



HAL
open science

LE CONTRÔLE DES COÛTS HOSPITALIERS PAR LES MÉDECINS / The involvement of physicians in hospital cost control

Chantale Roy

► **To cite this version:**

Chantale Roy. LE CONTRÔLE DES COÛTS HOSPITALIERS PAR LES MÉDECINS / The involvement of physicians in hospital cost control. Modèles d'organisation et modèles comptables, May 1995, France. pp.cd-rom. hal-00818589

HAL Id: hal-00818589

<https://hal.science/hal-00818589v1>

Submitted on 19 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE CONTRÔLE DES COÛTS HOSPITALIERS PAR LES MÉDECINS

The involvement of physicians in
hospital cost control

par

Chantale Roy

Université de Sherbrooke

Mots clés : médecin, hôpital, contrôle des coûts, comportement, autocontrôle

Key words : physician, hospital, cost control, behavior, self-control

Résumé : Les médecins peuvent participer au contrôle des coûts hospitaliers en intégrant la variable coût à leur pratique. Toutefois, demander aux médecins de considérer cette dimension implique une modification de leur comportement. Pour connaître la position des médecins concernant cette forme d'implication, 2597 questionnaires furent distribués auprès de médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec pratiquant en milieu hospitalier. L'analyse des 990 questionnaires traités nous permet de conclure que l'implication volontaire des médecins dans le contrôle des coûts hospitaliers est envisageable. Néanmoins, il apparaît important de poursuivre la conscientisation des médecins et de procéder à la définition de l'information requise pour les assister dans cette nouvelle tâche.

Abstract : Physicians can contribute to controlling hospital costs by integrating cost as a factor in their own practice. However, this implies modification of their professional behavior. To learn the position adopted by physicians on this issue, a questionnaire was mailed to 2597 general physicians and specialists practising in a hospital context in the province of Quebec. Analysis of the 990 completed questionnaires leads to the conclusion that voluntary involvement of physicians in hospital cost control is a real possibility. However, it seems important to provide a clear definition of required information to assist physicians in this new task.

LE CONTRÔLE DES COÛTS HOSPITALIERS PAR LES MÉDECINS

par

Chantale Roy

Université de Sherbrooke

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la gestion financière des établissements hospitaliers pose un problème majeur dans tous les pays industrialisés. Chacun tente de trouver des solutions pour contrôler les coûts et maximiser la portée des ressources engagées (Davies et Felder, 1990). Jusqu'ici les méthodes utilisées n'ont pas donné de résultats très concluants (Aaron et Schwartz, 1990).

Traditionnellement, le contrôle des coûts hospitaliers est sous la responsabilité des gestionnaires et des comptables dont les efforts portent principalement sur la réduction du volume des ressources employées. En effet, compte tenu de la structure organisationnelle des hôpitaux et du statut des médecins, les gestionnaires hospitaliers contrôlent l'acquisition des ressources (économie). Quant aux médecins, ils sont en quelque sorte les directeurs de la production responsables de l'agencement des ressources nécessaires au diagnostic et au traitement de chaque patient (efficience) ainsi que de la qualité des soins (efficacité).

La majorité des décisions génératrices de coûts dans les établissements hospitaliers sont prises par les médecins : admissions, examens, dispensation de soins, opérations, prescriptions, suivis, etc.. Ils engagent aussi le coût d'autres professionnels, d'équipements, de fournitures, qui sont à la charge de l'hôpital. Ce sont donc les médecins qui détiennent le

pouvoir discrétionnaire d'engager ces frais au nom de l'hôpital et ce, en vertu de l'exclusivité de leur expertise, d'où le problème de contrôler un professionnel comme le médecin.

Une des grandes difficultés de nombreux systèmes hospitaliers réside dans le fait que les médecins ne sont généralement pas employés de l'établissement où ils pratiquent. Ils sont rémunérés à l'acte par un régime d'assurance maladie⁽¹⁾. La charge de leur pratique n'est pas imputable aux budgets hospitaliers quoique l'impact financier de leurs activités soit déterminant de la situation financière.

À ceci s'ajoute le fait que les médecins s'identifient davantage à leur association professionnelle qu'à l'établissement où ils travaillent, même si celui-ci offre l'infrastructure nécessaire au traitement de leurs patients. Ils soignent en se soumettant aux standards de la profession.

