

L'autonomie des médecins : comment la définir et mesurer ses effets sur le fonctionnement des systèmes de soins

Article
original

Luis Eugenio Portela Fernandes De Souza

Professeur à l'Université de Feira de Santana (Brésil)

Résumé :

L'analyse du concept d'autonomie permet de mieux comprendre les stratégies plausibles de régulation d'une profession. Les systèmes de soins ont avantage à se doter de politiques explicites de régulation à la fois de l'autonomie collective et de l'autonomie individuelle de professionnels comme les médecins. L'autonomie est définie comme la liberté d'autorégulation par une profession de sa pratique, tant au niveau des dimensions cliniques qu'économiques et sociopolitiques. Cette définition nous permet d'apprécier plus précisément le degré actuel d'autonomie des médecins et ses effets sur le fonctionnement des systèmes de soins.

Mots clés : Autonomie, régulation, profession médicale.

Introduction

Les services de santé reposent en grande partie sur le travail des médecins. En effet, les décisions et la performance des médecins déterminent grandement le type, le mode, l'endroit et la quantité des services offerts. Le travail médical se base sur des expertises dont l'exercice leur revient exclusivement. En invoquant cette expertise, les médecins ont obtenu de la société la liberté de définir eux-mêmes le contenu et les formes de leur travail et, jusqu'à un certain point, l'organisation des systèmes de soins de santé.

À partir de la moitié des années 1970, la croissance accélérée des coûts des services de santé, associée à une crise fiscale des gouvernements, met en question les formes historiques

d'organisation des systèmes de soins. Des mouvements de réforme se déclenchent alors et entraînent des changements organisationnels majeurs (Saltman et Figueras, 1997). Parmi les mesures de réformes adoptées, plusieurs supposent des changements structurels, organisationnels et comportementaux qui, inévitablement, affectent les médecins. Entre autres aspects, le type et le degré d'autonomie accordée aux médecins sont remis en question.

Aujourd'hui, il paraît évident que plusieurs changements ont été imposés à la pratique professionnelle. Au plan clinique, les médecins ont vu l'émergence des guides de pratique plus ou moins obligatoires. Sur le plan des conditions de travail, ils ont subi les effets de nouvelles formes de rémunération. Au niveau collectif, les médecins ont dû négocier le contrôle de quelques aspects de leur pratique. Au niveau individuel, ils ont dû

revoir leurs comportements cliniques et économiques.

Étant donné l'importance de l'autonomie dans la pratique médicale et la portée de celle-ci sur la performance du système de soins, une question s'impose : quels effets les mesures adoptées par les sociétés, dans le but proclamé d'améliorer l'efficacité, l'efficacité, l'équité et la satisfaction des usagers, ont-elles provoqués sur l'autonomie médicale ?

Toutes les réformes des systèmes de soins tentent, de façon plus ou moins explicite, d'influencer le type de rapports qu'entretient une profession donnée avec les autres acteurs et les différentes forces de régulation. En réalité, les politiques de santé font face à un dilemme : préserver ou limiter l'autonomie professionnelle ? Comment garantir la liberté nécessaire des médecins pour leur permettre de poser des diagnostics et de proposer des thérapeutiques ne prenant que les besoins du patient comme contraintes et, simultanément, assurer que le travail des médecins représente un coût acceptable pour la société ?

Les médecins ont tendance à dire qu'un degré élevé d'autonomie demeure primordial à l'accomplissement des buts du système de soins. Les gestionnaires, à l'opposé, affirment qu'une autonomie élevée peut nuire à l'efficacité et à l'efficacité du système. De toute manière, la coopération et l'engagement des médecins restent essentiels à l'atteinte des objectifs du système de soins.

Une meilleure compréhension de l'autonomie peut fournir des pistes de réponse à d'autres questions sur le lien entre l'autonomie médicale et le fonctionnement du système de soins, sous un angle différent, à savoir : non seulement les effets des changements sur l'autonomie, mais aussi les effets de l'autonomie sur la viabilité des réformes. Les caractéristiques actuelles de l'autonomie professionnelle représentent-elles des obstacles à la mise en place des mesures de réorganisation des services de santé ? Ou, au contraire, les rendent-elles plus faciles ?

Dans cet article, nous proposons une analyse du concept d'autonomie afin de mieux

comprendre les stratégies plausibles de régulation (autorégulation ? régulation externe ?) de la profession médicale. Les systèmes de soins ont intérêt à se doter de politiques explicites de régulation de l'autonomie, autant collective qu'individuelle, allouée aux médecins. Entre autres motifs, ces professionnels présentent des caractéristiques très particulières, ce qui mène à des enjeux spécifiques en matière de développement, de planification et de gestion de ces ressources humaines.

Cet article tente de proposer un cadre pour analyser la nature des liens entre l'organisation des services de santé et l'autonomie médicale. Une meilleure compréhension de l'autonomie des médecins reste fondamentale à la définition des politiques de santé qui visent l'amélioration des systèmes de soins.

Pour bien cadrer notre analyse, nous présentons, dans la première partie de l'article, une revue des débats théoriques sur l'autonomie, d'abord, autour de la définition d'autonomie et ensuite, sur le degré d'autonomie réelle de la profession médicale. Nous extrayons de plusieurs études empiriques, dans la deuxième partie, l'impact des changements de l'organisation des services médicaux sur l'autonomie. Par la suite, nous proposons une définition plus adéquate d'autonomie et identifions des dimensions à partir desquelles nous pourrions caractériser l'autonomie actuellement allouée aux médecins. Finalement, dans la conclusion, nous identifions des questions de recherche future pour analyser l'influence de l'autonomie professionnelle sur la mise en œuvre de nouvelles réformes du système de soins de santé.

Le débat théorique sur l'autonomie

La dominance professionnelle

Les travaux de Freidson (1970) marquent le débat sur les professions et l'autonomie professionnelle des trente dernières années. Pour lui, une profession correspond à une occupation qui assume une place structurellement dominante dans la division du travail. Dans le cas de la médecine, le contrôle de la profession médicale sur

les professions « paramédicales » se manifeste sous différentes formes. D'abord, la connaissance technique des travailleurs paramédicaux est fournie ou, pour le moins, approuvée par les médecins. Deuxièmement, les tâches accomplies par les paramédicaux supportent mais ne remplacent jamais celles des médecins. Troisièmement, les médecins supervisent les paraprofessionnels. Quatrièmement, le prestige public des médecins dépasse largement celui des paramédicaux.

Cependant, la quintessence d'une profession se définit par le contrôle de la détermination du contenu de son propre travail. Partant d'une approche historique, Freidson montre le caractère essentiellement politique de l'établissement du contrôle des médecins sur leur travail. Une occupation n'obtient pas le statut de profession « naturellement ». Elle requiert le patronage d'un segment de l'élite sociale.

Au-delà de l'appui de l'élite, certaines professions nécessitent la participation du public. Elles se classent dans les occupations dites de consultation. Dans le cas de la médecine, l'amélioration de ses résultats empiriques et celle du niveau d'éducation de la population ont favorisé la conquête de la confiance et de la participation du public.

De plus, c'est aussi l'interaction entre les représentants officiels de la profession et ceux de l'État qui autorise l'établissement du contrôle du travail médical par les médecins eux-mêmes. L'État peut garder le contrôle sur les aspects sociaux et économiques de la pratique médicale, mais il laisse à la profession le contrôle sur la partie technique du travail.

Ces trois mouvements politiques concrétisés par l'obtention de l'appui de l'élite, la participation du public et l'encadrement légal par l'État assurent la *légitimité* de l'autonomie caractéristique des professions.

