organisation de médecine générale minimisant les coûts de transaction. Cette approche est en revanche peu éclairante pour comprendre l'effet des règles organisationnelles courantes sur la production de services de prévention en médecine générale.

Nous préférons ici adopter une conception des organisations différente de celle proposée par la théorie des coûts de transaction. Une organisation est un ensemble des caractéristiques de l'environnement de décision respectant les propriétés énoncées dans le paragraphe précédent : un ensemble de règles agglomérées spécifiques à un but de production, pour lesquelles l'adhésion est libre, et d'un niveau inférieur aux institutions. Nous mobilisons alors le travail de Lamarche et alii, 2004 portant spécifiquement sur les organisations de soins primaires. Ces auteurs développent une taxonomie⁵ des organisations de médecine générale présentes dans les pays développés. Leur étude permet d'identifier différentes caractéristiques

⁵ Les théoriciens des organisations, en particulier en théorie configurationnelle, insistent sur la différence entre taxonomie et typologie (Meyer et alii, 1993). Une typologie se fonde sur des idéaux-types théoriques alors que la taxonomie s'appuie sur le regroupement d'observations empiriques. Nous respectons ici la terminologie adoptée par les auteurs.

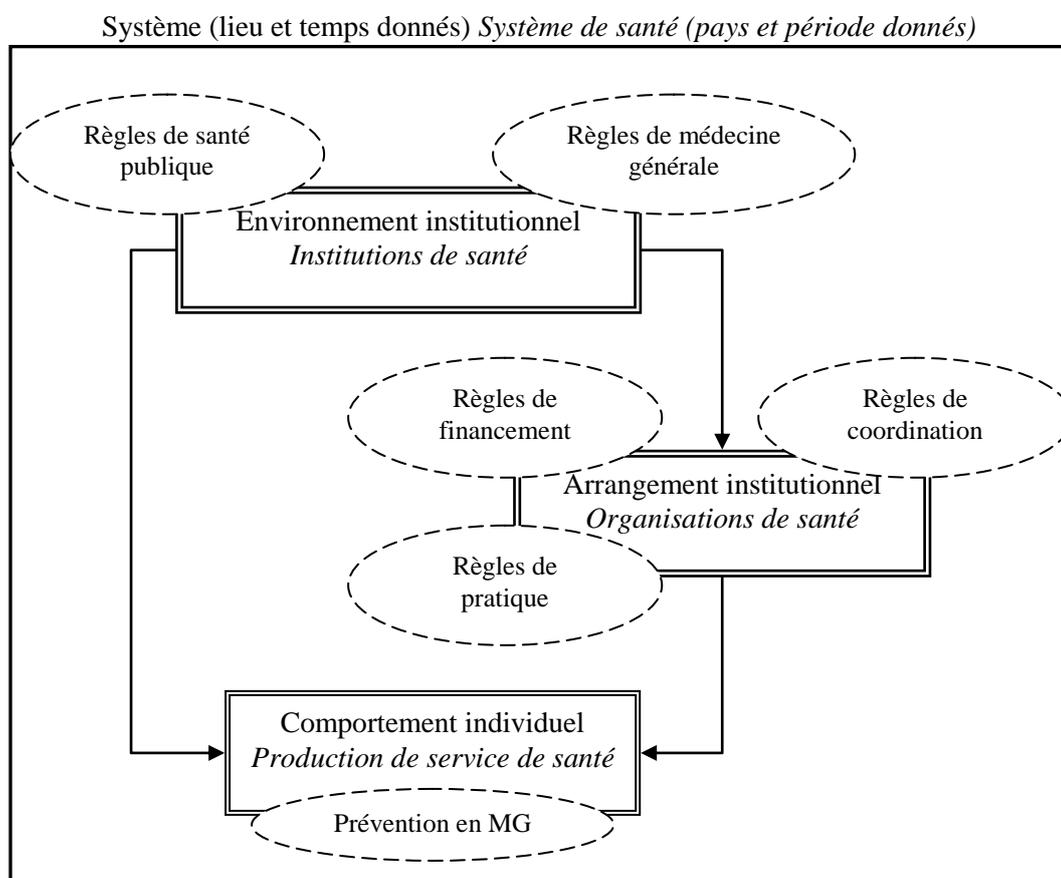
organisationnelles, telles que la source de financement de l'organisation ou la composition des équipes de santé. Nous proposons de qualifier ces différentes variables à l'aide du concept de règles organisationnelles. Celles-ci sont de trois types : règles de financement, règles de coordination et règles de pratique. Chacune de ces règles est plus ou moins adaptée à la production de prévention et nous nous intéresserons à l'efficacité relative de ces règles en troisième partie.

13-Synthèse du cadre d'analyse proposé

Nous avons jusqu'à présent omis le niveau systémique. Chavance, 2001, définit un système économique comme « *un ensemble articulé mais non finalisé d'institutions économiques, peuplé d'individus et d'organisations* » (p.95). Un système met donc en cohérence des institutions. Nous pouvons alors définir un système de santé comme une entité nationale articulant un ensemble d'institutions de santé, dans laquelle se situent des organisations de santé et des individus.

L'analyse néo-institutionnelle des institutions et des organisations d'un système de santé peut ainsi être résumée dans la figure présentée à la page suivante.

Figure 1: Cadre d'analyse néo-institutionnelle stationnaire des systèmes de santé : médecine générale et prévention



Notre représentation, adaptée de Chavance, 2001 et Lamarche et alii, 2004

Cette figure fait apparaître la nature des règles institutionnelles et organisationnelles et leur rapport hiérarchisé, les institutions conditionnant les organisations. Cette approche néo-institutionnelle stationnaire ignore volontairement les rétroactions entre les niveaux de règles, non pas que celles-ci ne soient pas intéressantes, mais leur prise en compte répond à d'autres préoccupations qui ne sont pas le propos de ce travail. Si l'analyse des rétroactions et des interdépendances trouve tout son sens dans l'étude de l'émergence et de l'évolution des règles, elle n'est pas nécessaire pour l'analyse comparée de l'adéquation des institutions et des organisations dans deux systèmes. Cependant, il demeure nécessaire de tenir compte de la dimension historique des institutions pour comprendre leur structure actuelle. Une règle institutionnelle sera en effet d'autant plus contraignante pour les niveaux inférieurs qu'elle sera ancienne.

La section suivante est consacrée à l'analyse de l'adéquation des institutions de santé française et québécoise à la pratique de prévention des acteurs médicaux.

II. Institutions de santé publique et de médecine générale en France et au Québec

Les institutions fournissent les règles du jeu aux individus et organisations. Parmi les règles institutionnelles des systèmes de santé, ce sont les institutions de santé publique et de médecine générale qui seront étudiées ici. Ce sont en effet ces deux grandes familles de règles qui conditionnent la prévention en soins primaires. Nous concentrons l'analyse sur les règles formelles, celles-ci étant l'expression des règles informelles, pour évaluer l'efficacité relative des institutions quant à la production de prévention en médecine générale en France et au Québec.

21-Les institutions de santé publique

La santé publique est ici entendue comme un champ regroupant l'ensemble des interventions destinées à maintenir ou améliorer la santé des populations. Elle inclut la prévention sans s'y limiter. Les institutions de santé publique proviennent des règles de financement du système, et sont maintenues par des règles administratives et légales de fonctionnement.

211-Règles de financement

Les modalités de financement du système de santé conditionnent l'allocation des ressources pour les actions de santé, fondant une règle notamment pour la santé publique. Le financement d'un tel système est effectué par cotisation sociale (système bismarckien), par impôt et taxe (système beveridgien), ou de manière privée (Polton, 2005, Majnoni d'Intignano, 2001). Le financement privé procède d'un paiement direct ou de primes auprès d'une assurance privée, mais n'est pas le modèle dominant que ce soit en France ou au Québec.

En France, le système de santé reste majoritairement financé par cotisation sociale, même si la part des impôts et taxes a considérablement augmenté depuis les années 1990. Les cotisations sociales contribuent aux deux tiers du financement de la protection sociale (Bourgeois et Hennion-Aouriri, 2008), la Sécurité Sociale assurant plus des trois quarts de la dépense courante de santé en 2007 (Fenina et alii, 2008). Les cotisations sociales demeurent donc le

socle du financement de la santé en France. Or, ces cotisations sociales sont prélevées auprès des travailleurs et des employeurs, créant par nature des exclus – les individus hors du marché du travail – au détriment de la santé publique orientée par définition vers l'ensemble de la population. Bien entendu, cette exclusion est désormais contrecarrée par un financement fiscalisé, et par la mise en place de filets de sécurité pour les plus démunis (CMU, CMU-C...) mais elle constitue une tendance lourde du système en raison de l'évolution lente des institutions.

Au Québec, le financement du système de santé est essentiellement fiscalisé, l'impôt représentant environ 70% des ressources publiques (Lamarche et alii, 2005). Contrairement au précédent, un système financé par l'impôt s'adresse à l'ensemble de la population, du moins aux citoyens. Le principe d'universalité sous-tendant un système beveridgien montre que la santé publique est une ressource séminale du système de santé.

S'intéresser aux montants effectivement attribués à la santé publique permet de confirmer l'importance accordée à cet aspect dans chaque pays. Selon l'OCDE, la part de dépenses publiques de santé affectée aux activités de santé publique et de prévention est la plus élevée des pays membres au Canada, puisque celui-ci y dédie 8,6% des dépenses publiques de santé (OCDE, 2007). La France consacre une part bien moins importante puisque seuls 1,8% des dépenses sont affectées à la santé publique, ce qui situe ce système en dessous de la moyenne de l'OCDE et loin derrière le Canada. Bien qu'une étude conjointe de la DREES et de l'IRDES ait montré que les dépenses de prévention étaient sous-estimées en France (Fenina et alii, 2006), du simple au double d'après les auteurs, seuls les chiffres de l'OCDE permettent une comparaison internationale. De plus, cette correction ne contribuerait pas à combler l'écart entre les deux pays mais juste à le réduire. En conséquence, le Québec dispose d'institutions de santé publique plus adaptées que la France en termes de financement.

212-Règles d'administration

Cette famille de règle concerne les structures administratives de la santé publique. Les règles présidant l'administration de la santé publique divergent en effet en fonction des pays, en particulier celles-ci sont plus ou moins intégrées à l'administration du système de soins de santé.

La structure administrative française est organisée autour de deux pôles : Assurance Maladie et Etat. La gestion du système de soins est assurée par l'Assurance Maladie alors que la responsabilité de la santé publique revient à l'Etat (Duriez, 2000). Ces deux pôles ont longtemps existé en relative indépendance, l'Etat exerçant une tutelle distante. Les institutions sont donc relativement dispersées, d'un côté pour le soin et de l'autre pour la santé publique.

Cette dispersion institutionnelle est confirmée par la multiplicité d'intervenant en santé publique. Ainsi, la Direction Générale de la Santé du Ministère de la santé est assistée dans ses missions par le Haut Conseil de Santé Publique, chargé de participer à la définition et au suivi des objectifs pluriannuels de santé publique. La Conférence Nationale de Santé est un organe de consultation de l'Etat, chargé de la concertation des politiques de santé (Direction Générale de la Santé, 2004a). Sans être exhaustif, d'autres organes sont également en charge de la santé publique, tels que l'Institut national de veille sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou le Comité national de santé publique, ce qui amène certains auteurs à parler d'une « *balkanisation des structures* » (de Forges, 2003).

Malgré cette dispersion, la récente réforme de 2004 a tenté un rapprochement des pôles en réaffirmant le rôle de l'Etat en matière de santé publique tout en renforçant le pouvoir de l'Assurance Maladie dans la gestion et l'orientation du système de santé (Adsp, 2006), et non plus seulement du système de soins. Ce mouvement *a priori* bénéfique pour la santé publique crée cependant une tension entre règles d'administration et de financement. Le mouvement initié d'augmentation du pouvoir de l'Etat via un financement fiscalisé semble contrebalancé par l'extension des prérogatives de l'Assurance Maladie.

Au Québec, responsabilités de soins et de santé publique sont intégrées au sein de l'organe étatique, suivant le principe d'unicité propre aux systèmes d'inspiration beveridgienne. De plus, le Québec est l'un des rares pays occidentaux à disposer d'un Ministère qui réunit à la fois les services de santé et les services sociaux (Turgeon et alii, 2003), dans une vision globale de la santé.

Cette intégration remonte au fondement du système actuel, datant de la réforme du début des années 1970 inspirée par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Le concept de médecine globale introduit par cette commission procède d'un groupement des actions préventives, curatives et sociales (Gouvernement du Québec, 1970). L'intégration de

la santé publique au niveau national n'a de plus jamais été remise en cause par les différentes commissions d'enquête chargées d'évaluer et de proposer des réformes pour le système de santé québécois⁶. La stabilité institutionnelle s'est même renforcée par la création d'une Direction générale de la santé publique au sein du ministère en 1993 (Bergeron et Gaumer, 2007).

