À QUEL PRIX?

Réflexion sur les modes de rémunération des médecins et leurs impacts sur le système public de santé

RAPPORT DU CA À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES

MONTRÉAL - 1ER JUIN 2015

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC
CP 48729 Outremont
Outremont (Québec)
H2V 4T3
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
www.mqrp.qc.ca

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dounia KAYAL, secrétaire-trésorière
Isabelle LEBLANC, présidente
Francis LIVERNOCHE, conseiller
Karyne PELLETIER, conseillère
Ouanessa YOUNSI, conseillère

RECHERCHE :

Christine PAQUIN, avocate

Note aux lectrices et lecteurs :
Le recours au masculin comme genre neutre dans ce document est un outil visant à ne pas alourdir le texte.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **2**

Plusieurs modes, différents enjeux **3**

Définition des différents modes de rémunération 3

Avantages et inconvénients des modes de rémunération 4

Portrait de la rémunération des médecins au Québec **7**

Les coûts de la santé : situation actuelle 7

La rémunération des médecins au sein des dépenses en santé 7

Les modes de rémunération au Québec 8

Des impacts du mode de rémunération **9**

Sur le patient 9

Sur le médecin 11

Sur le système 14

Discussion : comment assurer la pérénnité du système public? **16**

CONCLUSION **17**

INTRODUCTION

Le 18 mars 2015, Médecins québécois pour le régime public (MQRP) était invité à présenter son mémoire sur le projet de loi 20. À cette occasion, le ministre de la Santé et des Services sociaux questionna les représentant-e-s de MQRP en ces termes : « Compte tenu de vos orientations pourquoi vous ne nous proposez pas le salariat des médecins ? […] Je suis sûr qu'au MQRP vous avez déjà eu une réflexion sur la rémunération des médecins ». Ce à quoi la présidente de MQRP, Dre Isabelle Leblanc, rétorqua : « Ça va même être le sujet de notre rapport annuel cette année ». Chose promise, chose due. De fait, comment éluder la question de la rémunération des médecins qui, dans les dernières années, fait l'actualité. En ces temps d'austérité, et à l'heure de la course au déficit zéro, la rémunération des médecins, qui s'élevait à 5,72 milliards au Québec en 2013[1] gruge une part considérable des deniers publics. Impossible d'éviter l'éléphant dans la pièce.

D'emblée, ce sujet nous apparait sous deux angles : primo, celui de la quantité, soit l'enveloppe budgétaire associée à la rémunération des médecins ; secundo, celui de la forme, soit les modes de rémunération. Dans le présent rapport, nous avons choisi de débroussailler le sujet en nous interrogeant sur les modes de rémunération, avec en tête la question suivante : y a-t-il un mode de rémunération – ou des caractéristiques d'un mode - qui favorise la pérennité et la force d'un système public de santé ? Nous ne viendrons pas à bout de la question, qui s'avère plus complexe qu'il n'y parait. Le présent rapport n'est donc pas un énoncé de position, mais une amorce de réflexion pour permettre d'ouvrir la discussion. D'autant qu'entre les extrêmes apparents que constituent le salariat et la rémunération à l'acte, des mondes se déploient, de la capitation à des formes diverses de mixité. Et le diable est dans les détails…

Afin de préciser quel mode de rémunération - ou quelles caractéristiques d'un mode de rémunération – favorise(nt) la pérennité et le renforcement du caractère public du système de santé, nous développons les aspects suivants : tout d'abord, nous rappelons les différents types de rémunération, en précisant les avantages et les inconvénients associés à chacun. Par la suite, nous dressons le portrait de l'état actuel de la rémunération des médecins au Québec et au Canada. Enfin, nous détaillons les impacts des divers modes de rémunération sur le patient, le médecin et le système de santé.

[1] Cité dans Daniel Poirier, « Les salaires des médecins, l'échec de l'état », La Presse, section Débats, 19 janvier 2015.

PLUSIEURS MODES, DIFFÉRENTS ENJEUX

DÉFINITION DES DIFFÉRENTS MODES DE RÉMUNÉRATION

Plusieurs modes de rémunération ont cours actuellement au Québec, et d'autres ont été ou sont à l'essai ailleurs dans le monde. Pour un néophyte, il peut être ardu de s'y retrouver. Avant d'en faire l'analyse, nous proposons d'abord une définition simple de chacun des modes de rémunération.