Le test de l'autonomie professionnelle est l'autorégulation. Le privilège de s'autoréguler est accordé à partir de trois prémisses : la connaissance professionnelle n'est pas disponible aux non professionnels, les professionnels sont des personnes responsables et la profession, à travers ses entités

représentatives, contrôle ses membres. Une question se pose alors : la profession s'organise-t-elle de façon à garantir que chacun de ses membres travaille selon le degré le plus élevé d'éthique, privilégiant ainsi l'intérêt du public avant son intérêt particulier ?

Les observations empiriques de Freidson le mènent à conclure que, dans la pratique, aucun mécanisme d'autocontrôle de la profession médicale n'existe. Et plus, l'autonomie professionnelle a empêché l'amélioration de l'application concrète des connaissances médicales. Par conséquent, la société doit limiter l'autonomie des médecins.

La « déprofessionnalisation »

Contre l'idée, très répandue à l'époque, que la plupart des occupations cherchaient à se transformer en profession, Haug (1973 *apud* Haug, 1988) a plutôt argumenté que la tendance allait vers la déprofessionnalisation. Ses arguments, dans le cas des médecins, s'appuient sur des changements observés face au monopole de la connaissance, de l'autonomie du travail et de l'autorité sur les occupations paramédicales et sur le public. Au plan des connaissances, le public en connaît davantage sur la santé et la maladie. Quatre types de menaces peuvent réduire l'autonomie des médecins : la présence de non-médecins dans les comités de révision du travail médical, les pratiques de groupe, la création et l'institutionnalisation de la « gestion » des médecins. Finalement, nous constatons l'érosion de l'autorité médicale sur les patients dont les mouvements de consommateurs de soins médicaux ne représentent qu'un exemple. Quinze ans après le premier texte, Haug (1988) a publié un nouvel article où elle soutient la même position. Elle met l'accent, encore une fois, sur la déprofessionnalisation plutôt comme une tendance à se concrétiser qu'une réalité déjà établie.

La profession médicale dans le système capitaliste

McKinlay et Stoeckle (1988) s'intéressent au rôle des entreprises dans le domaine des soins de santé. Ils remarquent qu'aux États-Unis, les organisations de santé sont devenues des compagnies commerciales. Par conséquent, des administrateurs

professionnels dirigent maintenant les hôpitaux et les services, en mettant l'accent sur l'efficacité. De manière similaire, les gouvernements, confrontés à des crises fiscales, ont mis en œuvre des mécanismes de contrôle des coûts des services de santé. Ainsi, les services publics ont vu le remplacement des médecins par des administrateurs dans les positions de prise de décision. De plus, la spécialisation a entraîné une déqualification des médecins: plusieurs tâches, auparavant réservées aux médecins, sont maintenant accomplies par des travailleurs moins qualifiés. La spécialisation a également affaibli la position politique des médecins américains à cause de la dispersion des affiliations entre les associations des spécialités médicales. Finalement, le surplus dans l'offre des médecins a renforcé la compétition intraprofessionnelle et a dévalué les médecins sur le marché du travail, dont une conséquence se manifeste par le régime de salariat et la syndicalisation, tous les deux actuellement répandus.

La transformation capitaliste du processus de travail constituerait la meilleure explication pour toutes ces modifications dans le domaine médical. Les activités médicales sont, de plus en plus, subordonnées aux exigences de la production capitaliste des services. La profession médicale a donc perdu sa dominance. Les médecins deviennent des prolétaires, dès qu'ils ne bénéficient plus de certaines prérogatives, à savoir le choix de lieu de pratique et la définition du contenu de leur travail.

Analysant la situation au Canada, Coburn (1988) observe le début de la prolétarianisation des médecins. Il définit la prolétarianisation comme le contrôle, par des agents externes, de l'organisation du système de services de santé et du travail médical, lui-même rationalisé. Ces agents surveillent et manipulent le travail des médecins.

Navarro (1988) estime que la profession médicale a perdu du pouvoir. Il ne la considère cependant pas comme un processus de prolétarianisation. Même si les médecins ont perdu le contrôle sur les moyens matériels de production des services médicaux et sur les formes organisationnelles de leur travail, ils conservent un degré élevé d'influence sur l'organisation de leur travail. De plus, Navarro et aussi Johnson (1980) considèrent que la classe dominante détermine le mode

de l'organisation sociale du travail. Le degré d'autonomie d'une occupation est déterminé par sa fonction dans la reproduction du capital. L'idéologie du professionnalisme se montrera efficace seulement si elle coïncide avec les processus idéologiques du capital tout court. Ainsi, ni les médecins ni les autres professionnels ne sont autonomes par eux-mêmes.

Ribeiro & Schraiber (1994) qualifient de partielle la position de Navarro et de Johnson. Ils distinguent deux dimensions de la médecine en tant que travail. D'un côté, la profession médicale comporte une dimension de travail social qui reproduit les structures capitalistes. Dans cette dimension, la médecine ne possède pas d'autonomie propre. D'un autre côté, la médecine a une dimension de service. Le jugement professionnel, pierre angulaire des soins de santé, ne peut se porter que dans la liberté de choisir le traitement clinique adéquat. Le degré effectif d'autonomie dépend alors des conflits entre ces deux logiques, l'une liée à la production industrielle et l'autre, liée à la consommation individuelle de services.

La « corporatisation » de la médecine (Corporatization)

La thèse de la corporatisation réfère au contrôle des médecins par les entreprises où ils travaillent, à travers, entre autres, la revue de la qualité, les incitations économiques et les restrictions dans les profils de pratique. La perte de contrôle n'est pas totale, comme dans le cas des prolétaires, mais elle paraît suffisante pour soustraire aux médecins le rôle dominant dans l'organisation de leur propre travail.

Starr (1982) affirme que les marchés, les organisations de santé et même les normes de jugement clinique sont ciblés par les actions des corporations. L'émergence des entreprises dans les services de santé résulte de deux tendances de l'économie politique des sociétés contemporaines: l'expansion des compagnies dans les secteurs traditionnellement occupés par les entrepreneurs autonomes et la privatisation des services publics.

Deux caractéristiques internes à la profession médicale ont aussi favorisé la corporatisation. D'abord, la spécialisation a affaibli les relations

médecins-patients. Deuxièmement, le surplus de médecins a obligé les jeunes médecins à accepter de travailler dans les entreprises.

Comparée à la pratique individuelle, la pratique dans une organisation signifie une perte profonde d'autonomie. Le rythme et les routines de travail y sont régulés. Des standards de performance sont établis. Les erreurs médicales donnent lieu à des enquêtes. Les conflits entre les décisions cliniques et économiques se multiplient. Les médecins perdent la place de dirigeants des services de santé. Les techniques de gestion influencent les règles et les standards du travail médical.

La réponse de Freidson

Dans des travaux plus récents, Freidson (1986, 1994) rejette les thèses qui traitent du déclin du pouvoir de la médecine. Contre la thèse de la déprofessionnalisation, il soutient que la médecine n'a pas perdu la confiance du public. De plus, la spécialisation a augmenté—et non réduit—l'écart entre les connaissances professionnelles et les connaissances profanes, parce que le savoir professionnel croît plus rapidement que celui du public. Contre la thèse de la prolétarianisation, il soutient que la croissance du régime de salariat n'a pas été importante parmi les médecins et que le fait d'être employé ne signifie pas une perte d'indépendance économique (en autant que les médecins peuvent imposer aux employeurs les conditions de leur pratique). Contre l'idée de corporatisation, il affirme que les organisations n'arrivent pas à contrôler le travail des médecins.