Au final, la France subit des règles administratives dispersées et en tension avec l'évolution des règles de financement. Le Québec dispose au contraire d'une unité institutionnelle et d'un ancrage historique de la santé publique. Ce sont là encore les règles québécoises qui sont les plus adéquates.

213-Règles de droit et programmes

La santé publique dispose d'un cadre légal en France et au Québec. Ce cadre est récent en France, la loi de santé publique ayant été adoptée en 2004 seulement. De plus, celle-ci était dénuée de dimension juridique avant cette loi (Direction Générale de la Santé, 2004b). Le Québec a ratifié sa loi de santé publique en 2001. Contrairement à la France, cette loi est en fait une actualisation d'une loi bien plus ancienne, la loi sur la protection de la santé publique de 1972 (Chambaud et Massé, 2004). Ainsi, bien que ces deux pays possèdent une règle formelle de même type pour la santé publique, l'ancienneté de cette institution au Québec lui confère une supériorité dans la transmission à l'échelle inférieure relativement à la France.

Ces deux lois prévoient la mise en place de programmes de santé publique. En France, cinq plans prévus dans l'annexe de la loi de santé publique sont en cours de réalisation (plan cancer, maladies chroniques, maladies rares...) (Direction Générale de la Santé, 2004c). La dispersion institutionnelle est encore la règle, la fragmentation opérant en fonction des populations et des thèmes. La mise en œuvre est en outre sous la responsabilité de diverses structures (de Forges, 2003). D'autres programmes ont ainsi débuté avant ou après la promulgation de la loi de santé publique⁷. Au Québec, le Programme National de Santé publique défini par la loi est établi pour la période 2003-2012. Son élaboration et son actualisation sont placés sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services

⁶ Commission Rochon en 1988 et Commission Clair en 2000.

⁷ Sans objectif d'exhaustivité signalons depuis 2001 les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, les hépatites, les maladies cardiovasculaires, ou encore le plan national nutrition santé. Depuis 2005, s'ajoutent les plans périnatalité, santé mentale, santé bucco-dentaire et prévention des infections communautaires.

Sociaux qui assure la coordination des actions. Ce programme récent s'inscrit de plus dans une longue continuité de règles programmant la santé publique. Il prolonge les politiques de santé et de bien-être de 1992 et les priorités nationales de santé publique de 1997.

La France et le Québec disposent tout deux de règles de santé publique, sous forme de lois et de programmes, adaptées à l'encouragement de la prévention. Pourtant, les règles québécoises sont davantage cohérentes entre elles et moins dispersées, renforçant leur impact auprès des organisations et individus. Au final, les règles des systèmes de santé sont plus adéquates en termes de santé publique au Québec qu'en France.

22-Les institutions de médecine générale

Ces institutions sont les règles qui gouvernent la médecine générale dans son ensemble. Il s'agit en fait de l'ensemble des règles de cadrage de la profession médicale. Nous nous intéresserons plus précisément aux règles d'exercice et aux règles de formation et nous nous pencherons en particulier sur la place de la santé publique dans ces règles.

221-Règles d'exercice

L'activité des médecins est encadrée par un certain nombre de principes organisateurs. Ceux-ci relèvent tant de la déontologie que des rapports entretenus par la profession avec la tutelle ou encore de l'environnement juridique. La déontologie étant commune aux professionnels des deux pays, nous ne nous y attarderons pas ici.

En France, l'exercice médical est gouverné par le principe de la relation conventionnelle. En effet, la très grande majorité des professionnels⁸ exercent dans le cadre d'une convention médicale nationale, de manière directe ou indirecte, l'organisation employant le professionnel pouvant être conventionnée comme c'est le cas des centres de santé. Ces conventions, qui établissent les règles d'activités des médecins, résultent très majoritairement de négociation entre les représentants des médecins et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Or celle-ci a la responsabilité du système de soins alors que les compétences de santé

⁸ Notons que certains médecins exercent hors convention. Néanmoins, leur effectif est tellement faible, en particulier en médecine générale, qu'il ne nous a pas paru utile de traiter ce cas en profondeur.

publique sont du ressort de l'Etat, structurant ainsi une règle d'exercice des praticiens centrée sur le curatif et peu sur la santé publique.

Au Québec, les relations entre la tutelle et la profession médicale sont effectuées sous la forme d'entente. Tout comme en France, le principe est à la négociation avec la tutelle. Une différence est cependant fondamentale : l'organe de tutelle avec qui les accords sont conclus. Les médecins généralistes, représentés par un syndicat unique, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, concluent des ententes directement avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux⁹. Cette différence est fondamentale dans la fondation de la règle d'exercice de la profession puisqu'elle s'appuie sur une relation avec un organe ayant des responsabilités tant sanitaires que sociales, tant préventives que curatives, et est par la même intégrative de la santé publique. La nature de la relation avec la tutelle semble favorable au Québec pour la prévention.

Un autre aspect de l'encadrement de l'activité de prévention des médecins tient au rôle qui leur est attribué dans les lois de santé publique de ces deux pays. Or que ce soit en France ou au Québec, chacune de ces lois confère aux médecins généralistes un rôle dans la politique de prévention. La loi d'août 2004 détermine des consultations de prévention, dont le contenu opérationnel n'est néanmoins pas encore définit (Colombet et Ménard, 2007). La loi de santé publique québécoise de 2001 soutient les pratiques cliniques préventives des médecins. La réalisation des pratiques de prévention par la première ligne est à ce titre une des stratégies du programme national de santé publique.

Bien que le rôle attribué aux médecins soit identique dans les deux lois de santé publique, la nature de l'encadrement par la relation médecin – Assurance Maladie en France semble moins appropriée pour la prévention que la relation médecin – Ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec.

222-Règles de formation

La manière dont sont formés les médecins est une règle dont on peut attendre un effet direct d'orientation des pratiques, notamment en matière de santé publique.

⁹ Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003

La formation initiale des médecins généralistes en santé publique est considérée comme lacunaire en France (Bouton, 2005). L'enseignement des sciences humaines a pourtant été introduit en 2000 pour favoriser une vision globale des patients (Roland, 2000) et la santé publique fait partie du programme depuis peu (en 2^{ème} et 4^{ème} année, Levasseur, 2004) via des modules d'enseignement en biostatistique et épidémiologie durant le 1^{er} et le 2^{ème} cycle (*i.e.* les 6 premières années de formation) (Sarlon, 2006). Mais l'approche reste très largement curative et biomédicale, centrée en outre sur la formation de spécialistes hospitaliers. La formation rencontre un double problème : faible attention accordée à la santé publique, mais également à la médecine générale ambulatoire. Ainsi, les stages sont essentiellement effectués en milieu hospitalier, y compris pour les futurs généralistes. Les stages d'internat sont en effet réalisés pour deux ans à l'hôpital et seulement six mois en cabinet (Roland, 2000).

La potentialité de cette règle en termes de santé publique semble faible. Malgré une reconnaissance des lacunes du système quant à la formation des omnipraticiens dans la loi de santé publique de 2004, la réforme en est lente. La mise en place d'un comité consultatif sur la décision des programmes de formation ne date que de 2007 (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007).

La santé publique semble mieux intégrée dans la formation des médecins du Québec. Signalons que l'entrée en médecine est organisée sur un schéma différent de la France. Celle-ci a lieu après un baccalauréat dans une discipline scientifique (équivalent au niveau licence français), soit directement, soit après une année facultative de pré-médecine. Ainsi, des cours d'épidémiologie clinique sont réalisés en pré-médecine et en 1^{ère} année, ainsi que des séances de biostatistique en 1^{ère} et 2^{ème} année. Les étudiants en 4^{ème} année réalisent un stage en santé communautaire, dont l'objectif est notamment de former aux activités de prévention. De plus, les enseignements sont réalisés en interface avec des professionnels des sciences sociales (Jourdain-Menninger et Lignot-Leloup, 2003).

Plus spécifiquement, le cursus de formation en médecine générale incorpore la santé publique : un accent est mis sur la prévention, la promotion de la santé et l'éducation du patient durant des séminaires sur ces questions. Les médecins généralistes réalisent leur internat dans des

milieux de pratique de médecine familiale¹⁰ pendant 10 mois. Enfin, dans le cadre d'une réforme de l'enseignement en faculté de médecine, un conseil de compétence en promotion de la santé est mis en place depuis 2006. Ce conseil définit les compétences attendues du médecin à l'issue de sa formation en termes d'actions de santé publique et de prévention (Conseil Promotion de la Santé, 2008).

Au final, les règles de formation québécoises valorisent la santé publique en médecine générale, ce qui est moins le cas des règles françaises. Les institutions de médecine générale paraissent comparativement plus adaptées à la prévention au Québec, que ce soit les règles d'exercice ou de formation. En France, les règles d'exercice sont en incohérence avec des règles de formation inadaptées à la santé publique, malgré de récents efforts en cours.

Il semble donc que les institutions de santé publique et celles de médecine générale présentent une plus grande potentialité pour la prévention en médecine générale au Québec relativement à la France. Cette influence des institutions peut être modérée par les organisations, dont les effets propres seront analysés après une présentation des formes organisationnelles française et québécoise.

III. Formes organisationnelles en médecine de première ligne en France et au Québec

Une organisation désigne un ensemble de règles agglomérées spécifiques à un but de production, pour lesquelles l'adhésion est libre. En médecine de première ligne, une organisation est une structure de production de services de soins primaires. Nous présentons ici les formes organisationnelles en France et au Québec, avant d'en identifier les règles sous-jacentes. Nous pourrons alors analyser l'effet de ces règles en termes de prévention.

31-Formes organisationnelles de première ligne en France

En 2007, 101549 omnipraticiens exercent en France, soit 165 pour 100000 habitants (répertoire ADELI, Eco-Santé France, 2009). Ce nombre inclus à la fois les médecins libéraux

¹⁰ Les « Unités de Médecine Familiale » affiliés à des Centres locaux de services communautaires ou des centres hospitaliers

et salariés. La catégorie salarié regroupe des médecins travaillant en milieu hospitalier ou exerçant des compétences éloignées de la pratique de premier recours (médecine du travail, médecine scolaire,...). Seule une faible partie des salariés travaille en ambulatoire dans les centres de santé. Pour mieux appréhender les effectifs ayant une activité ambulatoire de première ligne, il est préférable de se reporter aux effectifs libéraux. La France compte alors 68532 omnipraticiens libéraux en 2007 pour une densité de 111,06 médecins pour 100000 habitants (répertoire ADELI, Eco-Santé France, 2009). En ne considérant que les omnipraticiens actifs à part entière¹¹, les effectifs sont de 58116 pour une densité de 94,18 médecins pour 100000 habitants. Ceux-ci exercent au sein de trois formes dominantes d'organisation de la médecine de première ligne : la forme traditionnelle du cabinet de médecin de ville, la forme organisationnelle « virtuelle » des réseaux de santé et l'organisation communautaire des centres de santé.

311-Cabinets médicaux

Les médecins généralistes français pratiquent essentiellement en cabinets privés. Ils sont des travailleurs indépendants, dits libéraux. Ce qualificatif de libéral réfère à la « charte de la médecine libérale » de 1927 et renvoie aujourd'hui encore à un ensemble de principes gouvernant ce type d'exercice médical : liberté d'installation, de prescription, libre choix du médecin par le patient et paiement à l'acte (Barnay et alii, 2007). Bien que non remise en cause, la liberté de choix du médecin par le patient a été restreinte par la réforme du médecin traitant de 2004. L'accès aux soins fonctionnant sur le principe de l'avance de frais, les assurés doivent s'affilier à un médecin généraliste¹² dit traitant pour bénéficier d'un remboursement inchangé de l'assurance maladie.

L'exercice en cabinet est majoritairement solo, 53% des omnipraticiens exerçant seuls (Audric, 2004). Les médecins exercent également en cabinet de groupe. L'identification des cabinets de groupe est délicate dans la mesure où les relevés d'activité des médecins libéraux sont individuels, tout comme les inscriptions auprès des différentes instances (Conseil de l'Ordre, DRASS...). Pour les mêmes raisons, il est difficile de dénombrer les cabinets privés.

¹¹ Sont exclus les médecins installés dans l'année, les médecins de plus de 65 ans encore en activité, ceux qui exercent à temps plein à l'hôpital et ceux qui ne sont pas conventionnés (CNAMTS, Eco-Santé France, 2009).

¹² Même si le médecin traitant n'est pas obligatoirement omnipraticien, l'Assurance Maladie précise dans son point d'information du 22 janvier 2009 que 99,5% des Français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant.

D'après les estimations de la DREES, seuls 39% des médecins généralistes travaillent en groupe (Bourgueil et alii, 2007). Ceux-ci sont de petite taille, plus de la moitié des groupes sont composés de deux médecins (55%). Cependant, une majorité des groupes emploie du personnel, principalement pour le secrétariat, 54% des omnipraticiens en groupe ayant une secrétaire. Enfin, ces groupes sont essentiellement monodisciplinaires, seuls 16% des omnipraticiens exerçant en groupe pluridisciplinaire.