Les remarques précédentes justifient l'importance de l'implication des médecins eux-mêmes dans le contrôle des coûts hospitaliers. En effet, pour contrer la situation financière précaire des hôpitaux tout en répondant à une demande de soins qui ne cessera de croître au cours de la prochaine décennie, ce n'est pas seulement à la limitation de la croissance du coût des ressources qu'il faut se consacrer mais aussi à la maximisation de la portée de ces ressources.

Puisque les médecins sont les principaux agents d'une plus ou moins grande efficacité dans les hôpitaux, leur participation au contrôle des coûts hospitaliers est essentielle.

Le médecin peut participer au contrôle des coûts hospitaliers en intégrant la variable coût à son processus décisionnel.

(1) Au Québec, le système est totalement géré par l'administration de la province et financé par les impôts. Les établissements sont publics et les médecins soignent gratuitement. Ils sont habituellement payés par l'État selon une tarification à l'acte.

Dès lors, il nous apparaît primordial de connaître la position des médecins concernant leur implication dans le contrôle des coûts hospitaliers et de savoir s'ils prennent déjà en considération les coûts de leur pratique.

UNE ÉTUDE EMPIRIQUE AUPRÈS DE PLUS DE 2500 MÉDECINS DU QUÉBEC

C'est à partir d'une enquête par questionnaire auprès de plus de 2500 médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec pratiquant en milieu hospitalier que nous avons répondu à ces interrogations. L'échantillon fut choisi parmi les hôpitaux spécialisés et ultra-spécialisés des trois régions du Québec où on retrouve des facultés de médecine.

Pour les 2597 médecins sélectionnés, 990 questionnaires ont été traités. Cela correspond à un taux de réponses de 38,12%.

A) En matière de coût, les médecins admettent leur compétence, leur influence et leur responsabilité...

Même en supposant un contexte organisationnel propice à la participation du médecin au contrôle des coûts hospitaliers, il faut avant tout connaître l'opinion des médecins concernant leur implication dans le contrôle des coûts hospitaliers.

Les médecins estiment posséder les connaissances nécessaires pour participer au contrôle des coûts hospitaliers

L'opinion des médecins concernant les connaissances requises pour participer au contrôle des coûts hospitaliers a été obtenue à l'aide de l'énoncé suivant : «Un médecin ne possède pas les connaissances pour participer au contrôle des coûts hospitaliers». Le tableau 1 présente la distribution des réponses où on constate que 76,2% des répondants ne sont pas d'accord avec l'énoncé. Ces résultats laissent supposer qu'ils considèrent que le médecin est apte à participer au contrôle des coûts hospitaliers. Or, ces résultats sont en contradiction avec un commentaire qui revient souvent dans les propos des médecins ; «Les médecins ont les connaissances pour soigner et non pas pour gérer!». À l'évidence, cette question des connaissances liée à la formation mérite d'être approfondie.

Tableau 1
Opinion des médecins concernant les connaissances pour participer
au contrôle des coûts hospitaliers

Énoncé	Niveau d'accord					TOTAL	Moyenne Écart-type	
	-2	-1	0	1	+2			
Un médecin ne possède pas les connaissances pour participer au contrôle des coûts hospitaliers.	40,7 %	35,5 %	8,5 %	12,8 %	2,5 %	100 % (984)	-0,989	1,111

Les médecins admettent leur influence sur les coûts hospitaliers

Lors d'entretiens avec des médecins, plusieurs ont souligné qu'ils n'acceptaient pas qu'on les identifie comme des générateurs de coûts. Pour mieux connaître la perception des médecins face à leur influence sur les coûts hospitaliers, nous leur avons demandé de se prononcer sur l'énoncé suivant : «J'ai peu d'influence sur les coûts hospitaliers». Il est surprenant de constater que 58,5% des répondants reconnaissent leur influence sur les coûts hospitaliers tandis que 12,7% ne peuvent pas se prononcer (Tableau 2).

Tableau 2
Opinion des médecins concernant
leur influence sur les coûts hospitaliers

Énoncé	Niveau d'accord					TOTAL	Moyenne Écart-type	
	-2	-1	0	1	+2			
J'ai peu d'influence sur les coûts hospitaliers.	19,8 %	38,7 %	12,7 %	19,6 %	9,2 %	100% (983)	-0,404	1,257

Les médecins reconnaissent leur responsabilité dans le contrôle des coûts hospitaliers

Pour connaître la position des médecins concernant leur responsabilité financière dans leur pratique, nous avons recueilli leur opinion vis-à-vis de quatre affirmations se rapportant au contrôle des coûts hospitaliers.