Néanmoins, Freidson reconnaît que des changements se sont produits : une compétition accrue entre les médecins à cause des lois antitrust aux États-Unis, la politisation du système de soins avec l'introduction du financement public et le développement des protocoles informatisés. Malgré ces changements, la profession médicale conserve le contrôle du système de soins puisque les représentants de la profession définissent toujours les normes et assurent la supervision des médecins en tant que praticiens individuels. Ainsi, si nous considérons seulement les praticiens anonymes, nous constatons un déclin de pouvoir. Par contre, si nous observons l'élite médicale et son rôle dans la définition des politiques

publiques, nous remarquons plutôt une augmentation de pouvoir.

Wolinsky (1988) présente une vision proche de celle de Freidson. Il considère les médecins-gestionnaires et les médecins-praticiens comme faisant partie également de la profession médicale. Par conséquent, le pouvoir de définir le contenu et les formes du travail reste toujours aux mains de la profession.

La critique de Coburn à Freidson

Coburn (1992) analyse minutieusement les travaux de Freidson. Il critique l'ambiguïté des concepts d'autonomie et de dominance, l'absence de lien entre les concepts utilisés et l'absence d'une analyse des relations entre la médecine et le contexte social. Pour lui, il existe une gradation entre la dominance, l'autonomie et la subordination : une profession peut être soit dominante et s'imposer aux autres, soit subordonnée à d'autres professions ou, finalement, autonome, sans entrer dans une relation de domination et subordination.

L'idée de dominance implique le contrôle sur les clients et sur les conditions de travail. Or, si aujourd'hui la médecine ne contrôle plus ces facteurs, cela indique une perte de dominance, même si l'autonomie sur le contenu technique du travail se maintient.

Finalement, l'analyse de Freidson n'explicite pas les connexions de la médecine avec les autres institutions sociales. Par conséquent, sa théorie de la dominance professionnelle ne peut percevoir la profondeur des changements dans la pratique professionnelle.

La régulation du travail professionnel

Dussault (1995), partant de l'analyse de la régulation du travail médical, examine la question de l'autonomie. L'objet de la régulation peut comprendre plusieurs dimensions : les conditions d'admission à l'exercice, le contenu du travail médical, les normes de pratique, la division des tâches entre les médecins et les autres producteurs de soins, le choix d'installation, le prix des services, les modalités de paiement et l'organisation sociopolitique de la profession. Toutes ces

dimensions de la pratique médicale peuvent être soumises à quatre types de régulation: juridique, économique, administrative et sociale.

Trop ou trop peu d'autonomie peut produire des effets indésirables. D'un côté, la médecine doit se soumettre à des évaluations par une organisation crédible pour protéger le public. De plus, à cause des conséquences économiques produites par les actes médicaux, la liberté de prendre des décisions cliniques ne peut être illimitée. D'un autre côté, moins ils se sentent autonomes, plus les médecins tendent à adopter des comportements de type bureaucratique. L'absence d'autonomie prive le client de l'accès au jugement professionnel.

Almeida (1997) aussi part de la discussion de la régulation du travail professionnel pour considérer la question de l'autonomie. Trois modes de régulation—par l'État, le marché et la propre profession—restent toujours présents. Les frontières entre ces trois modes paraissent flexibles et changent au cours du temps. Au moment actuel, la crise fiscale de l'État a mis en question l'autorégulation du travail médical. Ainsi, un mouvement vers le renforcement de la régulation spécialement par le marché a surgi et a gagné de l'importance politique. La modernisation capitaliste spécifique au secteur de la santé, en privilégiant l'investissement technologique, a provoqué des changements dans la pratique professionnelle et dans les services de santé (complexité technique et organisationnelle croissante, emphase sur la spécialisation et la pratique hospitalière, croissance des compagnies de soins médicaux, augmentation des coûts) qui ont poussé le débat dans le sens de la restriction du pouvoir professionnel comme moyen pour contenir les coûts.

Le processus de professionnalisation

Larson (1977) pense qu'au lieu d'observer les professions comme des réalités statiques, il faut étudier le *processus* de professionnalisation. La professionnalisation représente la tentative, par les membres d'une occupation, de traduire un type de ressources rares (des connaissances et habiletés spéciales) par des privilèges économiques et sociaux. Le contrôle du marché et l'ascension sociale constituent les stratégies fondamentales pour une occupation qui veut devenir une profession.

Le contrôle du marché exige que les détenteurs d'un corps de connaissances abstraites forment un groupe capable d'uniformiser et de contrôler la dissémination de son savoir. Cela réussi, ils deviennent en position de négocier avec l'État le monopole de ce marché. Les sources de prestige, qui procurent l'ascension sociale, incluent l'éducation générale, la formation technique, le droit exclusif de pratique et les revenus élevés. Enfin, l'influence d'une occupation sur toutes ces dimensions de sa pratique demeure le facteur déterminant de la réussite de son projet de professionnalisation.

Macdonald (1995) présente une vision très proche de celle de Larson. Il argumente que le projet professionnel est poursuivi aussi bien dans la sphère économique que dans la sphère sociale. Dans la première sphère, l'objectif vise le monopole légal sur la pratique. Dans la deuxième sphère, le but recherché consiste à obtenir la respectabilité sociale. Les relations de l'occupation avec l'État paraissent essentielles pour la réussite dans l'ordre économique. La congruence du projet professionnel avec les valeurs sociales reste fondamentale pour l'obtention de la respectabilité. Une fois acquis le monopole de pratique et la confiance de la société, le succès de la profession est couronné par la «clôture sociale», c'est-à-dire par la liberté légitimée d'autorégulation.

Light et Levine (1988) partent de l'idée de processus de professionnalisation pour comprendre les changements survenus en médecine. Ils croient que la dominance professionnelle, la corporatisation, la déprofessionnalisation et la prolétarianisation reflètent des réalités partielles de la profession médicale.

La dominance professionnelle reflète la réussite, dans les années 60, du *projet professionnel* des médecins américains mis en place depuis le début du 20^e siècle. Paradoxalement, cette réussite a mené à la corporatisation de la médecine. Les médecins ont réussi à convaincre le public qu'ils représentent les vrais gardiens de la santé. Les compagnies productrices de biens ou de services médicaux ont su explorer cette croyance et sont allées chercher l'approbation de la profession médicale—concrètement, celle de l'Association Médicale Américaine—pour leurs produits ou services. D'une certaine façon, cette approbation

a favorisé la croissance économique des compagnies et, par conséquent, un pouvoir accru de celles-ci. Ainsi, ces compagnies sont devenues assez puissantes pour imposer des restrictions au travail des médecins.

L'accent que la profession a mis sur la spécialisation a aussi favorisé la corporatisation. L'accès des patients aux services interdépendants des spécialistes a exigé la création d'organisations, devenues des structures bureaucratiques limitant l'autonomie médicale.

De façon similaire, la déprofessionnalisation est en partie une conséquence directe du professionnalisme. La surutilisation de la technologie, qui a déshumanisé la médecine, a contribué à l'émergence du mouvement des consommateurs de soins médicaux.

Même la prolétarianisation est liée à des caractéristiques qui accompagnent la quête d'autonomie et de dominance par la profession. Les contrôles imposés aux médecins par les organisations, surtout celles qui achètent les services des médecins, résultent de la croissance des coûts dérivée du principe professionnel d'offrir «le meilleur soin indépendamment des coûts».