La source de financement des cabinets de groupe provient du revenu d'activité des médecins, de manière différenciée selon le statut juridique du groupe en fonction de la mise en commun ou non des honoraires. Les deux tiers des cabinets de groupe sont des sociétés civiles de moyens où seuls les moyens sont mutualisés (Audric, 2004), ce qui suggère une certaine indépendance entre les membres dans leur pratique. Beauté et alii, 2007 confirment dans une enquête auprès d'un panel de généralistes bretons que les cabinets de groupes sont fréquemment des juxtapositions de cabinets individuels. Cette rapide description fait apparaître la difficulté de définir une pratique de groupe. Pour les cabinets de médecins libéraux, la notion de groupe revêt essentiellement ici son sens minimal, celle du partage d'un lieu commun d'exercice.

Les cabinets médicaux privés sont assez peu coordonnés avec les autres organisations du système. La mise en place d'un « parcours de soins coordonnés » par la réforme de 2004 a instauré le médecin traitant comme orienteur du patient dans le système de soins sans toutefois mettre en œuvre de mécanisme formel de coordination avec les autres lignes de soins, le patient seul subissant une sanction financière pour non respect du parcours (*i.e.* en cas d'accès direct aux spécialistes). En outre, les technologies de l'information, en particulier à l'externe, sont quasi-inexistantes. La mise en place d'un dossier électronique de suivi du patient, le Dossier Médical Personnel, prévu dans la réforme de 2004 est toujours en chantier et sa finalisation subit des reports réguliers.

312-Réseaux de santé

Le réseau de santé est une forme organisationnelle qui est apparue au cours des années 1980, mais dont la reconnaissance officielle date de l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins d'avril 1996. Cette forme de coopération s'appuie particulièrement sur l'interdisciplinarité pour promouvoir la coordination des soins. Le réseau a en effet émergé

dans un contexte de cloisonnement de la médecine, entre spécialités médicales ou entre pratique ambulatoire et hospitalière. Il s'agit d'une forme d'organisation « virtuelle », sans regroupement physique nécessaire des membres du réseau.

Les réseaux ont en commun un ensemble d'objectifs définis par circulaire de mars 2007¹³, à savoir d'effectuer un décloisonnement entre professionnels pour assurer une prise en charge globale, continue, sûre et de qualité des patients, et en réponse aux besoins identifiés sur un territoire (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, 2007). Il est également précisé que ceux-ci doivent s'inscrire en cohérence avec les objectifs de l'Assurance Maladie.

Dans les faits, les réseaux sont organisés autour de pathologies ou de populations spécifiques. Les plus nombreux s'adressent d'ailleurs à des priorités nationales de santé publique (cancérologie, gérontologie...). En 2007, la France compte 667 réseaux répartis, de façon certes inégalitaire, sur l'ensemble des 26 régions. Ces réseaux prennent en charge 700000 patients, ceux-ci étant inscrits librement. Ils sont en moyenne composés de 28% de médecins généralistes libéraux et de 21% de médecins spécialistes. Les infirmières représentent la majorité du personnel non médecin, 24% en moyenne. Enfin, les travailleurs non professionnels de santé (diététiciens, éducateurs...) comptent pour 12% du personnel d'un réseau moyen (FIQCS, 2007).

Les réseaux ont pour la plupart un statut de type associatif. Ils sont financés sur des fonds d'innovation de l'Assurance Maladie, FAQSV (Fonds d'aide à l'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville) et DNDR (Dotation Nationale Des Réseau), fonds fusionnés dans une enveloppe commune en 2007, le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Le renouvellement de ce fond est soumis à évaluation, amenant les réseaux à se doter d'outils de coordination tout particulièrement en interne, formalisés par la désignation d'un professionnel coordonnateur, la tenue de dossiers patients et la réalisation de réunions spécifiques.

¹³ Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 Mars 2007.

Les centres de santé sont une forme d'organisation de soins primaires minoritaire en France. Toutefois, l'ancienneté de ce type de structure et leur particularité dans le paysage français, notamment en termes de santé publique, nous amène à la retenir. Si tous les centres de santé offrent une gamme de services ambulatoires, trois types de centres peuvent être identifiés : les centres infirmiers, les centres dentaires et les centres médicaux et polyvalents. Les deux premiers étant hors de notre propos, nous nous concentrons sur les centres médicaux et polyvalents.

Les centres médicaux et polyvalents sont des structures pluridisciplinaires caractérisés par une unité de lieu et ayant vocation à accueillir tout public (RNOGCS, 2006). L'absence de suivi en routine par les autorités rend leur dénombrement incertain. D'après une enquête de la CNAMTS de 2007, la France compte 258 centres de santé polyvalents et 98 centres médicaux en 2005 (Chartreau, 2008). Ils sont de taille variable, offrant au minimum des consultations de généralistes dans les petits centres, et un ensemble étendu de services médicaux, généralistes et spécialistes, et paramédicaux, infirmiers et de kinésithérapie, dans les centres de taille moyenne et grande. Certains centres disposent de petits plateaux techniques (Acker, 2007).

Au-delà de ces divergences, un ensemble de caractéristiques communes définissent ces centres. Les centres de santé sont des organismes à but non lucratif gérés par des associations, des mutuelles ou des communes. Comme les cabinets médicaux, ils relèvent d'une convention avec l'Assurance Maladie depuis novembre 2002, plus précisément d'un accord national transposant la convention médicale. Ils appliquent les tarifs de la convention et leurs ressources proviennent majoritairement du paiement à l'acte, alors que les personnels des centres, médecins inclus, sont salariés (Acker, 2007). Parmi les ressources complémentaires spécifiques à ces centres, il faut noter l'attribution d'une dotation annuelle pour la prévention et l'éducation pour la santé, fusionnée au sein d'une autre enveloppe depuis la loi de santé publique 2004.

La coordination des soins occupe une place centrale dans les centres de santé notamment par l'utilisation de dossiers médicaux partagés ou par des réunions de coordination (Acker, 2007, RNOGCS, 2006). L'accès est libre pour tous les patients, d'autant que l'accessibilité financière y est plus importante que pour le reste de la médecine libérale, le tarif y étant

obligatoirement sans dépassement d'honoraire ¹⁴ avec dispense d'avance de frais. En conséquence, bien que statutairement ouverts à tous, les centres de santé accueillent surtout une population modeste et fragilisée. Enfin, en tant que structures de proximité, les centres de santé ont une visée populationnelle. Ces centres ont en effet pour objectif de répondre aux besoins de la population environnante (Acker, 2007). Dans les faits, ce sont davantage des structures qui pallient aux carences d'accueil du reste de la première ligne que des organisations qui évaluent réellement les besoins d'un territoire.

Ces trois formes organisationnelles principales permettent de caractériser le paysage des soins primaires français. Signalons le développement d'une nouvelle forme de coopération, les maisons de santé pluridisciplinaires. Ces structures sont caractérisées par un projet de santé et un exercice coordonné dans un même lieu. Elles sont notamment envisagées comme une solution aux problèmes de démographie médicale dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Celles-ci sont actuellement embryonnaires, et leur nombre difficile à déterminer (une centaine fin 2008 d'après la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) c'est pourquoi nous préférons ne pas aborder en profondeur cette organisation dont la forme n'est pas encore stabilisée.

32-Formes organisationnelles de première ligne au Québec

Les effectifs québécois sont de 7641 omnipraticiens en exercice en 2005-2006, soit une densité de 100,5 médecins pour 100000 habitants (Savard et Rodrigue, 2007), densité médicale en médecine générale légèrement inférieure à la France. Calculés en équivalent temps plein, les effectifs s'élèvent à 7303 omnipraticiens pour une densité de 96 médecins pour 100000 habitants¹⁵ (Savard et Rodrigue, 2007). Les trois formes organisationnelles de première ligne où les omnipraticiens exercent sont les cliniques privées, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les groupes de médecine de famille (GMF).

¹⁴ En France, les médecins libéraux conventionnés exercent dans deux secteurs, le secteur 1 à tarif conventionné et le secteur 2 à honoraire libre, gelé en 1989. La majorité des médecins généralistes appartiennent au secteur 1 (91% des omnipraticiens en 2007, Eco-Santé France, 2009)

¹⁵ Calculs de densité effectués par nous avec les données de Savard et Rodrigue, 2007.

321-Cliniques médicales privées

Les cliniques médicales privées sont des structures ambulatoires proches des cabinets de ville français. Les médecins y sont également des travailleurs indépendants, et la majeure partie des omnipraticiens, 69,8% en 2005-2006 y pratiquent. Bien que de statut privé, l'accès aux soins est libre et gratuit pour les patients au même titre que pour le reste de la première ligne de soins. Ces cliniques sont la principale source de soins au Québec, 65% de la population consultant essentiellement les cabinets privés (Breton et alii, 2008).

Les cliniques privées sont de deux types : d'une part des petites cliniques avec des médecins exerçant parfois en solo, et les polycliniques d'autre part, plutôt situées dans les centres urbains. Le dernier dénombrement des cliniques médicales d'omnipratique recense 821 cliniques au Québec (Demers et alii, 2002). La pratique solo est l'exception plus que la règle, 90% des généralistes travaillant en groupe (Bourgueil et alii, 2007). Ces groupes sont de taille importante, en moyenne composés de 5,2 médecins, et la moitié comptant au moins 5 omnipraticiens (Demers et alii, 2002). Des médecins spécialistes exercent dans environ la moitié de ces cliniques de groupe. D'autres professionnels travaillent également dans ces cliniques, puisque 17% comptent des infirmières, 40% des psychologues, 12% des kinésithérapeutes et 30% des diététiciens. Certaines disposent également de services de prélèvement et de radiologie (Bourgueil et alii, 2007).

Ces grandes polycliniques sont aussi celles qui pratiquent le plus le sans rendez-vous, deux tiers d'entre elles offrant de tels services. Si ce type de pratique assure l'accessibilité aux services, il ne permet pas le suivi des clientèles et limite le développement d'un travail pluridisciplinaire autour du patient. Une combinaison de services sur et sans rendez-vous permet évidemment d'éviter cet écueil. Toutefois, il semble que seule une minorité des cliniques sans rendez-vous ait une telle pratique, comme l'atteste une étude sur les deux régions sociosanitaires les plus peuplées du Québec (Montréal et Montérégie) (Hamel et alii, 2007, p. 24).

Les cliniques fonctionnent avec une source de financement privé provenant de la rémunération des médecins, sans allocation financière ni dépendance administrative envers un établissement public (Hamel et alii, 2007, p.11). Les médecins sont rémunérés à l'acte et ils

sont remboursés par un organisme financeur, la Régie d'Assurance Maladie du Québec, l'avance de frais par le patient étant proscrite.

La coordination avec le reste des organisations du système est faible et peu formalisée. Les petites cliniques pratiquent de façon isolée et les polycliniques n'assurent qu'un faible suivi, particulièrement en raison du sans rendez-vous. Lorsque coordination il y a, celle-ci est réalisée via le réseau professionnel du médecin (Hamel et alii, 2007). Enfin, les technologies de l'information sont peu utilisées par ces organisations et elles disposent peu de dossiers médicaux informatisés (Lamarche et alii, 2007), ce qui peut d'ailleurs expliquer la faiblesse des relations inter-organisationnelles au sein du système.

322- Centres locaux de services communautaires

Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) constituent une forme d'organisation originale et pluridisciplinaire des soins primaires fondée sur une conception globale de la médecine et articulée autour de trois composantes : le médical, le social et le communautaire. Ils ont été définis pour la première fois en 1971 dans Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Lors de leur création, l'objectif affiché était de faire des CLSC la principale porte d'accès aux services de santé au Québec. Toutefois, leur mise en place a été lente, le dernier CLSC ayant été installé en 1989, et ce sont les cliniques privées qui sont devenues *in fine* la porte d'entrée principale du système (Gaumer et Desrosiers, 2005).

Les CLSC ont une mission définie dans la Loi sur l'organisation des services de santé et de services sociaux de 1991, à savoir d'offrir des services de santé et des services sociaux courants, préventifs et curatifs, de réadaptation et de réinsertion à la population (ibid, p.67). Pour ce faire, l'établissement exploitant du CLSC est chargé d'identifier les problèmes et les besoins des populations de son territoire et de s'assurer de leur accès aux services, en les orientant si nécessaire vers d'autres organismes du système. Afin d'assurer l'accessibilité aux services pour la population, les CLSC disposent également depuis 1994 d'un service téléphonique disponible 24h/24 et 7j/7, la ligne Info-santé. Les réponses aux appels sont principalement assurées par des infirmières

Concrètement, les CLSC sont composés de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'organismes communautaires. En mars 2008, 100 établissements CLSC¹⁶ sont présents au Québec. Ce sont 2043 omnipraticiens qui y pratiquent en 2005-2006, mais équivalent seulement à 845,8 ETP (Savard et Rodrigue, 2007). Le nombre d'usager des services de CLSC s'élève à 2.201.698 pour la période 2006-2007 soit environ 30% de la population. Précisons que ce chiffre correspond à l'ensemble des services du CLSC et pas uniquement aux services d'omnipraticien.