La première se formulait ainsi : «Comme médecin, le contrôle des coûts hospitaliers fait partie de mes responsabilités». La majorité des répondants (91,6%) indiquent qu'ils sont en accord avec cette affirmation. Le niveau moyen d'approbation est 1,371 sur une échelle à cinq niveaux variant de -2 à +2 (Tableau 3).

L'affirmation suivante portait sur l'implication financière des décisions. On retrouve aussi au Tableau 3 les résultats à cette affirmation qui se lisait comme suit : «Les médecins devraient pratiquer en tenant compte de l'implication financière de leurs décisions». Les médecins sont d'accord à 84,3%, soit une moyenne de 1.141.

Les répondants devaient, par ailleurs, indiquer leur opinion vis-à-vis de l'affirmation suivante: «Dans un avenir rapproché, les médecins devront obligatoirement considérer la dimension coût dans leur prise de décision». La majorité d'entre eux (82,7%) sont en accord avec cette affirmation (Tableau 3). Le niveau moyen d'accord se situe à 1,141 sur l'échelle à 5 niveaux variant de -2 à +2.

Il est étonnant de constater que 51,8% des répondants se déclarent en accord avec l'affirmation : «Je considère que mes collègues médecins ne se préoccupent pas suffisamment de l'implication financière de leurs décisions». Seul 17,7% sont en désaccord avec cette affirmation tandis que 30,6% sont indécis (Tableau 3). La moyenne est de 0,452. Cela pourrait indiquer l'individualisme du corps médical ou la divergence de ses perceptions en regard du contrôle socio-économique.

Tableau 3
Opinion des médecins sur des énoncés concernant le contrôle des coûts hospitaliers

Énoncé	Niveau d'accord					TOTAL	Moyenne	Ecart type
	-2	-1	0	1	+2			
Comme médecin, le contrôle des coûts hospitaliers fait partie de mes responsabilités.	1,4	2,4	4,6	40,8	50,8	100 % (985)	1,371	0,801
Les médecins devraient pratiquer en tenant compte de l'implication financière de leurs décisions.	2,4	5,8	7,5	43,8	40,5	100 % (986)	1,141	0,955
Dans un avenir rapproché, les médecins devront obligatoirement considérer la dimension coût dans leur prise de décision.	3,5	5,6	8,2	38,7	44,0	100 % (982)	1,142	1,019
Je considère que mes collègues médecins ne se préoccupent pas suffisamment de l'implication financière de leurs décisions.	3,3	14,4	30,6	37,4	14,4	100 % (974)	0,451	1,010

B) ... Mais le coût intervient peu dans la prise de décision des médecins

Pour se prononcer plus précisément sur cette question de l'utilisation de la variable coût dans leur processus décisionnel, nous avons demandé aux médecins d'indiquer leur niveau d'utilisation du coût de huit éléments intervenant dans leur pratique hospitalière. Le répondant indiquait son niveau d'utilisation sur une échelle à cinq points. Une non utilisation correspond à un score de 1, alors qu'une utilisation constante correspond à un score de 5.

Le Tableau 4 présente la distribution des niveaux d'utilisation.

Tableau 4
Niveau d'utilisation par les médecins du coût de huit éléments décisionnels

	Jamais	Occasion- nellement	Souvent	Très souvent	Toujours	Total *	
						%	n
Admission	46,3	70,4	24,1	15,3	8,8	5,5	100 % 908
Durée de séjour	23,2	48,6	25,4	26,8	16,6	8,0	100 % 902
Médicaments	13,0	38,4	25,4	29,9	24,6	7,1	100 % 924
Tests de laboratoires	19,3	51,6	32,3	28,0	15,6	4,9	100 % 919
Tests radiolo- giques	21,6	54,0	32,4	26,7	14,6	4,8	100 % 914
Traitements thérapeutiques	27,4	61,0	33,6	21,1	14,2	3,8	100 % 906
Interventions chirurgicales	51,2	78,1	26,9	10,4	8,1	3,3	100 % 898
Nursing	49,8	77,5	27,7	13,1	7,1	2,3	100 % 900

* Compte tenu des réponses manquantes, le total varie de 898 à 924.