Le système des professions

Abbott (1988) critique les études sur les professions isolées et propose d'observer le phénomène des professions à partir du concept de système des professions. Les professions composent un système où la compétition entre les différentes occupations imprègne les interrelations entre celles-ci. Chaque occupation essaie d'obtenir le monopole de l'exécution de certaines tâches. L'ensemble des tâches reconnues comme exclusives à une occupation constitue la juridiction de la profession. Les conflits entre les occupations se définissent exactement par la dispute pour le contrôle des juridictions. Ainsi, le phénomène des professions s'explique par les relations entre les différentes occupations.

L'idée d'autonomie fait partie de la conception des systèmes de professions, au sens où Abbott désigne le contrôle sur le contenu du travail comme l'élément qui confère à une occupation

son statut de profession. Ce qu'il met en évidence, c'est qu'une occupation atteint ce contrôle non seulement à travers des négociations avec l'État ou des compromis avec l'élite sociale ou le public, mais aussi à travers des conflits avec d'autres occupations.

L'autonomie dans quelques travaux empiriques

Schulz & Harrison (1986) comparent l'autonomie des médecins dans trois pays : les États-Unis, la Grande Bretagne et l'Allemagne. Pour rendre comparable l'autonomie, ils la divisent en sept dimensions. Ainsi, l'autonomie, pour eux, se compose de trois dimensions socio-économiques et de quatre dimensions d'ordre clinique. Elles s'énoncent ainsi :

1. la liberté de choix de la spécialité et du lieu de pratique,
2. le contrôle sur le revenu,
3. le contrôle sur la nature et sur le volume des tâches,
4. la liberté d'accepter ou non des patients,
5. le contrôle sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques,
6. le contrôle sur l'évaluation des soins,
7. le contrôle sur d'autres professionnels.

Dans leur discussion, ils affirment que les médecins des trois pays sont limités dans leur autonomie et que chaque système comporte certaines libertés et contraintes. De façon générale, aux États-Unis, c'est le marché qui impose des restrictions, alors qu'en Grande Bretagne les contrôles de type bureaucratique se révèlent les plus importants. En Allemagne, le marché réglemente surtout les médecins en cabinet et les mécanismes bureaucratiques, ceux des hôpitaux.

En adoptant la définition d'autonomie de Schulz & Harrison, Culbertson & Lee (1996) évaluent l'impact du *Medicare* américain sur l'autonomie des médecins. Pour eux, les médecins qui soignent les patients affiliés au Medicare ont subi des réductions importantes dans leur autonomie économique, surtout parce que l'établissement des prix des services a gagné le débat public. Par contre, l'autonomie clinique a été préservée.

Plus récemment, le *Medicare* a commencé à contracter des «*Health Maintenance Organizations*» (HMO). Ce type de contrat peut signifier le passage de *Medicare* d'un modèle d'assurance sociale à un autre d'assurance privée. Si ce changement se confirme, le *Medicare* peut commencer à adopter des mesures de contrôle qui, comme celles des assurances privées, menacent l'autonomie clinique.

Naylor & Hollenberg (1990) ont étudié les effets des guides de pratique sur l'autonomie. Ils ont identifié des conflits autour de l'adoption de guides entre l'élite médicale, représentée par l'Association Médicale de l'Ontario (AMO), et les praticiens. L'AMO a recommandé l'adoption d'une procédure clinique qui correspondait à l'intérêt du gouvernement pour contenir les dépenses. De leur part, les praticiens ont préféré garder la liberté d'opter pour une autre procédure. Cependant, l'alliance de l'AMO et du gouvernement s'est montrée suffisamment forte pour imposer sa décision. Ainsi, l'élite médicale a préservé l'autonomie collective de la profession en échange de l'autonomie individuelle. Au plan économique, les restrictions ont été imposées, unilatéralement, par le pouvoir public.

Du même avis que Naylor & Hollenberg, Rappolt (1997) voit l'implantation des guides de pratique comme une tentative de l'élite médicale de préserver l'autonomie clinique collective, tout en contribuant aux politiques gouvernementales de contention des coûts. Dans le cas analysé, le faible degré d'adoption de ces guides par les médecins a légitimé l'imposition par le gouvernement de ses propres guides et de mesures de contrôle sur les dépenses. Rappolt conclut alors que l'autonomie se trouve assujettie aux rapports de force entre les groupes sociaux et,

à la limite, entre les classes sociales. L'autorégulation devient un outil pour induire ou obliger la profession à adopter des comportements congruents avec les intérêts des groupes socialement dominants.

Tuohy et O'Reilly (1992) comparent les caractéristiques du professionnalisme dans deux types de systèmes de soins de santé: les systèmes à dominante publique et les systèmes dominés par le marché. Dans les premiers, le but de contrôler les coûts renforce le professionnalisme, puisque les gouvernements demandent à la profession l'établissement des normes de pratique et limitent leurs actions à l'établissement des paramètres budgétaires. Au contraire, dans le contexte de systèmes dominés par le secteur privé, l'entrepreneurialisme menace le professionnalisme. D'abord, les médecins perdent leur autonomie économique. Les instruments de contrôle de la génération des revenus passent aux mains des entreprises. Ensuite, l'autonomie clinique sent aussi une menace: les entreprises développent, sans la participation des associations professionnelles, des mécanismes informatisés pour le contrôle des décisions des médecins, spécialement, par la comparaison des pratiques individuelles à des normes statistiques.

Calnan & Williams (1995) ont interviewé un échantillon de quarante «*general practitioners*» (GP) pour connaître leur opinion sur les effets des réformes du National Health Service (NHS) anglais sur l'autonomie professionnelle. Les auteurs ont demandé aux médecins s'ils avaient l'impression de perdre de contrôle sur certains aspects de leur travail et s'ils se sentaient satisfaits de leur pratique, en général. Les GP ont répondu que leur autonomie restait intacte, même s'ils admettaient avoir changé leur style de pratique clinique.

Une conclusion différente est proposée par Sutherland & Dawson (1998), dans leur étude sur les rôles des médecins et des gestionnaires dans l'amélioration de la qualité du système de services de santé britannique. Ils voient l'émergence des questionnements de la légitimité de l'autonomie médicale et de l'adéquation des mécanismes d'autorégulation. L'adoption du concept de «*clinical governance*» qui impose aux gestionnaires des responsabilités sur la qualité clinique des services

représente une perte d'autonomie des médecins et une augmentation du pouvoir des gestionnaires.

Schlesinger, Gray, & Perreira (1997) évaluent l'impact de la revue de l'utilisation (Utilization Review) sur l'autonomie médicale. Selon eux, quatre types de menaces à l'autonomie ressortent :

1. l'imposition de profils de pratique par des non-médecins, ce qui représente un défi à l'autorité médicale ;
2. l'obligation de compléter des formulaires, qui distrait l'attention des médecins de leurs tâches principales ;
3. les protocoles de normalisation de traitements qui réduisent la liberté clinique ;
4. l'association des médecins avec les entreprises qui peut encourager la substitution de valeurs entrepreneuriales aux valeurs professionnelles.

Les pratiques de revue menacent l'autonomie plus souvent par la normalisation et moins par des défis à l'autorité médicale. Malgré cette menace, la revue externe comporte un aspect positif ; elle peut contribuer à restaurer la confiance publique envers les médecins.

Harrison (1998) analyse les effets sur l'autonomie médicale des réformes sanitaires en Allemagne et aux Pays-Bas. La profession médicale allemande a répondu aux initiatives gouvernementales de contention budgétaire, en renforçant son autorégulation. Ainsi, les médecins ont-ils préservé leur autonomie. Les médecins hollandais, au contraire, à cause du manque de tradition d'auto-organisation, n'ont pas pris des initiatives en réponse aux pressions gouvernementales pour la contention des coûts. En conséquence, le gouvernement a adopté unilatéralement des mesures de contrôle de la pratique médicale, entraînant automatiquement une perte d'autonomie médicale.