Les CLSC sont des établissements financés essentiellement sur fond public par le MSSS. Le mode de rémunération pour tout le personnel est le salariat, y compris les médecins. La coordination avec les autres organisations du système de santé est variable suivant le milieu de pratique. Si les CLSC collaborent avec d'autres organisations qu'elles soient de première ligne ou spécialisée en milieu rural, ils sont plutôt isolés en zone urbaine (Lamarche et alii, 2003).

Si le CLSC demeure le lieu de l'offre de soins, précisons que suite à la réforme de 2004, une nouvelle instance locale de gestion des services sanitaires et sociaux, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), a été créée. Le CSSS résulte du regroupement administratif de CLSC, de centres d'hébergement de longue durée, et lorsque cela est possible d'un centre hospitalier. Les 95 CSSS, correspondant à autant d'unités géographiques, sont chargés du développement de services adaptés à la population sur une base territoriale. Ils reprennent donc en grande partie le mandat des CLSC, mais visent à intégrer, du moins sur le plan administratif¹⁷, des services spécialisés et une forme de hiérarchisation des services. S'ajoute également une mission de mise en œuvre de collaborations avec les producteurs de services du territoire (cliniques, pharmacies...).

323- Groupes de médecins de famille

Les groupes de médecins de famille (GMF) ont été proposés dans le rapport de la Commission Clair de 2001 afin de faire face aux problèmes d'accessibilité aux soins rencontrés par les Québécois. En effet, la première ligne médicale est souvent très chargée, et

¹⁶ CLSC en mars 2008 : 100 établissements, 440 installations. Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, MSSS, SDI, mai 2008

¹⁷ La gestion de l'instance est assurée par un seul conseil d'administration formé de gestionnaires, de cliniciens, de représentants de la population et d'usagers (MSSS, 2004, Projet organisation et clinique des RLS, p.17)

les Québécois ont des difficultés d'accès aux prestataires de services de santé des organisations présentées précédemment, en particulier dans les grandes métropoles. L'implantation des GMF a ainsi été lancée à l'automne 2002. Ils sont fondés sur l'inscription volontaire comme base de recrutement des patients et sur une pratique de groupe articulée autour du binôme médecin – infirmière.

Un GMF est défini comme un regroupement de 6 à 10 médecins pour 10000 à 20000 patients qui travaillent en collaboration avec des infirmières. Les infirmières ont une activité complémentaire à celle du médecin et un rôle plus élargi au sein des GMF que dans le reste du système. Elles réalisent un appui aux tâches médicales en particulier pour le suivi des maladies chroniques (Beaulieu et alii, 2006). Un GMF dispose également de personnel administratif (secrétaire et technicien d'administration). Les patients sont des personnes inscrites volontairement auprès d'un médecin du groupe sur une base non géographique. Un des objectifs du GMF étant d'améliorer l'accessibilité pour les patients, les services des GMF sont offerts sur et sans rendez-vous, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. A cette fin, les GMF combinent des plages horaires d'ouverture étendues et des gardes téléphoniques pendant les périodes de fermeture (Levesque et alii, 2007, p.70).

En 2007, le Québec compte 127 GMF accrédités, composés de 1495 médecins généralistes (1155 équivalents temps plein) et 230 infirmières, pour 1046000 patients inscrits (Galarneau, 2007). Les GMF sont présents dans l'ensemble des régions du Québec même s'ils ne sont pas répartis uniformément sur le territoire¹⁸.

Le GMF n'introduit pas de modification dans la rémunération des offreurs de services de santé. Les professionnels médecins et infirmiers proviennent d'autres milieux de pratiques, soit des cliniques privés ou des CSSS. Sur les 127 GMF, 91 sont issus de cliniques privées, 17 d'organismes publics et 19 sont mixtes. Les médecins demeurent donc majoritairement rémunérés à l'acte. Les infirmières sont mises à disposition par les CSSS, par lesquels elles sont salariées, et sont sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF (Galarneau, 2007).

¹⁸ 183 GMF en mars 2009, mais pas de précision supplémentaire (site du MSSS).

La participation aux GMF s'accompagne d'un certain nombre d'ajustements tarifaires et d'aides financières. Le GMF reçoit une enveloppe financière annuelle. Les médecins reçoivent un forfait d'inscription par patient et le médecin responsable est dédommagé, sous forme forfaitaire également. Les aides financières reçues sont fonction du nombre de patients inscrits et couvrent la rémunération des personnels administratifs, une partie des frais de location d'espaces supplémentaires et de déplacements pour le GMF. Un soutien technique est également fourni par des formations et la mise à disposition de matériel informatique. Cette possibilité d'utiliser des technologies de l'information permet une coordination inter-GMF, mais la liaison avec les autres organisations du système, en particulier avec les spécialistes est peu développée.

Signalons la particularité de Montréal, qui en raison de difficultés d'implantation des GMF, complète l'offre de service par des cliniques réseaux. Celles-ci ajoutent un plateau technique de base et l'accès à des spécialistes par rapport aux GMF. Elles sont peu nombreuses, 13 en janvier 2006 (Lévesque et alii, 2007, p.71).

Le tableau suivant présente une vision d'ensemble des effectifs et des formes organisationnelles de première ligne en France et au Québec.

Tableau 1 : Effectifs et formes organisationnelles de première ligne en France et au Québec

	France ¹⁹			Québec		
Effectifs omnipraticiens	68 532 (58 116 APE)			7641 (7303 ETP)		
Densité/ 100000 hab.	111,06 (94 APE)			100,5 (96 ETP)		
	Cabinet de ville	Réseaux	Centres de santé	Cliniques privées	GMF	CLSC
Nombre d'organisations	nd	667	356 (258+98)	821	127	100
Nombre de généralistes	nd	nd	5000	5063 (69,8%)	1495	2043 (28,2%)
Population desservie ²⁰	Majorité (nd)	700.000 (1%)	nd	65%	1.046.000 (14%)	2.201.698 (29%)

Source : Fichier ADELI, Eco-Santé France, 2009 ; FICQS, 2007 ; Acker, 2007 ; Savard et Rodrigue, 2007 ; Galarnau, 2007 ; MSSS, SDI, 2008 ; Demers et alii, 2002 ; Breton et alii, 2008

¹⁹ Difficile en France d'identifier les médecins pratiquant en réseaux ou en centre de santé. Les différentes sources de données (ADELI, SNIR, CNOM) ne permettent au mieux que de distinguer les libéraux des salariés

²⁰ Nos calculs pour le Québec. Les GMF provenant de CLSC ou de cliniques privés, il est normal que la somme des populations dépasse les 100%.

Signalons que les trois organisations de chaque pays ne sont pas exclusives, un médecin pouvant pratiquer dans plusieurs organisations. Ainsi, en France, les omnipraticiens travaillent généralement en cabinet de ville, et une partie exerce également en réseaux de santé, ou en centre de santé. Il en va de même au Québec. Nous considérons que si les médecins vont exercer dans d'autres organisations que celles d'origines, du cabinet médical au réseau par exemple, c'est qu'ils sont à la recherche d'autres pratiques. Autrement dit, le choix d'une nouvelle organisation par le médecin indique les règles auxquelles il adhère.

33-Une décomposition en règles des organisations en France et au Québec

Pour étudier la diversité des organisations françaises et québécoises, il paraît utile d'en réaliser une décomposition en termes de règles organisationnelles. L'importance des règles a été soulignée plus avant, et nous présentons ici uniquement les règles pertinentes *i.e.* celles qui ont un effet reconnu sur les pratiques médicales dans la littérature. Ces règles sont de trois types : règles de financement, règles de pratique et règles de coordination.

331-Règles de financement

Les règles de financement qui seront considérées ici sont le type de propriété des organisations et leur mode de gestion, ainsi que la façon dont sont payés les médecins omnipraticiens.

Les organisations sont de propriété publique ou privée, qu'elles appartiennent aux médecins ou à des investisseurs. C'est ensuite le caractère lucratif ou non de l'organisation qui a des conséquences sur les services fournis (Lamarche et alii, 2007). Trois modes de gestion des organisations de santé sont alors traditionnellement distingués : public, sans but lucratif et à but lucratif. D'autre part, l'influence des modes de rémunérations des médecins sur leur pratique est largement reconnue. Les formes dominantes de paiement de ces offreurs sont la rémunération à la capitation, au salariat et à l'acte (Rochaix, 2004). La rémunération à l'acte, rétrospective, consiste au remboursement de l'offreur après réalisation du service. Salariat et capitation sont des modes de paiement prospectifs, respectivement pour un volume horaire et par patient pris en charge pour un temps donné.

Le caractère lucratif est le plus présent dans les deux pays, puisqu'il caractérise les principales organisations françaises et québécoises, les cabinets et cliniques médicales. Les GMF peuvent prendre la forme de société à but lucratif ou d'association (FMOQ, 2002). Les réseaux de santé sont de nature associative et n'ont pas de but lucratif. Ils fonctionnent essentiellement avec le revenu d'activité des médecins. Néanmoins chaque pays possède une organisation uniquement sans but lucratif, les centres de santé, gérés par des mutuelles, des associations ou des collectivités, et les CLSC fonctionnant sur subvention publique.

Le mode de rémunération s'inscrit en cohérence avec le type de propriété, les organisations à but lucratif payant les médecins sur le mode de l'acte. Les GMF et les réseaux y ajoutent une petite part de rémunération forfaitisée pour certaines activités (forfait de prise en charge du patient, dédommagement pour des tâches administratives,...). Les CLSC et les centres de santé rémunèrent les praticiens principalement au salaire.

332-Règles de pratique

Le phénomène d'un plus grand regroupement des médecins en soins primaires (Bourgueil et alii, 2007) invite à l'étude de cette caractéristique de pratique. Celle-ci a une double dimension : le fait de pratiquer en groupe et la composition de ce groupe. Précisons dès à présent que la pratique individuelle constitue un cas particulier d'identité entre organisation et individu.

L'exercice médical individuel ou de groupe de la médecine en induit une pratique différente. Pineault et alii, 2008 montrent à ce titre que le « médecin solo » obtient des résultats, en termes de relation avec les patients notamment, qui se différencient des pratiques de ceux exerçant en groupe de diverses formes. Définir la pratique de groupe n'est cependant pas chose aisée. Celle-ci est souvent définie par simple opposition avec le médecin travaillant seul (Brunelle, 2006). La composition des groupes participe à définir ce qu'est une pratique groupée. Cette composition varie selon que les groupes sont mono- ou pluri-professionnels. Un médecin généraliste exerçant uniquement avec des confrères de la même spécialité ou avec d'autres professionnels de santé pratiquera différemment ne serait-ce que via les possibilités offertes par la collaboration avec des professionnels de nature complémentaire. Toutefois cette collaboration nécessite au minimum des contacts et une coordination entre membres, ce qui n'est pas le cas de tous les groupes.

L'exercice en cabinet médical français est la seule forme majoritairement solo et illustre alors typiquement l'identité organisation - individu. Dans le cas minoritaire des cabinets de groupe français, la pratique est monodisciplinaire (Bourgueil et alii, 2007). Les cliniques québécoises sont essentiellement constituées de médecins travaillant en groupe. Bien que ceux-ci exercent sur le même lieu que d'autres professionnels de santé, ces groupes se caractérisent surtout par le partage d'un local sans véritable interdisciplinarité (Pineault et alii, 2008, Brunelle, 2006). Ces structures peuvent être définies comme des groupes pluridisciplinaires isolés. Les autres organisations, pouvant être qualifiées de pluriprofessionnelles coordonnées, sont de types divers mais caractérisées par un travail d'équipe, avec un partage des dossiers patients ou la tenue de réunions pluridisciplinaires. Les centres de santé et les CLSC offrent une grande variété de professionnels en un même lieu. Les GMF proposent une gamme limitée à deux disciplines, médecin et infirmière, travaillant en équipe (Beaulieu et alii, 2006). Les réseaux sont un regroupement virtuel, sans unité physique, composés de personnels variables selon la thématique mais travaillant en collaboration.

333-Règles de coordination

Par règles de coordination, nous entendons coordination des services avec le reste du système et autour du patient. Ces règles font ainsi référence à la coordination entre patient et professionnel et à la coordination interorganisationnelle .

La nature de la coordination entre patient et professionnel tient au statut du patient pour l'organisation. Trois statuts du patient par rapport à la première ligne sont identifiés (Lamarche et alii, 2003). Le patient peut être considéré en tant que client de l'organisation. Il se présente alors librement auprès du producteur de service de santé. Il peut avoir le statut d'adhérent lorsqu'il est inscrit auprès de l'organisation, de façon directe ou auprès d'un médecin. Il peut également être vu comme membre de la population d'un territoire dans le cadre d'une approche « communautaire ». Ce statut conditionne l'orientation du patient dans le système, ce dernier s'orientant librement lorsqu'il est client et de façon plus ou moins contrôlée dans les deux autres cas. La coordination des soins dans le système sera facilitée par des rapports formalisés entre les organisations, par le biais d'agents de liaison ou le recours à des technologies de l'information, en particulier avec un dossier patient électronique (Lamarche et alii, 2007).