Même si nos résultats ont démontré une reconnaissance de responsabilité, nous remarquons que seul 2,3% à 8,0% des répondants considèrent toujours le coût comme un élément décisionnel de leur pratique hospitalière. En additionnant les niveaux jamais et occasionnellement, nous constatons qu'entre 38,4% et 78,1% des répondants n'utilisent pas de façon systématique les coûts dans leur prise de décision.

Parmi les éléments listés, il n'est pas surprenant que ce soit le coût de la durée de séjour qui soit le plus utilisé (8,0%). En effet, habituellement les données relatives au coût journalier d'hébergement sont facilement accessibles au médecin. Pour ce qui est du coût des médicaments (7,1%), mentionnons que le médicament prescrit à l'hôpital sera probablement aussi prescrit à la sortie devenant ainsi à la charge du patient. Le médecin peut être préoccupé par les coûts déboursés par son patient. Cela peut donc expliquer l'attention du médecin pour cet élément.

Ce sont les coûts reliés à l'admission qui arrivent au troisième rang (5,5%). Cela s'explique probablement par la tendance actuelle à intervenir sous forme ambulatoire (patient non hospitalisé). Le médecin, dans sa décision d'hospitaliser ou pas, peut considérer les coûts reliés à l'admission.

Les résultats concernant les tests de laboratoire (4,9%) et les tests radiologiques (4,8%) sont assez similaires, ce qui n'est pas surprenant, puisque ces éléments sont reliés dans la phase diagnostique posée par le médecin.

Très peu de médecins utilisent le coût des éléments traitements thérapeutiques (3,8%), interventions chirurgicales (3,3%) et nursing (2,3%). Le fait que ces trois éléments soient reliés à l'infrastructure fonctionnelle de l'hôpital peut justifier une utilisation réduite par rapport aux autres éléments.

À la lumière des résultats obtenus, nous pouvons qualifier de faible l'utilisation des coûts par les médecins.

UN CADRE D'ANALYSE POUR L'IMPLICATION DES MÉDECINS DANS LE CONTRÔLE DES COÛTS HOSPITALIERS

Une majorité de médecins se reconnaît une part de responsabilité financière et se considère apte à participer au contrôle tout en admettant avoir une influence sur les coûts hospitaliers. Toutefois, très peu utilisent les coûts associés aux éléments décisionnels de leur pratique.

Ces résultats démontrent l'ouverture des médecins aux variables financières bien que des interventions pour les conscientiser soient encore souhaitables⁽²⁾.

(2) La conscientisation est une approche éducative développée par le Brésilien Paulo Freire dans les années 1960. C'est un processus dans lequel les individus approfondissent la conscience qu'ils ont à la fois de la réalité d'une situation et de leur capacité de transformer cette réalité. (Ampleman, G. et al., 1983).

L'absence de bases théoriques pour amener les médecins à modifier leur comportement afin qu'ils considèrent la variable coût nous amène à proposer un cadre d'analyse orienté vers l'étude du processus de changement (Roy, 1994).

A) L'autocontrôle des coûts hospitaliers par les médecins...

Les médecins n'ont pas l'habitude de considérer les coûts comme une variable affectant leur pratique (Colombotos et Kirchner, 1986). Jusqu'à maintenant, on leur a enseigné à se battre pour un haut degré de certitude dans leur diagnostic sans un regard pour les coûts (Reilly et Legge, 1982). Leur demander de considérer les coûts implique donc un changement de comportement.

Des variations substantielles de pratique médicale à l'intérieur d'un hôpital, entre centres hospitaliers, régions et pays ont été abondamment documentées dans la littérature (Eisenberg, 1986; Chassin et al., 1987). Dans plusieurs cas, des examens diagnostiques et des soins médicaux ont été identifiés comme non nécessaires (Angell, 1985; Papiernik, 1989). Ces variations et ces constatations permettent de croire que des changements de pratique de la part des médecins sont réellement envisageables.

La question devient alors de savoir comment faire pour que de nouveaux comportements soient adoptés par les médecins. En les obligeant? En les incitant? En les sensibilisant? La stratégie la plus prometteuse pour modifier le comportement des médecins repose à notre avis sur des méthodes de participation volontaire.