La **rémunération à l'acte** prédomine largement chez les médecins omnipraticiens et spécialistes canadiens. Ce mode de rémunération consiste au paiement d'un montant prédéterminé pour chaque service ou soin prodigué, peu importe sa durée. C'est un système de paiement rétrospectif puisque le médecin est remboursé suite à l'accomplissement d'un acte.

La **rémunération par capitation** est un mode où le médecin reçoit un montant d'argent déterminé pendant une période de temps donnée (forfait) pour la prise en charge de chaque patient inscrit, peu importe la quantité ou la qualité des services fournis à ces mêmes patients. C'est un système de paiement prospectif puisque le médecin reçoit une enveloppe d'argent avant d'avoir prodigué les soins aux patients. Certains auteurs incluent sous l'appellation « capitation » les primes de **rendement à la performance**, où le médecin reçoit une prime en fonction qu'il atteigne ou non les objectifs de rendement définis par le gouvernement, par exemple en ce qui a trait à l'inscription de patients vulnérables. Ce paiement à la performance ne constituerait pas en soi un mode de rémunération, mais plutôt un appoint associé aux autres modes de rémunération. Depuis quelques années au Québec, ce type de revenue occupe une part croissante de la rémunération des médecins.

Avec la **rémunération à salaire** (ou rémunération contractuelle), la rémunération du médecin consiste en un montant fixe pour une période de temps donnée, sans égard au nombre de patients vus ni à la quantité de services fournis par patient pendant cette période. Au Québec, la rémunération à salaire peut prendre la forme du paiement à l'heure dont bénéficient la plupart des omnipraticiens en CLSC. Le paiement à l'heure n'offre pas la protection sociale qui vient avec le salariat sous forme de revenu annuel.

La **rémunération à vacation** rétribue le médecin pour un bloc de trois heures d'activités professionnelles. La période de vacation peut contenir jusqu'à trois types d'activités d'une heure chacune. Ce mode est utilisé surtout en psychiatrie, spécialité qui demande de passer plus de temps avec le patient et avec les équipes de professionnels.

Entrée en vigueur en 1999 au Québec, la **rémunération mixte** combine des revenus provenant de différents modes de rémunération. Le cas le plus courant réunit une rémunération à l'acte avec une forme de

rémunération par capitation, par exemple un **per diem** ou des primes au rendement. Un per diem est un montant fixe pour une période de temps donnée qui peut être réclamé pour certains types d'activités médicales, selon des ententes définies avec la RAMQ. Au Québec, le mode de rémunération mixte concerne pour le moment principalement la pratique des médecins spécialistes.

À l'instar du système de rémunération par capitation, la **rémunération par enveloppe budgétaire** *(fundholding)* en vigueur au Royaume-Uni implique que le médecin reçoive un montant d'argent déterminé pour la prise en charge d'une population de patients. Dans le cas spécifique de la rémunération par enveloppe budgétaire, le médecin finance à même le budget fixe qu'il reçoit le coût des médicaments, des investigations et de l'hospitalisation de ses patients.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES MODES DE RÉMUNÉRATION

Comprendre le fonctionnement des modes de rémunération s'avère essentiel. Chacun des modes oriente les décisions du médecin et conduit à des modèles de pratique différents, priorisant certaines décisions ou interventions au détriment de d'autres. Ces choix - habitudes de prescription, référence à l'urgence, consultations aux spécialistes - ont un impact direct sur les coûts du système de santé.

Nous offrons ici une revue sommaire des principaux avantages et inconvénients des différents modes de rémunération, tels que rapportés dans la littérature sur le sujet. Rappelons toutefois qu'il est difficile d'offrir une analyse s'appliquant uniformément à tous les types de pratique. Plusieurs éléments distinguent la pratique des médecins omnipraticiens de la pratique en spécialité. Par exemple, la rémunération à l'acte semble mieux adaptée à une pratique centrée sur des consultations ponctuelles ou des gestes techniques, pratique surtout rencontrée en spécialité. En revanche, une approche globale et longitudinale, valorisée en médecine de famille, pourrait être mieux supportée par d'autres types de mesures financières.