Le patient est un client au sein des cliniques médicales québécoises. Les centres de santé et les CLSC développent une approche communautaire où le patient est considéré dans son statut de membre d'une population. Le patient est adhérent dans les autres cas. Au sein des cabinets français, l'adhésion s'effectue auprès du « médecin traitant ». Le « médecin traitant » demeure l'interlocuteur privilégié dans les réseaux, même si le patient est inclus au sein de cette entité. Dans les GMF, l'inscription est un engagement entre le médecin de famille et le patient (pour un an avec renouvellement automatique).

La coordination entre professionnels diverge selon son degré de formalisation. La coordination entre les organisations de première ligne n'est formalisée ni en clinique québécoise ni en cabinet français. Elle se limite aux relations professionnelles propres aux médecins. Les réseaux de santé sont dans le même cas, en dehors de ceux dont l'objectif est précisément la coordination des soins, comme les réseaux ville-hôpital. La coordination est formalisée entre structures identiques pour les GMF et les centres de santé, mais peu avec le reste du système. En ce qui concerne les CLSC, la coordination, très faible en milieu urbain est développée en zone rurale. Les deux pays sont aussi caractérisés par l'absence de technologies de l'information généralisées en ambulatoire, telles que le dossier patient électronique. Les médecins de première ligne québécois disposent le moins de dossiers médicaux informatisés (Lamarche et alii, 2007, p.10). La mise en place du DMP français, prévue officiellement pour 2007 a été retardée de nombreuses fois et est encore expérimentale.

Le tableau 2 présente une synthèse des règles organisationnelles caractérisant les organisations de première ligne en France et au Québec.

Tableau 2 : Synthèse des règles organisationnelles en France et au Québec

	France			Québec		
	Cabinets médicaux	Réseaux	Centres de santé	Cliniques privées	GMF	CLSC
Règles de financement	Privé-But lucratif Acte	Privé-Sans but lucratif Acte	Public / PSBL Salariat	Privé-But lucratif Acte	Privé-Avec/Sans but lucratif Acte	Public Salariat
Règles de pratique	Solo Monodisciplinaire	Groupe Pluridisciplinaire coordonné	Groupe Pluridisciplinaire coordonné	Groupe Pluridisciplinaire isolé	Groupe Pluridisciplinaire coordonné	Groupe Pluridisciplinaire coordonné
Règles de coordination	Adhérent Non formalisée	Adhérent Peu formalisée complémentaire	Population Peu formalisée identique	Client Non formalisée	Adhérent Peu formalisée identique	Population Peu formalisée complémentaire

Nota : Seules sont retenues les règles majoritaires

IV. Effets des organisations sur la prévention en France et au Québec.

L'étude des règles est fondamentale car elle permet de mettre au jour les objectifs des organisations. Comme le souligne Chavance, 2001 « *Les règles de l'organisation sont établies délibérément, (...) elles sont liées aux directives (commands) qui précisent l'objectif de cette dernière* » (p.88). Le choix des individus de prendre part aux organisations indique alors qu'ils en partagent les objectifs, et qu'ils réaliseront l'activité en conformité aux règles. L'adéquation des règles à la production de services préventifs reflètera *in fine* les potentialités des organisations de première ligne pour la prévention. Pour examiner ces potentialités, nous croisons résultats théoriques et littérature empirique sur les services de santé.

41- Les effets des règles de financement

411-Type de propriété et mode de gestion

Parmi les trois modes de gestion possible, le caractère lucratif des organisations présente le risque d'une création de conflits d'intérêt entre les propriétaires (praticiens ou autre) et les

patients. Ce point est d'autant plus sensible en raison des imperfections du marché de la santé, pour lequel une asymétrie d'information marque les relations entre offreurs et demandeurs de services de santé (Rochaix, 1997). La recherche du profit fournit ainsi une incitation aux offreurs à exploiter la rente informationnelle dont ils disposent au détriment des patients. L'intérêt des organisations étant de revoir au maximum les patients pour augmenter leur profit, celles-ci ne sont pas incitées à offrir des services préventifs. Un statut non lucratif limite cet effet pervers, les propriétaires n'étant plus créanciers résiduels²¹. Les excédents de revenus sont alors réinjectés dans l'organisation au bénéfice des patients et ces organisations sont davantage incitées à poursuivre des objectifs sociaux et à fournir une meilleure qualité de service, dont la prévention peut faire partie (Lamarche et alii, 2007). Enfin, une propriété publique a un effet similaire quant à la lutte contre les imperfections de marché, même si l'absence de recherche de profit peut être perçue comme un frein à l'efficacité et à l'efficience des organisations publiques (Lamarche et alii, 2007).

L'idée selon laquelle les organisations publiques seraient moins efficaces est cependant contredite par les résultats empiriques. En utilisant une définition classique de l'efficacité - rapport résultat sur ressource maximum - Hollingsworth, 2008 montre dans une méta-analyse de 317 documents publiés que les organisations publiques de santé sont plus efficaces que les établissements privés. Il confirme également la supériorité des organisations sans but lucratif par rapport à celles à but lucratif.

En ce qui concerne plus spécifiquement la prévention, les exemples américains sont particulièrement frappants. Plusieurs études évaluent le lien entre indicateurs de qualité des soins et statut lucratif. La qualité des soins est mesurée à l'aide d'indicateurs standardisés (HEDIS) faisant une large part aux mesures de prévention²². Après avoir contrôlé le type de *HMO* et la localisation des organisations, Himmelstein et alii, 1999 concluent à une qualité significativement plus faible dans les organisations à but lucratif pour les 14 indicateurs retenus. Le travail de Gillies et alii, 2006 aboutit à une conclusion similaire. Utilisant des données de 2003 sur 272 *health plans* américains, ils notent que la performance préventive est corrélée négativement au but lucratif des *health plans*. Cependant, tous les travaux ne relèvent pas un effet aussi net du mode de propriété. Born et Simon, 2001 concluent que, bien que le

²¹ Soit les bénéficiaires de la part du profit restante ou des économies réalisées

²² Notamment des dépistages (santé des femmes, maladie cardiovasculaire, diabète), vaccinations, et conseil tabacologique.

statut lucratif des organisations demeure un facteur explicatif d'une moins bonne performance pour certaines mesures de prévention, l'introduction d'autres facteurs (zone urbaine, plus forte population non *WASP*) en relativise l'influence.

Il semble alors que les organisations sans but lucratif aient des meilleurs résultats de prévention que celles à but lucratif. Une propriété publique présente *a priori* des résultats préventifs similaires au privé sans but lucratif, aucune étude ne permettant de le préciser. Ces effets des types de gestion seront altérés par ceux du mode de rémunération des médecins.

412-Modes de rémunération des médecins

Si l'influence de ces systèmes de rémunération sur les pratiques des médecins est largement reconnue (Robinson, 2001, Grignon et alii, 2002, Chaix-Couturier et alii, 2000, Gosden et alii 2001), elle est en revanche assez peu documentée quant aux actes de prévention.

Toutefois, les modèles théoriques de Franc et Lesur, 2004 et de Videau et Ventelou, 2007 aboutissent à la même conclusion : la capitation est le système de rémunération le plus incitatif à la prévention alors que le paiement à l'acte l'est le moins. Franc et Lesur, 2004 soulignent que la capitation, contrairement à l'acte, amène le médecin à internaliser les bénéfices de long terme de la prévention sur son activité : en réduisant l'activité curative à terme, les services préventifs permettent au médecin d'agrandir sa liste de patients et d'accroître ses revenus. Le salariat demeure relativement neutre. Videau et Ventelou, 2007 appréhendent l'activité de prévention en s'intéressant à la durée des consultations, les actions de prévention étant associées à des consultations plus longues (Wilson et Childs, 2002). Ils concluent que le médecin payé à la capitation passe plus de temps par consultation qu'en rémunération à l'acte, et effectue ainsi davantage de services préventifs.

Bien que les travaux empiriques soient peu nombreux, ces prédictions théoriques semblent confirmées. Balkrishnan et alii, 2002 notent dans une étude réalisée aux Etats-Unis que le paiement à la capitation est associé à davantage de services de prévention et de promotion de la santé (17% de plus) que les autres modes de rémunération considérés. Gosden et alii, 1999 réalisent une revue de littérature sur les effets du salariat. Ils remarquent que la rémunération salariale est associée à une pratique préventive supérieure à celle du paiement à l'acte. Dans une méta-analyse des effets sur la qualité des pratiques du paiement à l'acte et de différents

HMO, Dudley et alii, 1998 relèvent également une réalisation de services préventifs plus faible lorsque le paiement est à l'acte. Bien que les *HMO* comparés soient très variables, ceux-ci ont néanmoins en commun de fonctionner avec un paiement prospectif des offreurs.

Les règles de financement relatives aux systèmes de rémunération possèdent ainsi des incitations propres à la prévention : la capitation est la plus incitative, suivie du salariat et enfin du paiement à l'acte, faiblement incitatif. Ainsi, la rémunération des médecins est adaptée à la prévention pour les centres de santé français et les CLSC, mais peu pour les autres organisations de première ligne. Le statut lucratif d'une organisation présente une faible potentialité pour la prévention relativement au privé sans but lucratif ou au public. Ce sont là encore les centres de santé et les CLSC qui bénéficient des conditions les plus adéquates.

42-Les effets des règles de pratique

Les règles de pratique des organisations, travail en groupe et composition de celui-ci, caractérisent les deux dimensions de l'intégration économique, horizontale pour des professionnels identiques, et verticale pour des métiers différents.

421-Pratique de groupe

Le travail de groupe, ici entendu dans son sens minimal, présente de nombreux avantages pour la médecine de première ligne. Il permet des économies d'échelle par la mutualisation des moyens et une répartition des coûts fixes sur une production plus élevée. Et surtout il est associé à une charge de travail moins élevée et à de meilleures conditions de travail (Audric, 2004, Barnay et alii, 2007). Or la prévention est consommatrice de temps médical et les médecins déclarent le manque de temps comme un frein aux pratiques de prévention (Buttet et Fournier, 2003, Hudon et alii, 2004, Provost et Drouin, 2005). En permettant aux médecins de mieux adapter leur pratique aux nécessités de l'environnement ou aux besoins des patients, une pratique collective des médecins serait favorable au développement d'actions de prévention

Un second avantage d'une pratique de groupe est de permettre une diffusion des bonnes pratiques entre les membres (Scott et Farrar, 2003). Les individus pratiquant en groupe ont

une influence mutuelle : de Jong et alii, 2003 montrent une similarité en termes d'attitude et de comportement de médecins généralistes hollandais travaillant en partenariat. La littérature sur les effets de pairs étudie les similarités entre des individus travaillant sur des tâches séparées et pouvant observer le travail des autres. Pour deux individus, un effet de pairs est défini comme l'augmentation du produit de l'un lorsque le produit de l'autre augmente, toute chose égale par ailleurs. Falk et Ichino, 2006 démontrent l'existence de cet effet de pairs dans une expérience de laboratoire. Ils notent que cet effet augmente significativement la production, et en particulier celle des individus les moins productifs. Une pratique de groupe permettrait ainsi non seulement de favoriser la prévention en libérant du temps, mais également d'en renforcer la pratique par tous les membres, y compris les « moins bons », grâce à une diffusion des bonnes pratiques et un effet de pairs. Différents travaux empiriques confirment les meilleures performances préventives des groupes.

Pham et alii, 2005 notent dans une étude réalisée auprès de patients *Medicare* de plus de 65 ans que les patients ont une probabilité plus élevée de recevoir des soins de prévention lorsque leur source de soins habituelle est un groupe de trois médecins et plus (p.477). Ashworth et Armstrong, 2006 confirment cette meilleure qualité observée dans les pratiques de groupe. Ils utilisent la riche source d'information en soins primaires offerte par le *Quality and Outcome Framework (QOF)* mis en place en Grande-Bretagne en 2004. Cette réforme lie le revenu des médecins à une série d'indicateurs de qualité, dont plus de la moitié (550/1050 points) est attribuée à la qualité clinique et la prévention (suivi diabète, cancer, hypertension...), les autres indicateurs portant sur l'organisation des cabinets et l'expérience de soins des patients (Roland, 2004). Ainsi, ces auteurs relèvent que, pour l'ensemble de la Grande-Bretagne, les cabinets de groupe ont des scores *QOF* significativement plus élevés que les cabinets individuels (+40,6 points en moyenne). Cette relation demeure lorsque seuls les indicateurs de qualité clinique sont retenus.

Hormis les cabinets médicaux français qui sont essentiellement constitués de médecins seuls, les autres organisations de première ligne sont majoritairement des groupes (les cliniques médicales québécoises solos sont en effet très minoritaires). Cette forme d'exercice paraît la moins adaptée à la prévention. L'exercice en groupe peut être réalisé sur un même lieu ou sous une forme virtuelle, sans unité physique. Les organisations concernées en France et au Québec partagent une identité physique, hormis les réseaux de santé. Si les avantages en matière d'allègement du travail demeurent, les effets d'influences mutuelles des praticiens

sont en revanche moins clairs pour ce type d'organisation. Les effets de pairs impliquent la possibilité pour un individu d'observer les actions des autres. De même, les résultats de De Jong et alii, 2003 portent sur des organisations de première ligne hollandaises caractérisées par une unité physique. Toutefois, les réseaux de santé organisent fréquemment des réunions d'échanges de pratique pour parer à un éventuel isolement des praticiens dans leur exercice, limitent ainsi la fragmentation physique et renforcent les influences mutuelles des membres.