En effet, comme on le sait, les médecins ont des réticences dès qu'on aborde la question du contrôle de l'exercice médical. Ce qui les effraie de prime abord, c'est la perspective d'être contrôlés par des non médecins et la hantise de devoir se soumettre à une série de normes ne tenant pas compte des réalités cliniques qu'ils doivent affronter. Dans cet esprit et puisque les médecins sont pleinement responsables de leur travail, il faut avant tout privilégier un modèle de contrôle respectant leur autonomie (Astrachan et Astrachan, 1989).

Nous croyons que seul l'autocontrôle peut permettre de résoudre le problème général du contrôle des coûts hospitaliers. Cet autocontrôle nécessite un changement du comportement décisionnel du médecin, c'est-à-dire l'intégration de la variable coût à sa pratique hospitalière.

La question fondamentale est donc d'amener le médecin à changer de comportement, soit ajouter la variable coût à son processus décisionnel actuel afin que sa pratique devienne «économique». Or, il n'existe pas de consensus ni sur la façon d'amener un médecin à modifier son comportement de pratique et ni sur les conditions sous lesquelles il modifie ce comportement (Geertsma et al., 1982).

Plusieurs expériences ont été tentées pour amener les médecins à considérer les coûts de leur pratique: formation, contrôle par rétroaction, formalisation, incitation financière. Des bilans de ces expériences se dégagent des résultats plutôt décevants (Eisenberg, 1986). Dans l'ensemble, même si l'énergie déployée est importante, les effets observés sur la pratique des médecins sont faibles sinon nuls et très souvent limités à la période de l'expérimentation ou la durée du projet.

Le peu de succès des tentatives jusqu'alors réalisées peut s'expliquer par la résistance des médecins qui n'étaient pas prêts à changer. Toutes les méthodes utilisées pour induire le changement touchaient en effet le comportement proprement dit sans travailler sur la prédisposition du médecin à se comporter volontairement d'une manière efficiente.

L'autocontrôle du médecin sur ses actes médicaux s'effectue nécessairement par le biais de son processus décisionnel, puisque le médecin est un décideur autonome. La possibilité et les limites de cet autocontrôle sont conditionnés par ce qu'est le médecin en tant qu'être humain et par les données qui lui sont accessibles (Bégin, 1976). Ces données proviennent à la fois de son environnement immédiat, de ses connaissances et de l'expérience acquise. Jusqu'à ces dernières années, l'évaluation que le médecin faisait de sa pratique était presque exclusivement médicale.

Placé dans ce contexte, il apparaît que l'ajout d'une dimension financière à son processus de décision peut être influencé par deux variables fondamentales à savoir d'une part le médecin lui-même en tant qu'être humain preneur de décision et d'autre part, les différentes données qui lui sont accessibles pour ce faire.

Autrement dit, nous supposons que les conditions principales de réussite de l'autocontrôle des coûts hospitaliers par les médecins, sont :

1. L'acceptation par les médecins de cette nouvelle responsabilité;
2. La disponibilité d'informations appropriées.

Le médecin décideur :

Le médecin n'échappe pas aux caractéristiques comportementales propres à tout être humain placé en situation de prise de décisions. S'il est bien disposé face à une nouvelle alternative, il y a plus de chances qu'il agisse en conséquence. La considération financière de sa pratique est donc forcément liée à sa propre vision de cet aspect.

Informations appropriées :

Les données accessibles au médecin constituent la seconde variable déterminante. Sur ce point, il convient de distinguer entre la nature même de ces données et l'approche utilisée pour les rendre accessibles au médecin.

L'autocontrôle financier du médecin sur sa pratique est d'abord fonction de sa perception du rôle qu'il doit jouer. Ainsi, avant de s'interroger sur les outils et les informations nécessaires à sa participation au contrôle des coûts hospitaliers, il est fondamental de s'assurer que le médecin est conscient de son rôle et plus particulièrement de sa responsabilité dans ce contrôle et de sa volonté d'y participer. En somme, peu importe l'existence et la disponibilité d'une information pertinente, si le médecin n'a pas la volonté ferme de considérer les coûts de sa pratique, il ne le fera pas. Il est donc important de faire percevoir au médecin la nécessité du changement pour l'amener à modifier son comportement. D'ailleurs, cette proposition se justifie du point de vue de la théorie de la dissonance cognitive qui sous-tend

qu'un individu va adopter un nouveau comportement dans la mesure où il perçoit que son comportement actuel est problématique (Festinger, 1957).

Donc, les prérequis à notre proposition d'autocontrôle des coûts hospitaliers par les médecins sont l'acceptation par les médecins de cette nouvelle responsabilité, plus précisément une intention favorable, et la disponibilité d'informations appropriées.