Moran & Wood (1993) comparent les mécanismes de régulation de la profession médicale aux États-Unis, en Grande Bretagne et en Allemagne. De façon générale, ils trouvent que, dans les trois pays, les médecins restent des

acteurs puissants, même s'ils subissent une forte pression. Le pouvoir des médecins s'exerce surtout à travers leurs activités quotidiennes qui traduisent, dans la pratique, les principes de la régulation. Les pressions viennent surtout des politiques de contention des coûts. L'implantation de ces politiques est favorisée par le fait qu'un grand nombre des médecins travaille dans des organisations. Malgré les pressions, les médecins des trois pays, maintiennent leur autonomie professionnelle.

Fairfield et al (1997) ont étudié les implications du « *Managed Care* » pour les systèmes de santé, les médecins et les patients. En ce qui concerne les médecins, le « *Managed Care* » a réduit leur autonomie et leurs revenus, surtout à travers l'implantation du « *monitorage* » des médecins, des guides de pratique et des procédures d'assurance de qualité. En fait, le pouvoir s'est déplacé des mains des médecins vers les entreprises privées.

Schlesinger, Dorwart & Epstein (1996) examinent les contraintes imposées par le « *Managed Care* » sur le travail des psychiatres. Soixante-quinze pour cent (75%) des psychiatres interrogés considèrent que les assurances font des pressions pour qu'ils donnent un congé précoce aux patients. La moitié des psychiatres ont été incités à ne pas hospitaliser des patients sévèrement malades ou des patients non assurés. Les contraintes imposées sont ainsi largement répandues et les psychiatres semblent accepter les limitations à leur autonomie, en autant qu'ils puissent accroître leurs revenus.

En annexe, nous présentons deux tableaux avec un résumé des concepts d'autonomie adoptés dans tous ces travaux et un résumé des opinions des auteurs sur le degré d'autonomie actuellement alloué aux médecins.

Quelle autonomie ?

Si la plupart des auteurs acceptent que l'autonomie définisse bien une profession, la définition précise de l'autonomie professionnelle et le degré effectif d'autonomie des médecins demeurent encore l'objet de débats intenses. En principe, tous les auteurs partagent cette pensée

de Freidson: l'autonomie équivaut à la liberté d'autorégulation. Cependant, une définition plus précise de l'autonomie, qui identifie les dimensions de la pratique médicale sur lesquelles cette autorégulation s'exerce, obtient moins de consensus.

Un résumé des propositions des différents auteurs est présenté au tableau ci-dessous.

Tableau 1: Les dimensions du travail médical soumises à l'autorégulation selon les différents auteurs

AUTEUR	DIMENSIONS DU TRAVAIL MÉDICAL SOUMISES À L'AUTORÉGULATION							
	Formation	Admission et accès à l'exercice	Évaluation	Contrôle d'autres professions	Règles et routines techniques	Normes de performance	Les types de patients	Les conditions socio-économiques
Freidson (1970)			X	X				
Haug (1973)			X	X				
Johnson (1980)					X			X
Starr (1982)					X	X		X
Schulz & Harrison (1986)	X		X	X	X		X	X
McKinlay & Stoeckle (1988)	X	X			X	X	X	X
Wolinsky (1988)			X			X		
Navarro (1988)					X			X
Naylor & Hollenberg (1990)					X			X
Tuohy & O'Reilly (1992)					X			
Coburn (1992)					X			X
Moran & Wood (1993)					X			
Ribeiro & Schraiber (1994)					X			
Freidson (1994)			X			X		
Dussault (1995)		X		X	X	X		X
Calnan & Williams (1995)					X			
Culbertson & Lee (1996)	X		X	X	X			X
Shlesinger et al. (1996)					X			X
Schlesinger et al. (1997)					X			
Almeida (1997)					X			X
Rappolt (1997)					X			X
Fairfield et al. (1997)					X			X
Sutherland & Dawson (1998)					X			
Harrison (1998)					X			

Somme toute, nous pouvons classifier les écrits en quatre catégories. La première catégorie, composée par Freidson, Wolinsky et Haug, identifie l'autonomie au privilège d'une occupation de définir elle-même les standards de performance et de n'être évaluée que par des pairs. La deuxième catégorie est composée par les auteurs qui ont choisi d'être plus spécifiques dans l'énumération des dimensions de la pratique médicale où l'autonomie peut s'exercer. Ainsi, ils mentionnent : la formation professionnelle, l'admission de nouveaux membres, l'évaluation de la pratique, le contrôle sur d'autres professions, les règles et les routines techniques, les normes de performance, le contrôle sur les patients et le contrôle sur les conditions socio-économiques. Les auteurs de cette catégorie (McKinlay & Stoeckle, Schulz & Harrison, Culbertson & Lee et Dussault) font référence aux aspects économiques et techniques. La troisième catégorie est constituée des auteurs qui ne précisent pas les aspects de l'autonomie comme le font les auteurs cités dans la deuxième catégorie, mais qui se réfèrent aussi aux dimensions cliniques et aux dimensions socio-économiques. La quatrième catégorie est constituée par des auteurs qui limitent la définition de l'autonomie au contrôle par la profession des conditions techniques de la pratique médicale. Il importe de noter que cette dernière catégorie se rapproche de la première. Les deux se limitent aux aspects cliniques. La différence, toutefois, revêt une importance certaine. Tandis que Freidson, Wolinsky et Haug mettent l'accent sur le caractère collectif de l'autonomie, les auteurs compris dans la quatrième catégorie considèrent l'indépendance individuelle des médecins comme l'aspect essentiel de l'autonomie.

Quelle définition de l'autonomie professionnelle retenir, après toute cette discussion ? Il nous semble que, comme concept théorique général, la meilleure définition de l'autonomie est celle proposée par Freidson (1970), acceptée par la plupart des auteurs et adoptée plus explicitement par Dussault (1995) et Almeida (1997) : l'autonomie est la liberté d'autorégulation. Cette définition présente les avantages d'être simple, précise et d'application universelle. Cependant, pour orienter les analyses empiriques, cette définition demeure très générale et, par là même, peu opérationnelle. Comme Schulz & Harrison (1986) ont argumenté, il faut spécifier les dimensions de la pratique sur lesquelles l'autorégulation peut s'exercer

pour pouvoir mesurer le degré d'autonomie d'une profession.

Dans la pratique, chaque auteur peut choisir d'examiner une ou plusieurs dimensions de l'autonomie. Pourtant, la définition du degré général d'autonomie impose une évaluation du nombre le plus grand possible de dimensions. Une définition de l'autonomie limitée aux aspects techniques, par exemple, empêche l'observation du pouvoir d'autorégulation sur les dimensions économiques du travail professionnel. Les partisans du concept limité d'autonomie argumentent que le droit à l'autorégulation sur les aspects techniques de la pratique reste la dimension essentielle de l'autonomie et suffit pour reconnaître une profession comme autonome. Ils oublient toutefois que les aspects techniques sont loin d'être complètement indépendants des aspects économiques, comme l'atteste paradoxalement le principe du « meilleur soin indépendamment des coûts ». Ils oublient encore que les comparaisons entre les membres d'une même profession de divers pays ou de différentes époques montrent que le degré d'autonomie accordé à la profession a varié aussi bien dans les aspects cliniques que dans les aspects socio-économiques. Ainsi, pour nous, le concept d'autonomie doit comprendre le droit à l'autorégulation dans les dimensions techniques et socio-économiques du travail médical.