La **rémunération à l'acte** est un mode de rémunération qui encourage à voir un plus grand volume de patients. Le médecin, qui veut poser le plus d'actes possible, est encouragé à voir plus de patients ou à les voir plus souvent, ce qui augmente les dépenses en santé.[2] « Soigner un patient supplémentaire apporte donc un profit financier au médecin. Si, de surcroit, le médecin dispose d'un pouvoir quelconque sur la demande du patient, le paiement à l'acte crée les conditions favorables à une quantité (et donc à une dépense) de services plus importante que ce qu'aurait souhaité le patient, ou que ce qui aurait été médicalement nécessaire dans son cas. »[3] Par ailleurs, le médecin payé à l'acte tend à prodiguer plus de soins par lui-même pour ses patients, ce qui entraine moins de références dans d'autres spécialités, et pourrait donc diminuer les coûts. La rémunération à l'acte sied bien à une médecine simple, rapide et curative. Parce qu'elle crée une pression pour voir un grand nombre de patients rapidement, elle semble moins appropriée pour le suivi des patients

[2] Grignon, M, Paris, V. et al. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no 35 : « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins ».

[3] *Ibid.*

avec maladies chroniques, à moins d'être associée à une grande accessibilité. D'autre part, la rémunération à l'acte favorise probablement moins le travail interdisciplinaire, puisque le médecin a tout intérêt à concentrer les soins afin d'en tirer le plein tarif et à ne pas déléguer à d'autres professionnels.

Le choix de la rémunération à l'acte semble en outre moins adapté à la pratique moderne de la médecine. En première ligne, ce mode de rémunération prenait tout son sens autrefois alors que le médecin réalisait lui-même toutes les interventions concernant un même patient. La médecine se diversifie, les traitements font plus appel à la technologie et la pharmacopée se développe : le médecin de famille réalise donc beaucoup moins « d'actes » qu'il le faisait autrefois. Aujourd'hui, son rôle consiste plutôt à faire le diagnostic et à orchestrer la mise en place d'un plan de traitement pour le patient, des tâches qui ne sont pas des actes médicaux au sens administratif du terme, mais qui n'en demeurent pas moins des soins donnés aux patients.

La **rémunération par capitation** permet de prendre en charge une grande quantité de patients, sans pour autant favoriser la quantité de soins qui leur est fournie. Ainsi, si le nombre de patients visé par les cibles gouvernementales est trop élevé, un grand nombre de patients sera « inscrit » mais recevra peu de soins.[4] Cela contribue à faire baisser les coûts et à les rendre plus prévisibles. C'est néanmoins un mode de rémunération qui favorise la référence à d'autres spécialités médicales, ce qui peut reporter les coûts sur d'autres postes de dépenses en santé.[5] Encore plus important, les patients avec des pathologies plus lourdes et complexes qui demandent plus d'heures de soins sont probablement défavorisés dans un système de capitation. Afin d'atteindre leurs cibles, les médecins rémunérés selon ce mode auraient tendance à choisir les patients en santé au détriment de ceux plus malades, phénomène appelé *écrémage (cherry picking ou cream skimming)*.[6]

Les primes de **rendement à la performance** accentueraient encore davantage cette tendance à la sélection des patients ; le patient en santé et « compliant » représentant une meilleure source de revenus pour le médecin que le patient complexe qui ne suit pas le traitement proposé. On peut également penser que le médecin récompensé pour certains actes facilement observables associés à une prime délaissera les soins moins facilement quantifiables et donc moins lucratifs. En outre, nous savons que tous les examens préventifs ne sont pas nécessairement appropriés pour tous les patients. Le paiement à la performance encourage la pratique d'une médecine standardisée sans égard aux particularités de chaque cas de figure.

La rémunération par capitation confère pourtant plusieurs avantages. Pour éviter de revoir ses patients sur une base régulière, le médecin a intérêt à garder sa population de patients en santé. Cela passe par une pratique axée sur la prévention et le changement des habitudes de vie. C'est également une méthode de rémunération qui encourage la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels. Par exemple, le médecin pourra décider d'engager un-e infirmièr-e pour le suivi de certaines maladies chroniques, ce qui

[4] *Ibid*.