B) ... Un problème d'intention et d'information

Le changement que nous envisageons n'est pas simple. En effet, Geertsma (1982) a démontré que chez les médecins les changements de type managérial impliquent un processus de changement plus complexe que pour une nouvelle méthode d'investigation médicale. De plus, concernant les processus d'intervention utilisés pour initier un changement chez les médecins, il distingue les processus amorçant un changement des processus facilitant le changement. Nous pouvons rajouter à l'idée de Geertsma, un troisième type de processus, qu'on pourrait appeler renforcement, soit un processus perpétuant le changement. L'analogie avec le modèle de changement de Kurt Lewin (1952) devient ainsi complète.

La restriction du modèle général de Lewin (1952) à notre problématique, permet d'expliquer les trois phases du changement de la façon suivante :

Décristallisation :

Il s'agit de la phase où l'on demande au médecin de modifier son comportement de pratique pour y introduire la variable coût. Il faut lui faire prendre conscience de son rôle et de sa responsabilité dans le contrôle des coûts hospitaliers. Le but poursuivi est de créer la nécessité de changer. Il faut miser sur des processus «amorçant» le changement, c'est-à-dire travailler sur la prédisposition du médecin vers une intention favorable.

Déplacement :

C'est la phase correspondant au changement proprement dit, c'est-à-dire celle dans laquelle le médecin va adopter le nouveau comportement. Des processus destinés à «faciliter» l'adoption du comportement sont activés. Ainsi, on doit s'assurer au cours de cette étape que le médecin peut disposer de moyens et d'informations pertinentes pour accomplir sa tâche.

Cristallisation :

C'est la phase où les comportements acquis se stabilisent. Les processus de cette phase visent à «perpétuer» le changement. Des moyens de renforcement, comme par exemple une rémunération supplémentaire, la répartition d'un excédent budgétaire d'opération et des indicateurs pour mesurer l'efficience peuvent être envisagés.

La phase de décristallisation est nécessaire dans toute tentative d'introduction d'un changement chez les médecins. Pour accomplir un projet de changement, cette première phase est primordiale (Lewin, 1975). Les tentatives initiées jusqu'à maintenant ont plutôt travaillé directement sur le déplacement, ce qui peut expliquer le peu de succès. Il faut donc dans un premier temps s'attarder à modifier l'attitude des médecins concernant leur implication dans le contrôle des coûts hospitaliers. Toute initiative pour introduire un changement chez les médecins devrait être amorcée en travaillant sur leur «PRÉDISPOSITION», c'est-à-dire leurs connaissances, leurs attitudes, en somme tout élément susceptible de les prédisposer à une intention favorable.

Cette approche se justifie également par référence au modèle à orientation participative de Hersey et Blanchard (1972). En effet, une sensibilisation auprès du médecin avec l'ambition que son attitude devienne favorable, laisse présager l'adoption du comportement souhaité. Autrement dit, l'ambition est qu'en dernier recours l'autocontrôle comportant des critères financiers de la pratique des médecins devienne un élément de la culture organisationnelle des établissements de santé. Naturellement pour cela, cette nouvelle responsabilité doit faire partie de la culture professionnelle des médecins, ce qui assurera un comportement de groupe cohérent avec les impératifs du contrôle.

partie de la culture professionnelle des médecins, ce qui assurera un comportement de groupe cohérent avec les impératifs du contrôle.

La vision éducative de Green et Kreuter (1991) avec leurs trois catégories de facteurs corrobore bien l'idée que pour modifier le comportement du médecin, les processus ou activités d'intervention nécessaires diffèrent selon la phase du changement.

Ainsi une stratégie globale d'intervention pour conduire le médecin à intégrer la variable coût dans sa pratique devrait suivre la démarche séquentielle suivante :

- 1° Modifier de façon favorable les facteurs qui prédisposent à l'action;
- 2° Assurer la présence de facteurs qui facilitent l'action;
- 3° Offrir des opportunités de renforcement de l'action recommandée.

Toutefois, le choix de la stratégie globale d'intervention devra s'appuyer au préalable sur l'identification et sur une bonne compréhension des facteurs qui prédisposent le médecin à l'action souhaitée. Sinon, il y a de fortes chances que les processus initiés soient inappropriés pour modifier le comportement.