Suivant la piste de Schulz & Harrison (1986) et de Dussault (1995), nous identifions treize aspects du travail des médecins dont la régulation est disputée entre la profession et les autres acteurs sociaux. Ils concernent l'autonomie collective et individuelle et s'énoncent ainsi :

1. L'autonomie collective

- la formation professionnelle,
- la composition, la distribution et la croissance du nombre de médecins,
- le contenu du travail médical,
- les normes de pratique,
- les mécanismes d'évaluation de la pratique,
- la division des tâches entre les médecins et les autres producteurs de soins,
- les modalités de paiement,
- l'organisation sociopolitique de la profession ;

2. L'autonomie individuelle

- la prise de décision clinique,
- le choix de spécialité,
- le choix d'installation,
- le choix des patients,
- le prix des services.

Une définition de l'autonomie qui comprend tous ces aspects rend compte des dimensions collectives et individuelles, économiques et cliniques, ainsi que des rapports entre la profession médicale et les autres professions de la santé. De plus, elle incorpore les aspects d'ordre politique qui ne sont souvent pas inclus dans les dimensions de l'autonomie. Cette définition de l'autonomie se veut élargie sans cesser d'être précise, une définition adéquate au niveau théorique et utile au niveau empirique.

Naturellement, l'existence d'une autonomie complète dans toutes ces dimensions n'est pas envisageable. Si, dans une dimension spécifique, l'autorégulation est plus importante que la régulation par d'autres acteurs sociaux, l'autonomie se confirme dans cette dimension. Le nombre des dimensions où l'autorégulation prédomine détermine l'étendue de l'autonomie.

Les médecins sont-ils autonomes actuellement?

L'adoption d'une définition plus ou moins large de l'autonomie amène à des conclusions différentes sur l'autonomie effective de la profession médicale et des médecins considérés individuellement. De manière générale, nous identifions deux tendances chez les différents auteurs. D'un côté, se situent ceux qui définissent l'autonomie exclusivement à partir des dimensions techniques de la pratique médicale et qui considèrent que les médecins jouissent toujours d'un degré important d'autonomie. D'un autre côté, se positionnent les auteurs qui envisagent l'autonomie dans ses dimensions cliniques et économiques et qui pensent que l'autonomie médicale est plus limitée aujourd'hui qu'auparavant.

Freidson (1986,1994) est le représentant le plus saillant du premier groupe. Du fait que ce sont les représentants de la profession qui définissent les normes de performance et qui surveillent les médecins individuels, l'autonomie médicale est assurée. Wolinsky (1988), Moran & Wood (1993) et Calnan & Williams (1995) se situent aussi dans ce premier groupe.

Le deuxième groupe réunit la majorité des études. Starr (1982) affirme que les médecins se sont transformés en agents des entreprises. McKinlay & Stoeckle (1988) et Coburn (1988) identifient une tendance à la prolétarianisation des médecins. Schulz & Harrison (1986) croient que l'autonomie médicale est toujours influencée par l'État ou par le marché. Culbertson & Lee (1996) affirment que le *Medicare* entrave plutôt l'autonomie économique, mais une tendance à limiter aussi l'autonomie clinique se dessine. Fairfield et al. (1997) ainsi que Schlesinger, Dorwart & Epstein (1996) concluent que le *Managed Care* restreint l'autonomie des médecins et des psychiatres. Sutherland & Dawson (1998) affirment que les mesures de réforme du National Health Service ont entraîné une perte d'autonomie des médecins anglais. Finalement, Schlesinger, Gray, & Perreira (1997) croient que les pratiques de *Utilization Review* menacent l'autonomie.

Deux études ont trouvé des situations différentes, selon le pays considéré. Tuohy & O'Reilly estiment que les médecins des pays où existe un État de bien-être social ont conservé leur autonomie, tandis que les médecins des pays où les systèmes de santé sont dominés par le marché ont subi une perte dans leur autonomie technique. Harrison (1998) considère que les médecins allemands ont préservé leur autonomie collective, tandis que les médecins hollandais n'en bénéficient pas. Ce que Tuohy & O'Reilly constatent dans les pays de systèmes privés et Harrison aux Pays-Bas, Haug (1988) le voit aux États-Unis.

Le tableau 2 présente un résumé des positions de tous les auteurs.

Tableau 2 : Classification des auteurs selon le degré d'autonomie des médecins et la définition d'autonomie

Degré de l'autonomie	Définition de l'autonomie	
	Technique seulement	Technique et économique
Élevé	Freidson, Wolinsky, Moran & Wood, Calnan & Williams, Tuohy & O'Reilly (bien-être), Harrison (Allemagne).	
Limité	Haug, Tuohy & O'Reilly (marché), Harrison (Pays-Bas).	Starr, McKinlay & Stoeckle, Coburn, Schulz & Harrison, Culbertson & Lee, Fairfield et al., Sutherland & Dawson, Schlesinger et al. (96), Schlesinger et al. (97).

Enfin, il n'existe pas de réponse consensuelle à la question de l'autonomie effective des médecins. Par contre, en ce qui concerne l'autonomie économique, aucun auteur ne considère que les médecins sont encore autonomes. Le temps du médecin entrepreneur est terminé. Le débat sur l'autonomie des médecins se poursuit seulement dans la dimension technique.

Pour faire avancer le débat, nous croyons que, partir de la définition de l'autonomie que nous avons proposée dans la section précédente, demeure utile. Les dimensions de l'autonomie soulevées par cette définition suscitent des questions qui peuvent guider des recherches empiriques sur le degré actuel d'autonomie des médecins, notamment au niveau des dimensions suivantes :

1) *La formation des médecins*: quelle est l'influence relative de la profession, de l'État, des organisations dans le cadre desquelles les médecins pratiquent ?

2) *La composition, la distribution et la croissance du nombre de médecins*: quel type de régulation prédomine? – l'autorégulation, la régulation par l'État, par le marché ?

3) *Le contenu du travail médical*: qui le définit ?

4) *Les normes et les mécanismes d'évaluation de la pratique médicale*: qui les définit ? Qui contrôle leur mise en application ?

5) *La division des tâches entre les médecins et les autres producteurs de soins*: qui en définit les contours? Les médecins en assument-ils toujours le contrôle ?

6) *Les modalités de paiement et les prix des services*: quels rôles jouent la profession médicale, l'État et les organisations dans leur définition ?

7) *L'organisation sociopolitique de la profession* relève-t-elle exclusivement des initiatives des médecins ou est-elle aussi influencée par l'État et le marché ?

8) *Les choix de spécialité, d'installation et des patients*: quelle est la partie jouée par l'autorégulation, la régulation par l'État et le marché ?

9) *La prise de décision clinique* relève-t-elle vraiment du domaine exclusif des médecins? L'adoption des guides de pratique ou des contrôles statistiques des actes médicaux limite-t-elle l'autorégulation dans cette dimension de la pratique médicale ?

Les réponses à cet ensemble de questions, en explicitant la centralité de la notion d'autonomie pour la formulation de politiques de santé, pourront aider à mieux penser les stratégies de régulation à mettre en place pour améliorer la performance des systèmes de soins.

Conclusion

Le concept d'autonomie constitue un outil important pour la compréhension du travail professionnel. Par extension, la compréhension du fonctionnement des systèmes de soins de santé est aussi avantagée par l'utilisation du concept d'autonomie. Une meilleure compréhension du système de soins favorise, à son tour, la définition des interventions nécessaires à l'amélioration de l'efficacité, l'équité et la satisfaction de la clientèle.