422-Composition du groupe

En termes économique, il s'agit de savoir s'il y a uniquement intégration horizontale de l'activité, *i.e.* les mêmes professionnels au sein d'une équipe, ou intégration verticale, *i.e.* un regroupement de professionnels dont l'activité se situe à différents niveaux de production. Les groupes de pratiques sont en effet monoprofessionnels (intégration horizontale) ou multiprofessionnels (intégration verticale) (Bourgueil et alii, 2007).

En raison de la nature multidisciplinaire de la prévention, une équipe d'une telle nature en favoriserait logiquement la production. Selon Contandriopoulos et alii, 2001, la constitution d'équipes multiprofessionnelles, en tant qu'une des deux dimensions de l'intégration des équipes cliniques, est un pré-requis à des services de soins continus et globaux. Or la globalité et la continuité des services sont des dimensions des soins qui intègrent la prévention. La globalité désigne en effet la dimension biopsychosociale des soins (conseils nutritionnels ou santé mentale par exemple) et la continuité décrit le phénomène de fluidité dans le suivi des soins durant une séquence temporelle²³ (suivi après un dépistage par exemple) (Pineault et alii, 2008). D'un point de vue économique, l'intégration de professionnels de spécialités différentes permet d'optimiser le partage de l'information par rapport à des mécanismes purement marchands (achat-vente entre professionnels) (Ben Aoun et alii, 2007). Encore faut-il que les professionnels puissent se coordonner pour que le partage d'information soit effectif. Un groupe pluriprofessionnel où chacun pratique de façon isolée sans collaboration en limitera les bénéfices.

La règle fournie par une telle pratique est cependant ambivalente : elle peut amener le médecin à se concentrer sur une approche plus curative en abandonnant aux autres

²³ Durant un épisode de soins

professionnels les autres tâches (substitution des professionnels) ou au contraire l'encourager a davantage intégrer l'aspect global des services de santé. Eu égard à l'intérêt déclaré par de nombreux médecins généralistes pour la prévention, nombreux étant ceux considérant la prévention comme une de leur mission (Buttet et Fournier, 2003, Provost et Drouin, 2005, Aulagnier et alii, 2007), il semble raisonnable de penser que le second effet l'emporte sur le premier.

Bien qu'aucune étude ne documente les effets sur les actes préventifs effectués par le médecin d'une pratique pluridisciplinaire, plusieurs montrent en revanche une plus grande efficacité de ces groupes en matière de prévention. Dans le cas de la prévention tertiaire, Campbell et alii, 2001 relèvent de meilleurs scores de suivi du diabète dans les équipes multidisciplinaires au Royaume-Uni. Toujours pour le diabète, Bourgueil et alii, 2008 évaluent une expérimentation unique de coopération entre médecins généralistes et infirmières dans un département français. Les infirmières du dispositif ont deux missions principales : gestion des données patients (tenu du dossier, rappel informatique pour le médecin) et éducation thérapeutique. Les auteurs constatent que la gestion des données patients par les infirmières améliore significativement le suivi des patients diabétiques inclus dans l'expérimentation par rapport à un groupe témoin.

Les canaux par lesquels un travail en équipe pluridisciplinaire améliorerait la pratique préventive du médecin (et la qualité des soins en général) demeurent flous. En ce qui concerne la prévention tertiaire, il y aurait un bénéfice pour les patients plus complexes d'une large gamme de professionnels de santé dans les groupes. Pour le médecin, l'effet proviendrait d'une orientation des pratiques vers l'aspect biopsychosocial et/ou d'une facilitation par d'autres professionnels de l'activité préventive grâce à une actualisation d'informations et des rappels concernant les patients²⁴.

Quoi qu'il en soit, une équipe pluridisciplinaire où les professionnels de santé collaborent semble à même d'encourager les pratiques de prévention. Il semble possible de tirer des enseignements quant aux potentialités des organisations à cet égard. Lorsque les médecins ne pratiquent pas seuls en cabinets français, cas majoritaire rappelons-le, ils travaillent en groupe

²⁴ Une autre possibilité vient de la substitution du médecin par un autre professionnel de santé pour certaines tâches. Bourgueil et alii, 2008 montrent à ce titre que l'éducation thérapeutique par une infirmière améliore significativement l'équilibre glycémique des patients diabétiques. Bien que ces résultats soient prometteurs pour la réorganisation des soins primaires, ils dépassent ici notre propos quant à l'effet des règles de pratique sur l'activité du médecin.

monodisciplinaire, au potentiel le plus faible. Bien que les cliniques québécoises soient principalement pluriprofessionnelle, elles sont surtout des juxtapositions de professions sans réelles collaborations ce qui en limite l'intérêt pour les pratiques préventives. Les autres organisations, qualifiées de pluridisciplinaires coordonnées, sont en revanche les plus adaptées à la prévention. Toutes les organisations de premier recours s'insèrent dans un ensemble organisationnel plus large et vont être influencées par les règles de coordination définissant les rapports à cet ensemble.

43- Les effets des règles de coordination

431-Coordination patient - professionnel

Lorsqu'il est client, le patient se présente librement pour consommer des services. Cette liberté du patient limite la continuité de la relation médicale (ou continuité relationnelle d'après Lamarche et alii, 2003) et réduit la connaissance des facteurs de risques, qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux, par les acteurs de santé. Il en résulte une difficulté à mettre en œuvre les stratégies préventives adaptées. Ces problèmes de continuité relationnelle sont largement réduits par une inscription volontaire du patient auprès de l'organisation ou du médecin (comme c'est le cas en *gatekeeping*). Les avantages de l'adhésion du patient auprès d'un *gatekeeper* pour des services de prévention ont d'ailleurs été mis en avant par Verhaak et alii, 2004, plus spécifiquement pour les services psychologiques en médecine générale. Dans une étude sur six pays européens (Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Espagne, Suisse, Royaume-Uni), et après avoir contrôlé les variables de confusion potentielles, ils concluent que les médecins réalisent davantage de diagnostics psychologiques, et que les patients ont une demande de tels services plus importante en *gatekeeping*. Il y a bien entendu ici un effet propre au rôle d'orienteur du médecin dans le système de soins, les services de seconde ligne étant conditionnés par le passage auprès du généraliste. Mais les résultats de Verhaak et alii, 2004 soulignent que la connaissance du patient par le médecin dans un tel système influence positivement tant la requête du service par les patients que la réalisation d'un diagnostic par le médecin.

L'approche communautaire relève d'une dimension territoriale et populationnelle. Dans cette approche, le patient est considéré en tant que membre d'une communauté et les professionnels ont pour mission d'améliorer l'état de santé de la population du territoire (Lamarche et alii,

2003). En disant les choses différemment, ce n'est alors plus seulement le patient en tant qu'individu qui est adhérent mais l'ensemble de la communauté. Cette approche permet une connaissance plus large de l'individu dans son environnement. De plus, la caractérisation communautaire implique une participation aux instances de décisions des membres de la communauté, à même de renforcer l'intérêt des professionnels pour la santé des populations et la prévention. Starfield et alii, 2005 notent à ce titre qu'aux Etats-Unis, les individus obtenant des soins dans des centres communautaires reçoivent plus de services de prévention que la population générale (p.464).

Les patients des cliniques médicales du Québec ont le statut de clients, peu adapté aux services de prévention. Ce point est d'autant plus marqué pour les cliniques sans rendez-vous. Dans les cabinets médicaux et les réseaux de santé français, et au sein des GMF, les patients sont des adhérents pour lesquels le suivi et la prévention paraissent facilités. Dans les CLSC et les centres de santé, l'approche communautaire présente un potentiel similaire à l'adhésion, si ce n'est plus de part l'implication de la communauté dans les instances de décision.

432-Coordination inter-organisationnelle

La coordination inter-organisationnelle reflète deux dimensions imbriquées de circulation : circulation des patients et circulation de l'information médicale.

La coordination avec les autres organisations et sa formalisation, par des accords entre organisations par exemple, assurent une circulation adaptée du patient. La prévention secondaire est la plus concernée par les bénéfices potentiels d'une coordination inter-organisationnelle. Celle-ci consiste au repérage des facteurs de risques, puis à l'orientation vers le niveau spécialisé nécessaire, disposant des compétences et des technologies requises. La coordination est alors à même d'assurer au patient l'orientation adaptée. Elle encourage le professionnel de santé à réaliser le dépistage : en son absence, le médecin sera peu incité à le réaliser puisque cet acte n'a d'intérêt qu'en cas de prise en charge par les lignes de soins spécialisées (Boyden et Carter, 2000). Cette formalisation favorise également un retour du patient vers l'organisation de première ligne originelle afin d'effectuer son suivi et de mettre en place les mesures de prévention tertiaire adéquates. Pour cela, il est nécessaire que le médecin puisse bénéficier des informations médicales obtenues durant la prise en charge.

L'importance de la circulation de l'information au sein et entre les organisations a été signalée à de nombreuses reprises (Ménard, 2005). Le recours à des technologies de l'information, en particulier un dossier patient électronique permet de transmettre l'information aux autres lignes de soins. Il permet surtout de réduire les pertes d'information. La pérennisation de l'information acquise permet de réduire le temps nécessaire aux soins et favorise les services de prévention (Franc et Lesur, 2004). Disposer de l'information sur les facteurs de risque facilite en outre ces actions.

En France comme au Québec, les technologies de l'information médicale sont très peu développées. Ces deux pays ne bénéficient donc pas des avantages pour la prévention de ces dernières. En outre les rapports entre organisations sont dans l'ensemble peu formalisés. Cliniques québécoises et cabinets français, sans formalisation des relations, sont les moins prometteuses pour la prévention. Les centres de santé et les GMF formalisent les relations entre entités identiques, ce qui est peu adéquat pour la prévention secondaire, hormis pour les centres de santé spécialisés. Le cas des réseaux de santé et des CLSC est plus variable. Certains réseaux de santé, comme les réseaux « ville-hôpital », coordonnent leurs actions avec des organisations spécialisées et sur-spécialisées, et sont adaptés à la prévention. De la même manière, les CLSC, principalement en milieu rural, se coordonnent avec des services spécialisés complémentaires.

La mise en avant des effets des différentes règles organisationnelles va nous permettre de clarifier l'adéquation des organisations à la production de services préventifs. L'approche néo-institutionnelle souligne l'existence d'une efficacité comparative des modes de gouvernance ou arrangements institutionnels. Toutefois, notre analyse ne peut en toute rigueur conclure à une telle efficacité comparative. En revanche, nous avons étudié les potentialités des règles organisationnelles. Nous pouvons donc élaborer un ordonnancement du potentiel des organisations pour la prévention en fonction des règles identifiées, synthétisé dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Potentialités des formes organisationnelles pour la prévention

		France			Québec		
		Cabinets médicaux	Réseaux de santé	Centres de santé	Cliniques médicales	GMF	CLSC
Règles de financement	Type	Privé-But lucratif (2)	Privé-Sans but lucratif (1)	Public / PSBL (1)	Privé-But lucratif (2)	Privé-Sans but lucratif (1)	Public (1)
	Paie ment	Acte (2)	Acte (2)	Salaire (1)	Acte (2)	Acte (2)	Salaire (1)
Règles de pratique	Groupe	Solo (2)	Groupe (1)	Groupe (1)	Groupe (1)	Groupe (1)	Groupe (1)
	Compo sition	Mono disciplinaire (2)	Pluri disciplinaire coordonné (1)	Pluri disciplinaire coordonné (1)	Pluri disciplinaire isolé (2)	Pluri disciplinaire coordonné (1)	Pluri disciplinaire coordonné (1)
Règles de coordination	Patient-Pro	Adhérent (2)	Adhérent (2)	Population (1)	Client (3)	Adhérent (2)	Population (1)
	Inter-organisati ons	Non formalisée (3)	Peu formalisée complé ment aire (1)	Peu formalisée identique (2)	Non formalisée (3)	Peu formalisée identique (2)	Peu formalisée complé ment aire (1)
	Potentia lité globale	13 Faible	8 Moyenne	7 Forte	14 Faible	9 Moyenne	6 Forte