L'intention annonce l'adoption d'un comportement. Or, le manque d'informations financières pertinentes et de moyens appropriés peut constituer un frein à l'intention déclarée et amener le médecin à ne pas adopter le comportement envisagé. C'est pourquoi il est aussi temps de procéder au développement de moyens et à la définition d'informations appropriées pour assister les médecins. À cet effet, nous croyons la participation des médecins requise.

CONCLUSION

La recherche de solutions au problème du contrôle des coûts hospitaliers fait partie des grandes préoccupations dans plusieurs pays. La participation des médecins au contrôle des coûts des hôpitaux par une inclusion de critères financiers à leur pratique apparaît comme une solution souhaitable tant d'un point de vue pratique que théorique. Aujourd'hui le médecin doit décider du «quoi», du «comment» et du «combien».

Puisque le médecin est pleinement responsable de son travail, nous croyons que l'autocontrôle favorisera cette nouvelle tâche. L'implication des médecins devient alors une condition nécessaire au développement de l'autocontrôle.

L'implication volontaire des médecins dans le contrôle des coûts hospitaliers est envisageable puisque de façon générale, ils reconnaissent leur responsabilité financière. Le processus de changement de leur comportement est donc amorcé. Par contre, parmi les médecins qui ont répondu à notre enquête, très peu utilisent les coûts hospitaliers lorsqu'ils prennent une décision médicale. Le fait que les médecins utilisent très peu les coûts hospitaliers dans leur processus décisionnel peut s'expliquer par le manque d'information et de moyens appropriés bien que des interventions pour les responsabiliser soient encore souhaitables.

BIBLIOGRAPHIE

- AARON, Henry et William B. Schwartz, "Rationing Health Care : The Choice Before US", Sciences, vol. 24, 1990, p. 418-422.
- AMPLEMAN, G. et al., Pratiques de conscientisation, Collectif québécois d'édition populaire, Montréal, 1983.
- ANGELL, Marcia, "Cost containment and the physician", JAMA, vol. 254, no. 9, 1985, p. 1203-1207.
- ASTRACHAN, Joseph H. et Boris M. Astrachan, "Medical Practice in Organized Setting : Redefining Medical Autonomy", Archived Internal Medicine, vol. 149, juillet 1989, p. 1509-1513.
- BÉGIN, Clermont, "Le médecin et l'autocontrôle de son profil de pratique médicale : comparaison de deux modes de rétroaction", Thèse de doctorat, Université Laval, avril 1976.
- CHASSIN, Mark R., Jacqueline Kosecoff, Constance M. Winslow, Katherine L. Kahn, Nancy J. Merrick, Joan Keeseey, Arlene Fink, David Solomon et Robert H. Brook, "Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services?", JAMA, vol. 258, no. 18, 1987, p. 2533-2537.
- COLOMBOTOS, John et Corinne Kirchner, Physicians and Social Change, Oxford University Press, New-York, 1986, 264 p.
- DAVIES, Nicholas E. et Louis H. Felder, "Applying Brakes to the Runaway American Health Care System". JAMA, vol. 263, no. 1, 1990, p. 73-76.
- EISENBERG, John M., Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care, Health Administration Press Perspectives, 1986, 190 p.

- FESTINGER, L., A Theory of Cognitive Dissonance, Row Peterson, Evanston Ill., 1957.
- GEERTSMA, Robert H., Ralph C. Parker et Susan Krauss Whitbourne, "How Physicians View the Process of Change in Their Practice Behavior", Journal of Medical Education, vol. 57, octobre 1982, p. 752-761.
- GREEN, Lawrence W. et Marshall W. Kreuter, Marshall W., Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach, Mayfield Publ. 2^e édition, 1991, 506 p.
- HERSEY, P. et K.H. Blanchard, Management of Organization Behavior, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1972.
- LEWIN, Kurt, "Group Decision and Social Change", Readings in Social Psychology, G.E. Swanson, T.M. Newcomb, E.L. Hartley, éditeurs, Holt Rinehart and Winston, New York, 1952.
- LEWIN, Kurt, Psychologie dynamique : Les relations humaines, Paris, PUF, 1975.
- PAPIERNIK, E., "La sécurité a été mesurée, rarement l'efficacité", Libération, 23 mai 1989.
- ROY, Chantale, L'implication des médecins dans le contrôle des coûts hospitaliers, thèse de doctorat, Université de Montpellier II, mars 1994, 445 p.