Plus particulièrement, comprendre la signification de l'autonomie devient utile pour la formulation des politiques de ressources humaines en santé. Toutes les questions liées aux problématiques de la formation des professionnels, des modes d'emploi et de rémunération, de la répartition des effectifs, de l'utilisation des incitatifs, etc reçoivent un autre éclairage dès que posées, en tenant compte de l'importance de l'autonomie professionnelle. En effet, nous pouvons voir la liste des dimensions de l'autonomie établie ci-dessus comme partie d'un éventuel agenda de discussion sur la politique de ressources humaines en santé.

D'après notre discussion, la liberté d'autorégulation reste la définition la plus précise de l'autonomie. Il s'agit, toutefois, d'une définition assez générale, peu utile pour les analyses empiriques. L'identification plus spécifique des dimensions du travail médical, où des régulations s'appliquent, nous semble être la voie vers une définition plus intéressante de l'autonomie. Ainsi, l'autonomie se redéfinit comme la liberté d'autorégulation dans treize aspects de la pratique médicale, comprenant des dimensions cliniques, économiques et sociopolitiques, aux niveaux individuel et collectif.

Il faut noter qu'une liberté d'autorégulation totale, loin d'être concevable, relève de l'utopie. D'autres formes de régulation demeurent toujours présentes, spécialement à travers les actions de l'État et des organisations privées. Par conséquent, nous considérons une occupation autonome quand la liberté d'autorégulation est la forme prédominante—mais non exclusive—de régulation.

Cette définition nous permet d'apprécier plus précisément le degré actuel d'autonomie des médecins. Elle peut orienter les investigations empiriques, suggérant des questions à explorer sur chacune des dimensions de l'autonomie.

Une fois connu le degré actuel d'autonomie médicale, nous pourrions mieux évaluer les effets des changements passés. Nous pourrions poser des questions plus précises sur les voies indiquées pour les réformes en cours. Au lieu de questions imprécises comme «quelle autonomie accorder aux professionnels?», nous pourrions demander: Quels mécanismes adopter pour la régulation de la décision clinique? Jusqu'à quel point laisser à la profession la responsabilité de réguler la décision clinique? Ou encore: Quels mécanismes adopter pour la régulation du prix des services médicaux? Jusqu'à quel point laisser à l'État ou au marché la prérogative de définir les prix? Et ainsi de suite.

Certainement, l'obtention de réponses à ces questions ne constitue pas un processus simple. Avant tout, il faut reconnaître qu'il n'existe pas de réponse exclusivement technique: les formes de régulation adoptées reflètent les droits et les obligations des utilisateurs des services, le statut des professionnels et le rôle de l'État dans une société donnée. La régulation résulte alors d'une négociation.

Comme Dussault (1995) l'indique, le critère premier pour décider de l'opportunité, du degré et de la forme de la régulation doit être l'intérêt des utilisateurs des services de santé. La préservation de la liberté de décision clinique doit aussi représenter une préoccupation constante dans la mise en place des mécanismes de régulation. La régulation est plus susceptible de produire les effets recherchés quand elle est perçue comme légitime et donc la participation des médecins à sa formulation paraît essentielle. Le critère d'évaluation de l'efficacité de la régulation doit être sa contribution à l'atteinte des objectifs du système. Le recours à la régulation doit se faire de façon sélective, selon la dimension du travail médical visée. Et le «monitorage» des effets de la régulation doit aussi s'établir.

Finalement, connaître mieux le degré actuel d'autonomie peut aider à répondre aux questions concernant les effets de l'autonomie sur les mesures de réforme. La discussion que nous présentons dans cet article ne permet pas d'apporter ces réponses. Pourtant, elle réussit à identifier quelques sujets de recherche future. Ainsi, nous pouvons poser comme questions à être évaluées dans l'avenir :

- Le degré actuel d'autonomie des médecins par rapport à la définition des coûts des services favorise-t-il l'efficacité des systèmes de soins de santé?

- L'autonomie par rapport aux choix de spécialité, de lieux de pratique et de patients favorise-t-elle l'équité d'accès aux soins?

- L'autonomie actuelle par rapport à la décision clinique favorise-t-elle l'efficacité des systèmes?

- L'implantation des guides de pratique améliore-t-elle l'efficacité, l'efficacité, l'équité et la satisfaction de la clientèle?

Enfin, la question de fond, bien posée par Schulz & Harrison (1986), reste : en quoi la profession médicale doit-elle être autorisée à définir les règles d'organisation et de fonctionnement des systèmes de soins? □

Annexe 1

Les définitions de l'autonomie médicale selon les différents auteurs

AUTEURS	DÉFINITIONS DE L'AUTONOMIE MÉDICALE
Carr-Saunders & Wilson (1933)	Le monopole légal sur la pratique professionnelle
Goode (1966)	La liberté de définir la formation des professionnels, le contrôle de l'admission des nouveaux membres, le contrôle de l'autorisation de pratique, l'influence sur la législation concernant la profession et le privilège de ne pas être évalué par des non professionnels
Freidson (1970) et Haug (1973, 1988)	Le fait d'avoir son travail évalué seulement par des pairs et le contrôle d'autres professions dans la division du travail
Starr (1982)	Le droit de définir : le rythme, les règles et les routines de travail, les normes de performance, la résolution des conflits entre les intérêts cliniques et économiques la façon de diriger les hôpitaux et les services de santé
McKinlay et Stoeckle (1988)	Les prérogatives de définir : les critères d'admission à la profession, le contenu de la formation, le contenu et les conditions de travail l'objet de travail, les instruments de travail, les moyens de travail, la rémunération
Navarro (1988) et Johnson (1980)	Le pouvoir de contrôler les processus de production des biens ou services, y compris : le contrôle sur les moyens matériels de production, le contrôle sur les formes organisationnelles du travail et le contrôle sur le licenciement des professionnels
Ribeiro & Schraiber (1994)	L'indépendance technique est essentielle au travail des professionnels, pourtant elle est toujours limitée par les conditions sociales de réalisation du travail
Freidson (1986, 1994) et Wolinsky (1988)	La prérogative exclusive des représentants de la profession de définir les normes de pratique et d'assurer la supervision des praticiens individuels.
Coburn (1992)	L'autonomie comme une position intermédiaire entre la dominance et la subordination
Dussault (1995) et Almeida (1997)	L'autonomie comme le droit à l'autorégulation dans les dimensions cliniques, économiques et sociales du travail médical.
Larson (1977) et Light et Levine (1988)	Les dimensions du contrôle du marché et la mobilité sociale du groupe sont des concepts plus importants que celui de l'autonomie
Macdonald (1995)	L'autonomie (la fermeture sociale) comme le couronnement du projet professionnel
Abbott (1988)	La compétition interprofessionnelle pour les juridictions (le contrôle exclusif sur certaines tâches) comme dynamique déterminante de l'évolution des professions.
Schulz & Harrison (1986) et Culbertson & Lee (1996)	Sept dimensions de l'autonomie : la liberté de choix de la spécialité et du lieu de pratique, le contrôle sur le revenu, le contrôle sur la nature et le volume des tâches, la liberté d'accepter ou non des patients, le contrôle sur les décisions diagnostiques et thérapeutiques, le contrôle sur l'évaluation des soins, le contrôle sur d'autres professionnels
Naylor & Hollenberg (1990), Rappolt (1997), Fairfield et al (1997) et Shlesinger, Dorwart & Epstein (1996)	Trois dimensions de l'autonomie : clinique ou technique, économique et politique. Deux niveaux : individuel et collectif
Calnan & Williams (1995) et Sutherland & Dawson (1998)	L'autonomie comme le contrôle par l'individu de son travail
Tuohy et O'Reilly (1992), Schlesinger, Gray & Perreira (1997), Harrison (1998) et Moran & Wood (1993)	L'autonomie comme le contrôle collectif sur les aspects cliniques du travail médical