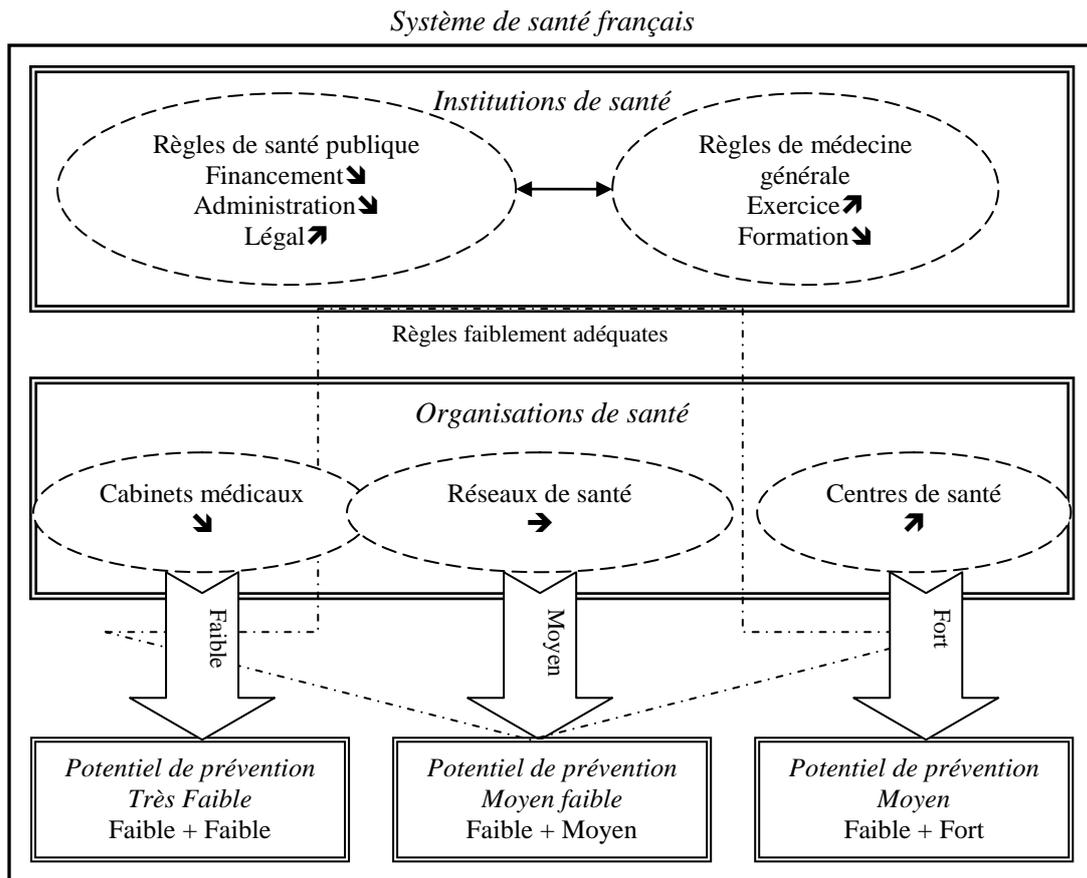
Les chiffres représentent le classement relatif par type de règle, 1 correspondant au plus grand potentiel pour la prévention. Nous pouvons distinguer deux formes organisationnelles à fort potentiel : les CLSC et les centres de santé français. A l'inverse, deux organisations sont à faible potentiel pour la prévention. Or ce sont précisément les organisations dominantes, cliniques et cabinets privés. Les deux dernières organisations, GMF et réseau, sont dans une situation intermédiaire, c'est pourquoi nous qualifions leur potentiel de moyen. Précisons cependant en France le faible écart entre les réseaux de santé et les centres de santé. Cette mise en perspective néo-institutionnelle ne serait complète sans une réintroduction des institutions.

V. Conclusion générale et discussion

Que ce soit en France ou au Québec, les médecins généralistes estiment dans leur majorité que la prévention fait partie de leur rôle (Provost et Drouin, 2005, Aulagnier et alii, 2007).

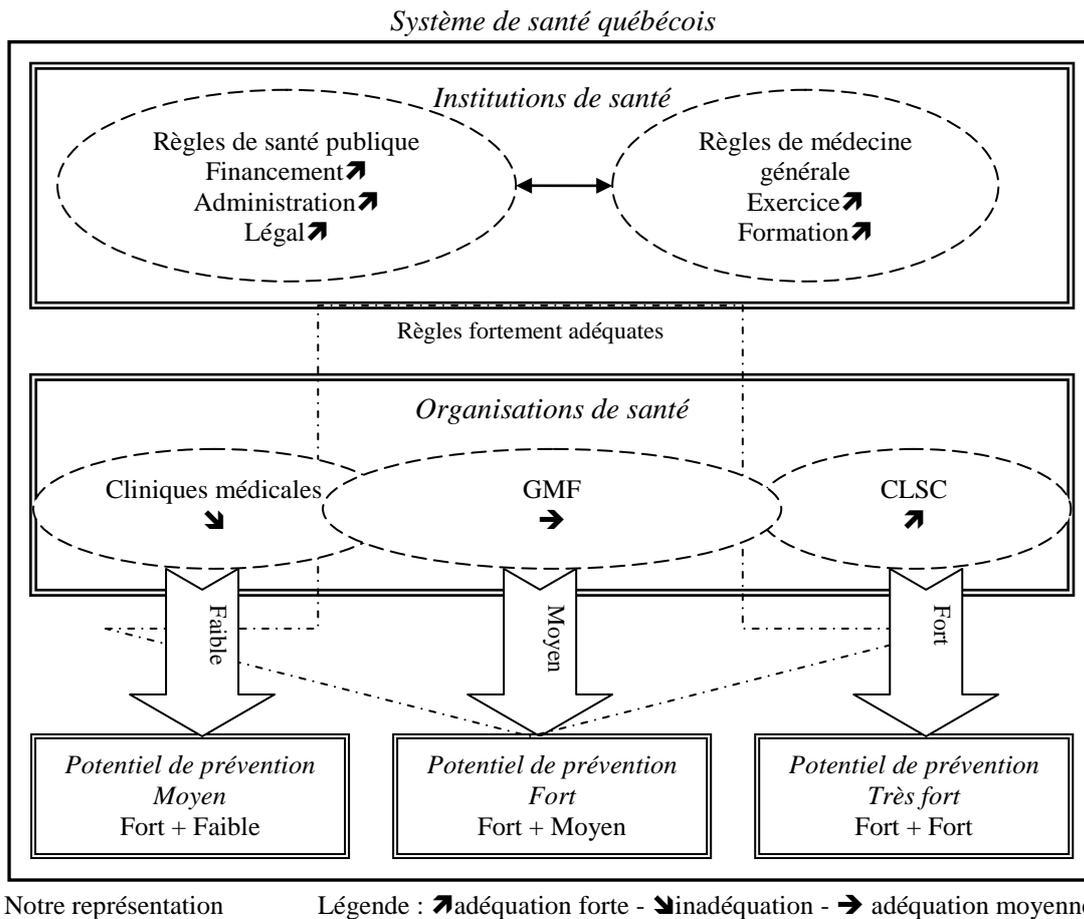
Mais l'environnement institutionnel et organisationnel dans lequel ces professionnels évoluent en soutient ou en limite la portée pratique. Les institutions comme les organisations peuvent être comparativement plus efficaces que d'autres (Ménard, 2003). Le potentiel issu de l'interaction des cadres institutionnels et organisationnels au sein du système français est présenté dans le schéma suivant.

Figure 2 : Approche néo-institutionnelle de l'offre de prévention en médecine générale française



Au vu de l'interaction des règles institutionnelles et organisationnelles, la pratique de prévention est faiblement encouragée au sein des cabinets médicaux. Elle est moyenne dans les centres et les réseaux de santé. Or ces deux dernières organisations représentent une faible part de l'offre de première ligne, s'adressant à des populations ou des pathologies particulières, ce qui laisse peu d'espoir quant aux potentialités pour la prévention en médecine générale française. La figure suivante présente la lecture du système québécois.

Figure 3 : Approche néo-institutionnelle de l'offre de prévention en médecine générale québécoise



La forte institutionnalisation de la santé publique permet de limiter le faible potentiel en matière de prévention des cliniques privées. Leur potentiel global devient alors moyen, et peut être comparable à celui des centres de santé français. Les médecins des GMF et des CLSC ont une potentialité de services préventifs forte à très forte. Non seulement ces organisations québécoises sont fortement adaptées, mais elles emploient une part importante des effectifs médicaux et desservent plus du tiers de la population. La pratique de prévention demeure cependant perfectible au Québec, pour les cliniques médicales en particulier, et des efforts sont conduits pour favoriser une meilleure intégration de la prévention dans l'exercice médical (Chevalier et alii, 2005).

L'analyse montre que le système québécois est comparativement plus adapté que le système français pour la prévention, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres auteurs (Jabot et alii, 2008). Nous apportons des précisions quant au potentiel organisationnel qui permettent d'affiner les observations antérieures d'une meilleure intégration de la santé publique au Québec (Jourdain-Menninger et Lignot-Leloup, 2003). Le potentiel variable des organisations

de première ligne québécoises conduit à en tempérer l'influence sur la prévention en médecine générale. Plusieurs limites sont toutefois à signaler.

Nous avons choisi de retenir uniquement le niveau institutionnel national. Or il se décline également au niveau régional (PRSP en France par exemple). Deux raisons prévalent à ce choix. D'une part, les règles institutionnelles sont différentes selon les régions et ne permettent pas d'analyser globalement l'effet institutionnel. D'autre part, si la décentralisation des initiatives de santé publique résulte d'une délégation très encadrée par l'Etat en France, les initiatives québécoises sont bien plus libres et se confondent parfois avec l'échelle organisationnelle. Cette remarque souligne également la difficulté qu'il y a parfois à distinguer règles institutionnelles et organisationnelles. Par exemple, le mode de rémunération est souvent considéré comme relevant des institutions. Cependant, il varie au sein d'un même système et pour des organisations particulières. En France, le paiement à l'acte est la règle générale en ambulatoire et le salariat est une exception pour certaines organisations, en particulier les centres de santé. Le mode de rémunération caractérise donc davantage les organisations que les institutions, et il semblait alors plus judicieux de le ramener à une règle organisationnelle.

Par ailleurs, la perspective stationnaire retenue ne permet pas de prendre en compte les rétroactions entre les niveaux. Ceci étant, et eu égard au peu d'étude de ce type en France et au Québec, il paraissait nécessaire dans un premier temps d'appréhender les deux systèmes dans une optique statique avant de s'intéresser à la perspective dynamique.

Les médecins généralistes pratiquent dans différentes organisations, en particulier au Québec (Borgès Da Silva et alii, 2008). Nous avons considéré que le choix d'une nouvelle organisation reflétait les objectifs auxquels les médecins souhaitaient adhérer. En effet, les médecins pratiquant en GMF et en réseaux de santé proviennent des cabinets médicaux, des cliniques ou des CLSC. Toutefois, l'effet d'un exercice à la fois en cliniques médicales et en CLSC, deux organisations anciennes, demeure à étudier.

L'efficacité des organisations renvoie à la question plus large de l'effet incitatif ou sélectif des modes de gouvernance. Autrement dit, les médecins sont-ils incités par des règles particulières ou bien choisissent-ils ces règles en fonction de leurs préférences ? Les deux effets coexistent indéniablement mais restent à quantifier.

Une dernière remarque tient à la démarche adoptée. L'influence des règles organisationnelles a été analysée à l'aide des résultats de la littérature théorique et empirique internationale. Nous avons conclu à des potentialités organisationnelles qui ne doivent pas être interprétées comme des résultats définitifs sur l'efficacité réelle en termes de prévention des organisations des pays concernés. Ce travail a permis de proposer un cadre d'analyse pour les activités cliniques de prévention, qui pourra être validé dans un premier temps par l'étude empirique des effets des règles organisationnelles dans un des deux pays.

Bibliographie

- ACKER D. (2007), "Rapport sur les centres de santé", Direction de l'hospitalisation et des soins, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris, 57p
- ADSP (2006), "La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie", *ADSP*, n° 53-54, pp. 42-44
- AMMI M. et BÉJEAN S. (2008), "Médecins libéraux et prévention : quelle efficacité attendre des incitations financières ?" in DOMIN J.-P., MARIC M., DELABRUYÈRE S. et HÉDOIN C., *Actualité de l'économie sociale*, pp. 179-191 Paris, L'Harmattan
- ASHWORTH M. et ARMSTRONG D. (2006), "The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004–5", *BMC Family Practice*, n° 68, 7
- AUDRIC S. (2004), "L'exercice en groupe des médecins libéraux", *Etudes et résultats, Drees*, n°314, Juin
- AULAGNIER M., *et alii* (2007), "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence Alpes Côte d'Azur", *Pratiques et Organisation des Soins*, n° 4, 38, pp. 259-268
- BALKRISHNAN R., *et alii* (2002), "Capitation payment, length of visit, and preventive services: evidence from a national sample of outpatient physicians", *American Journal of Managed Care*, n° 4, 8, pp. 332-340
- BARNAY T., *et alii* (2007), "Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France", *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, pp. 109-126
- BEAULIEU M.-D., *et alii* (2006), "L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle", Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, Montréal, 27p.
- BEAUTÉ J., *et alii* (2007), "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons", *Document de travail IRDES*, n°5, Août
- BÉJEAN S., PEYRON C., URBINELLI R. (2007). "Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs." *European Journal of Health Economics*, 83: 225-236.
- BEN AOUN L., *et alii* (2007), "Une analyse économique de la coopération entre professionnels de santé : les apports théoriques, l'étude de l'existant et un essai de prospective", in HAS, RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL PRÉSIDÉ PAR MIREILLE ELBAUM, *Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, Paris

BERGERON P. et GAUMER B. (2007), "Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois ?" FLEURY M.-J., TREMBLAY M., NGUYEN H., BORDELEAU L. (DIR.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Les Editions de la Chenelière

BOLIN K., *et alii* (2008), "Utilisation of physician services in the 50+ population. The relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries", *NBER Working Papers*, n° 14096, 42 p.