[5] *Ibid.*

[6] Hennig-Schmidt, H., Selten, R. & Wiesen, D. (2011). *How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour – An Experimental Investigation*. Bonn Graduate School of Economics Discussion Paper.

dégagera du temps pour qu'il puisse se consacrer à de nouveaux patients. On peut donc penser qu'une certaine forme de travail en équipe multidisciplinaire serait favorisée par ce type de rémunération.

Par ailleurs, dans le cas de figure où il y aurait assez de médecins, le mode de rémunération par capitation favorise une certaine émulation entre professionnels, qui ont un intérêt à garder leurs patients. Les patients auraient le choix de se tourner vers un autre professionnel si des standards d'excellence de pratique n'étaient pas maintenus par leur médecin traitant. Cette observation est toutefois moins vraie en région rurale où le choix du médecin demeure toujours plus limité. Aussi, l'émulation entre médecins n'est pas forcément un avantage quand on sait que les patients sont souvent peu enclins à changer de professionnel.

Le mode de **rémunération à salaire** ne dépend ni du nombre de patients traités ni du type de soins prodigués. Le médecin se voit ainsi libéré de la pression exercée par certains autres types de rémunérations. On considère généralement que ce mode de rémunération ne favorise pas la productivité au sens ou elle est entendue – soit comme la prise en charge du plus grand nombre de patients. Par contre c'est un mode de rémunération qui serait plus susceptible de prévenir le phénomène de surdiagnostic et de surtraitement. Outre le fait que le médecin salarié puisse consacrer plus de temps à ses patients, les heures de travail sont prévisibles et le médecin bénéficie d'avantages sociaux (retraite, congés de maladie, vacances). Ce mode de rémunération rend les dépenses plus prévisibles pour le gouvernement.

La **rémunération mixte** a l'avantage d'offrir un équilibre entre l'acte, soit la prestation de soins observables faciles à cerner tels que les tests diagnostiques et les traitements, et la capitation, soit la prestation de soins non observables et moins facilement quantifiables tels que le temps consacré au patient et la qualité de la relation thérapeutique[7]. C'est donc un mode de rémunération qui semble favoriser à la fois la prestation suffisante de soins, le contrôle des coûts ainsi que la qualité des soins. La fraction de paiement par capitation permet aussi au médecin de se consacrer à des activités médicales non cliniques telles que la recherche, l'enseignement et l'administration.

Un mot enfin sur la **rémunération par enveloppe budgétaire**, qui présente l'avantage principal de diminuer les coûts du système par la responsabilisation du médecin face aux dépenses qu'il engendre.[8] Contrairement au système par capitation, le médecin doit soupeser les avantages et les inconvénients de chaque soin, qui plus est dans le cas des médicaments et de l'hospitalisation, des postes de dépenses importants au sein d'un système de santé. Ici encore par contre, les médecins qui s'occupent de patients complexes et donc plus « couteux » risquent de voir leur revenu diminuer, menant au risque du phénomène d'écrémage décrit plus haut. Rappelons que ce mode de rémunération n'existe pas au Canada actuellement.

[7] Léger, P. (2011). *Mode de rémunérations des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada,* FCRSS.

[8] Castonguay, J. & Boulanger, S. (2012). « Portrait de la rémunération des médecins 2000-2009 », Cirano.

PORTRAIT DE LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS AU QUÉBEC

LES COÛTS DE LA SANTÉ : SITUATION ACTUELLE

Selon les données actuelles de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 30% du budget total annuel du Québec est dédié à la santé, ce qui place le Québec au dernier rang des provinces canadiennes. Au Canada, les dépenses en santé représentent plutôt en moyenne 38% du budget total annuel. En analysant les données en fonction du PIB, on constate que le total des dépenses en santé du Québec et du Canada diminue progressivement depuis 2010. En 2014, les dépenses en santé représentaient 10.9% du PIB au Canada, ce qui se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE. Le taux de croissance annuel des dépenses en santé est également en diminution depuis 2011, et ce au Québec et au Canada.

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS AU SEIN DES DÉPENSES EN SANTÉ

Au Québec, environ 15% du budget total dédié à la santé correspond à la rémunération des médecins[9]. Ce pourcentage correspond à la moyenne canadienne et est relativement stable depuis les vingt dernières années. L'Ontario est la province canadienne qui dédie la plus grande part de son budget de la santé à la rémunération des médecins, soit 16.8%, suivie de près par l'Alberta. Le Québec se situe au troisième rang des provinces canadiennes.