Annexe 2

L'autonomie des médecins aujourd'hui selon les différents auteurs

AUTEURS	L'AUTONOMIE DES MÉDECINS AUJOURD'HUI
Starr (1982)	Limitée par les corporations et l'État
Freidson (1986, 1994) et Wolinsky (1988)	Toujours importante. C'est la profession qui définit les normes de pratique.
Haug (1988)	Limitée par la présence de non-médecins dans les comités de révision du travail médical, les pratiques de groupe, la création et l'institutionnalisation du domaine de la « gestion » des médecins.
McKinlay & Stoeckle (1988) et Coburn (1988)	Très limitée. Les médecins deviennent des prolétaires.
Navarro (1988), Johnson (1980), Naylor & Hollenberg (1990), Rappolt (1997) et Almeida (1997)	Les médecins ne sont, ni n'ont jamais été autonomes eux-mêmes. Ce sont les groupes sociaux dominants qui accordent un degré d'autonomie plus grand ou plus petit à une occupation en fonction de leur intérêt.
Schulz & Harrison (1986) et Culbertson & Lee (1996)	L'autonomie est toujours nécessairement limitée, soit par le marché, soit par l'État.
Calnan & Williams (1995)	Les GP anglais ne se sentent pas limités dans leur autonomie individuelle.
Sutherland & Dawson (1998)	Les médecins anglais ont vu leur autonomie économique et clinique diminuée par des mesures gouvernementales qui ont augmenté le pouvoir des gestionnaires.
Tuohy & O'Reilly (1992)	L'autonomie clinique a été préservée dans les pays où un État de bien-être social est présent et a été réduite dans les pays où le marché domine le système de soins.
Schlesinger, Gray & Perreira (1997)	L'autonomie est diminuée par la revue de l'utilisation. Par contre, la confiance du public aux médecins, base de l'autonomie, peut être renforcée par cette pratique.
Moran & Wood (1993)	Les médecins aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne ont réussi à préserver leur autonomie clinique, malgré les pressions pour la contention de coûts.
Harrison (1998)	L'autonomie collective des médecins allemands a été préservée, parce qu'ils ont répondu aux pressions pour la contention des coûts à travers l'autorégulation. L'autonomie des médecins hollandais a été diminuée parce qu'ils n'ont pas répondu aux pressions pour la contention des coûts.
Fairfield et al (1997) Schlesinger, Dorwart & Epstein (1996)	L'autonomie est limitée par le <i>Managed Care</i> aussi bien dans les aspects économiques que cliniques.

Références

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago-London: The University of Chicago Press.
- Almeida, C. (1997). Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4): 659-676.
- Calnan, M., & Williams, S. (1995). Challenges to professional autonomy in the United Kingdom? The perceptions of general practitioners. *International Journal of Health Services*, 25(2): 219-241.
- Coburn, D. (1988). Canadian medicine: Dominance or proletarianization? *The Milbank Memorial Fund*, 66 (Suppl. 2): 92-116.
- Coburn, D. (1992). Freidson then and now: An internalist critique of Freidson's past and present views of the medical profession. *International Journal of Health Services*, 22(3): 497-512.
- Culbertson, R.A., & Lee, P.R. (1996) Medicare and physician autonomy. *Health Care Financing Review*, 18 (2): 115-130.
- Dussault, G. (1995). La régulation du travail médical: sources forces, formulation. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2): 151-163.
- Fairfield, G., Hunter, D.J., Mechanic, D., & Rosleff, F. (1997). Implications of managed care for health systems, clinicians and patients. *British Medical Journal*, 341(7098): 1895-1898.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Harper & Row Publishers Inc.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Harrison, M. (1998). Professional power and health system reform: Physicians in Germany and the Netherlands. Paper prepared for presentation at the *International Sociological Association Meetings*, Montreal.
- Haug, M.R. (1988) A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. *The Milbank Memorial Fund*, 66 (Suppl. 2): 48-56.
- Johnson, T. (1980) Work and Power. In: G. Esland & G. Salamand (Eds) *The Politics of Work and Occupations*. London: Open University Press.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Light, D., & Levine, S. (1988). The changing character of the medical profession: A theoretical overview. *The Milbank Memorial Fund*, 66 (Suppl. 2): 10-32.
- Macdonald, K.M. (1995). *The Sociology of the Professions*. London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage Publications.
- McKinlay, J.B., & Stoeckle, J.D. (1988). Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*, 18 (2): 191-205.
- Moran, M., & Wood, B. (1993). *States, Regulation and the Medical Profession*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Navarro, V. (1988). Professional dominance or proletarianization?: Neither. *The Milbank Memorial Fund*, 66 (Suppl. 2): 57-75.
- Naylor, C.D., & Hollenberg, A.A. (1990). Practice guidelines and professional autonomy in an universal health insurance system: the case of tissue plasminogen activator in Ontario. *Social Science and Medicine*, 31(12): 1327-1336.
- Rappolt, S.G. (1997). Clinical guidelines and the fate of medical autonomy in Ontario. *Social Science and Medicine*, 44(7): 977-987.
- Ribeiro, J.M., & Schraiber, L.B. (1994). A Autonomia e o Trabalho em Medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2): 190-199.
- Schlesinger, M.J., Dorwart, R.A., & Epstein, S.S. (1996). Managed care constraints on psychiatrists' hospital practices: Bargaining power and professional autonomy. *American Journal of Psychiatry*, 153(2): 256-260.

Schlesinger, M.J.; Gray, B.H.; Perreira, K.M. (1997). Medical professionalism under managed care: The pros and cons of utilization review. *Health Affairs*, 16(1): 106-124.

Schulz, R., & Harrison, S. (1986) Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management*, 2: 335-355.

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

Sutherland, K., & Dawson, S. (1998). Power and quality improvement in the new NHS: The roles of doctors and managers. *Quality in Health Care*, 7 (Suppl.): S16-S23.

Tuohy, C., & O'Reilly, P. (1992). Professionalism in the Welfare State. *Journal of Canadian Studies*, 27(1): 73-92.

Wolinsky, F. (1988). The professional dominance perspective, revisited. *The Milbank Memorial Fund*, 66 (Suppl. 2): 33-47.

Abstract

The analysis of the concept of autonomy helps to understand the potential strategies to regulate a profession. The adoption of explicit policies of regulation both of the collective and the individual autonomy is useful to the management of health care systems. We define autonomy as the liberty of self-regulation by a profession of its own practice, in the clinics, economic and socio-political dimensions. This definition allows us to appreciate more precisely the present degree of medical autonomy and its effects on the operation of the health care systems.

Remerciements

L'auteur remercie Gilles Dussault et Jean-Louis Denis pour leurs commentaires à des versions précédentes de ce document.

Biographies

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, est médecin. Il détient une maîtrise en Santé communautaire de l'Université fédérale de Bahia. Il est professeur au Département de la santé de l'Université de Feira de Santana (Brésil) et candidat au doctorat en Santé publique de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur l'utilisation de la connaissance scientifique dans l'administration des systèmes de santé, l'évaluation de la performance des organisations de santé et la place du professionnalisme médical dans les systèmes de soins.