BORGES DA SILVA R., *et alii* (2008), "La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique", Journée montréalaise de la recherche en santé publique, Montréal

BORN P. et SIMON C. (2001), "Patients And Profits: The Relationship Between HMO Financial Performance And Quality Of Care", *Health Affairs*, n° 2, 20, pp. 167-174

BOURGEOIS A. et HENNION-AOURIRI M. (2008), "Les comptes de la protection sociale en 2007", *Etudes et résultats, Drees*, n° 667, Octobre

BOURGUEIL Y., *et alii* (2007), "Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives", *Rapport IRDES n° 1675*, Paris

BOURGUEIL Y., *et alii* (2008), "La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE", *Questions d'économie de la santé, IRDES*, n° 136, Novembre

BOUTON R. (2005), "Les médecins généralistes et la mise en oeuvre de la politique de santé publique", *ADSP*, n° 50, pp. 60-63

BOYDEN A. et CARTER R. (2000), "The appropriate use of financial incentives to encourage preventive care in general practice", *Working Paper, Centre for Health Program Evaluation*, Melbourne

BRETON M., *et alii* (2008), "L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle", *Pratiques et Organisation des Soins*, n° 2, 39, pp. 113-124

BRUNELLE Y. (2006), "La pratique de groupe", *Direction des services médicaux et médecine universitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe de travail sur la première ligne*, 17p.

BUTTET P. et FOURNIER C. (2003), "Prévention et éducation pour la santé. Quels rôles pour les médecins et les pharmaciens?" INPES, *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, Saint-Denis

CHAIX-COUTURIER C., *et alii* (2000), "Effects of Financial Incentives in Medical Practice: Results From a Systematic Review of the Literature and Methodological Issues", *International Journal for Quality in Health Care*, n° 2, 12, pp. 133-142

CHAMBAUD L. et MASSÉ R. (2004), "Deux lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle", *Santé Publique*, n° 4, 16, pp. 631-637

CHARTREAU C. (2008), "Pour des schémas sectoriels d'accompagnement des Centres de soins infirmiers. 1ère partie : les chiffres clefs", *Fiches pratiques du CNAR*, 9p.

CHAVANCE B. (2001), "Organisations, institutions, système : types et niveaux de règles", *Revue d'économie industrielle*, n° 1, 97, pp. 85 - 102

CHEVALIER S., *et alii* (2005), "L'intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d'Au coeur de la vie.", Institut National de la Santé Publique du Québec, 34p

CLAIR M. (2000), "Les solutions émergentes : Rapport et recommandations", Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, Ottawa, Gouvernement du Canada

COASE R. H. (1992), "The Institutional Structure of Production", *American Economic Review*, n° 4, 82, pp. 713-719

COLIN C. (2004), "La santé publique au Québec à l'aube du XXIème siècle", *Santé Publique*, n° 2, 16, pp. 185-195

COLOMBET I. et MÉNARD J. (2007), "Consultation de prévention en médecine générale : quel cahier des charges ?" *Médecine*, n° 2, 3, pp. 79-82

CONSEIL PROMOTION DE LA SANTÉ (2008), "L'enseignement fondé sur l'approche par compétences : la compétence de promoteur de santé. Une réforme de l'enseignement à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal", *Document de travail*

CONTANDRIOPOULOS A-P., *et alii* (2001), "Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre", *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, n° 2, 8, pp. 38-52

DE FORGES J.-M. (2003), "Organisation institutionnelle des actions de prévention et de promotion de la santé en France", in DURAND-ZALESKI I. et CAMPION M.-D., *Les politiques de prévention*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion

DE JONG J. D., *et alii* (2003), "Mutual influences of general practitioners in partnerships", *Social Science and Medicine*, n° 57, pp. 1515-1524

DEMERS M., *et alii* (2002), "Répertoire des cliniques médicales d'omnipratique au Québec en 2002", *Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information*, MSSS, 355p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (2004a), "Introduction : L'organisation du système de santé publique", *Santé Publique*, n° 4, 16, pp. 645-654

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (2004b), "La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action", *Santé Publique*, n° 4, 16, pp. 587-596

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (2004c), "Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale", *Santé Publique*, n° 4, 16, pp. 661-672

DUDLEY R. A., *et alii* (1998), "The impact of financial incentives on quality of health care", *The Milbank Quarterly*, n° 4, 76, pp. 649-686

DURIEZ M. (2000), *Le système de santé en France*, Paris

FALK A. et ICHINO A. (2006), "Clean Evidence on Peer Effects", *Journal of Labor Economics*, n° 1, 24, pp. 39-57

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (2007), "Entente sur le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens", *Nouvelles de la FMOQ*, n° 4, 27.

FENINA A., *et alii* (2008), "Les Comptes nationaux de la santé en 2007", *Etudes et résultats, Drees*, n° 655, Septembre

FENINA A., *et alii* (2006), "Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France", *Etudes et résultats, Drees*, n° 504, Juillet

FLEURY M.-J., TREMBLAY M., NGUYEN H., BORDELEAU L. et (DIR.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Les Editions de la Chenelière

FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS (2007), "Rapport d'activité 2007", 34p.

FRANC C. et LESUR R. (2004), "Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention", *Revue Economique*, n° 5, 55, pp. 901-922

GALARNEAU Y. (2007), "Groupe de médecine de famille au Québec. Où en sont les GMF en 2007 ?" 75ème Congrès de L'ACFAS, Trois-Rivières

GAUMER B. et DESROSIERS G. (2005), "L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du réseau", *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, n° 1, 10, pp. 52-70

GILLIES R., *et alii* (2006), "The Impact of Health Plan Delivery System Organization on Clinical Quality and Patient Satisfaction", *Health Services Research*, n° 4, 41, pp. 1181 - 1191

- GOSDEN T., *et alii* (1999), "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour", *Quarterly Journal of Medicine*, n° 92, pp. 47–55
- GOSDEN T., *et alii* (2001), "Impact of payment method on the behaviour of primary care physicians: a systematic review", *Journal of Health Services Research and Policy*, n° 6, pp. 44-55
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1970), "Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social", Québec
- GRIGNON M., *et alii* (2002), "L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins", *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Etude n°35*
- HAMEL M., *et alii* (2007), "L'organisation des services de santé de première ligne. Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie", *Direction de Santé Publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de la santé publique du Québec, Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyne*, 105p. + annexes
- HIMMELSTEIN D., *et alii* (1999), "Quality of Care in Investor-Owned vs Not-for-Profit HMOs", *Journal of the American Medical Association*, n° 2, 281, pp. 159-163
- HOLLINGSWORTH B. (2008), "The measurement of efficiency and productivity of health care delivery", *Health Economics*, n° 10, 17, pp. 1107–1128
- HUDON E., *et alii* (2004), "Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: Obstacles perceived by a group of family physicians", *Family Practice*, n° 1, 21, pp. 11–17
- JABOT F., *et alii* (2008), "Prévention et promotion dans les systèmes de santé: analyses croisées et besoins de recherche", *Promotion & Education*, n° 45 supp.(1), 15, pp. 45-48
- JOURDAIN-MENNINGER D. et LIGNOT-LELOUP M. (2003), "Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire", *Rapport annuel IGAS 2003 003*, La Documentation Française, Paris
- JUSOT F., *et alii* (2007), "Inégalité de recours aux soins en Europe : quel rôle attribuable aux systèmes de santé", 20ème anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français, Lille
- LAMARCHE P., *et alii* (2003), "Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada", *Rapport de recherche FCRSS (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé)*, 1-36

- LAMARCHE P., *et alii* (2005), "Le système de financement des soins au Québec : miroir ou mirage des valeurs collectives ?" COLUFRAS, Montréal, 16-18 juin 2005
- LAMARCHE P., *et alii* (2007), "Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec." *Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé du Québec*,
- LEVASSEUR G. (2004), "Loi de santé publique et médecine générale", *Santé Publique*, n° 4, 16, pp. 721-723
- LÉVESQUE J.-F., *et alii* (2007), "La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ?" FLEURY M.-J., TREMBLAY M., NGUYEN H., BORDELEAU L. (DIR.), *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Les Editions de la Chenelière
- LOUBIÈRE S., PARENT A., TALLON J. (2004). "L'économie de la prévention. Enjeux et problématiques." *Revue Economique*, n°5, 55, pp. 831-847.
- LYNCH M. L. (1994), "The uptake of childhood immunization and financial incentives to general practitioners", *Health Economics*, n° 2, 3, pp. 117-125
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (1999), "La performance qualitative du système de santé français", MOUGEOT M., ATKINSON T. et DIMICOLI F., *Régulation du système de santé français, Rapport du conseil d'analyse économique*, Paris, La Documentation française
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (2001), *Economie de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (2005), "L'organisation du système de santé", *Cahiers Français*, n° 324, pp. 39-45
- MÉNARD C. (2003), "L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthode, des résultats", *Cahiers d'économie politique*, n° 44, pp. 103-118
- MÉNARD C. (2004), *L'économie des organisations*, Paris, La Découverte
- MÉNARD C. (2005), "A New Institutional Approach to Organization", *in* MÉNARD C. et SHIRLEY M., *Handbook of New Institutional Economics*, Springer
- MEYER A., *et alii* (1993), "Configurational Approaches to Organizational Analysis", *Academy of Management Journal*, n° 6, 36, pp. 1175-1195
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (2007), "Etats Généraux de la Prévention. Cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention", 49p.
- NORTH D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance*, Cambridge Cambridge University Press

- OCDE (2007), "Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE", 195p
- PELLETIER-FLEURY N., *et alii* (2007), "Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France." *Health Policy*, n° 2-3, 81, pp. 218-227
- PINEAULT R., *et alii* (2008), "L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec", *Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)*, 86p.
- POLTON D. (2005), "Les systèmes de santé dans les pays occidentaux", *Cahiers Français*, n° 324, pp. 54-59
- PROVOST S. et DROUIN M. (2005), "Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens. Portrait de la situation des Laurentides", *Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides*, 83p.
- REGROUPEMENT NATIONAL DES ORGANISATIONS GESTIONNAIRES DE CENTRES DE SANTÉ (2006), "Les centres de santé. Place et avenir dans le système de santé français", 4p.
- ROBINSON J. C. (2001), "Theory and practice in the design of physician payment incentives", *The Milbank Quarterly*, n° 79, pp. 149-177
- ROCHAIX L. (1997), "Asymétries d'information et incertitudes en santé : les apports de la théorie des contrats", *Economie et Prévision*, n° 3-4, 129-130, pp. 11-24
- ROCHAIX L. (2004), "Les modes de rémunération des médecins", *Revue d'Economie Financière*, n° 76, pp. 223-240
- ROLAND M. (2004), "Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom", *N Engl J Med*, n° 14, 351, pp. 1448-1454
- ROLAND J. (2000), "Formation des médecins", *ADSP*, n° 32
- ROSENEAU P. V. (2003), "Performance Evaluations of For-Profit and Nonprofit U.S. Hospitals Since 1980", *Nonprofit Management & Leadership*, n° 4, 13, pp. 401-423
- SARLON E. (2006), "Les formations en santé publique", *ADSP*, n° 55, pp. 17-37
- SAVARD I. et RODRIGUE J. (2007), "Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique - édition 2007", *Direction de la planification et de la régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, 27p.
- SCOTT A. et FARRAR S. (2003), "Incentives in Health Care", *in* SCOTT A., MAYNARD A. et ELLIOT R., *Advances in Health Economics*, Wiley

- STARFIELD B., *et alii* (2005), "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *The Milbank Quarterly*, n° 3, 83, pp. 457–502
- TURGEON J., *et alii* (2003), "L'évolution du ministère et du réseau : continuité ou rupture ?" *in* LEMIEUX V., BERGERON P., BÉGIN C. et BÉLANGER G., *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université de Laval
- VERHAAK P., *et alii* (2004), "Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries", *European Journal of Public Health*, n° 14, pp. 134–140
- VIDEAU Y. et VENTELOU B. (2007), "Schémas de paiement des médecins généralistes et actions de prévention : quelles conséquences pour les plus démunis ? " *in* BATIFOULIER P., GHIRARDELLO A., DE LARQUIER G. et REMILLON D., *Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, pp. 203-216, Paris, L'Harmattan
- WILLIAMSON O. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York, The Free Press
- WILLIAMSON O. (2000), "The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead", *Journal of Economic Literature*, n° XXXVIII, pp. 595–613
- WILSON A. et CHILDS S. (2002), "The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review", *British Journal of General Practice*, n° 52, 485, pp. 1012-1020