Bien que le pourcentage des dépenses totales que représente la rémunération des médecins soit stable depuis 10 ans, les sommes en dollars courants consacrées à la rémunération médicale ont en fait doublé pendant cette période, passant de 2.8 à 5.7 milliards[10]. Environ 20% de cette augmentation s'explique par une croissance des effectifs médicaux et du volume de soins donnés, alors que 80% s'explique par l'augmentation du salaire des médecins[11]. La hausse de la rémunération des médecins explique environ 50% du taux de croissance annuel des dépenses en santé dans les dix dernières années, surpassant ainsi la croissance du coût des médicaments[12]. Une situation sans doute expliquée par les fameuses ententes entre le gouvernement et les fédérations médicales visant à « rattraper » la moyenne canadienne des salaires médicaux, ainsi que par les divers incitatifs à la performance développés dans les dernières années. En effet, de 2000 à 2013, la

[9] Institut canadien d'information sur la santé. *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014.* Rapport déposé en octobre 2014.

[10] Contandriopoulos, D., Brouselle, A. et al. (2015). « Mémoire sur la première partie du projet de loi no 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée : Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20 ».

[11] *Ibid.*

[12] Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*

rémunération moyenne des médecins de famille s'est accrue de 81%, passant de 132 957$ à 240 538$. La rémunération des médecins spécialistes s'est quant à elle majorée de 93%, passant de 192 708 à 371 908$[13]. Depuis, cette situation semble toutefois se stabiliser puisque, tel que mentionné plus tôt, le taux de croissance annuel des dépenses en santé est en régression depuis 2011. Le plus récent rapport annuel de l'ICIS révélait d'ailleurs que, malgré des effectifs médicaux atteignant un pic historique, les paiements versés aux médecins se sont stabilisés.[14] En 2014 il y avait au Québec 9830 médecins omnipraticiens et 11 053 médecins spécialistes[15]. En 2013, plus du tiers des médecins au Canada étaient des femmes, la plus grande proportion de femmes médecins (43,1%) étant observée en médecine familiale.

Les modes de rémunération au Québec

Le mode de rémunération l'acte prédomine chez la majorité (75.5%) des médecins québécois, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes.[16] De ce nombre, environ 50% ont un mode de rémunération uniquement à l'acte alors que l'autre 50% bénéficie d'une forme de rémunération mixte.[17] Rappelons que la rémunération mixte (ou pondérée) fut introduite en 1999 au Québec et qu'elle concerne essentiellement les médecins spécialistes pratiquant en établissement. Le mode de rémunération à vacation a également gagné en popularité, principalement auprès des omnipraticiens qui exercent en santé communautaire, dans des unités de soins gériatriques de longue durée et qui exercent dans certains établissements psychiatriques ou en régions éloignées. Très peu de médecins toutefois ont encore une rémunération à salaire. En fait, depuis 2011-2012, seuls les médecins qui détenaient déjà ce privilège continuent d'être rémunérés selon ce mode, retrouvé principalement auprès d'omnipraticiens exerçant en CLSC, en santé publique et dans certains milieux psychiatriques.

En plus des modes de rémunération ci-haut mentionnés, des montants forfaitaires s'ajoutent à la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec (qui s'inscrit dans une logique de capitation). Ainsi, dans le but de valoriser une pratique axée sur la population et les soins primaires, un forfait annuel de prise en charge est versé aux médecins par la RAMQ pour chaque patient inscrit considéré actif au 1er janvier de l'année civile. Aucune facturation n'est requise par le médecin pour recevoir le forfait annuel. De plus, un montant supplémentaire s'ajoute si le patient appartient à un des groupes de vulnérabilité définis par le ministère. Depuis 2012, un système de pondération est appliqué pour tenir compte des exigences de certaines pratiques de la médecine familiale et pour reconnaitre l'efficience des médecins.[18]

---

[13] Contandriopoulos & Brousselle, *op. cit.*

[14] Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*

[15] Source : données RAMQ

[16] Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*

[17] Blomqvist, A. & Busby, C. (2012). *How to Pay Family Doctors: Why "Pay per Patient" is Better Than Fee for Service*. Institut C.D. Howe Institute, Commentary no. 365.

[18] Ainsi, un montant supplémentaire de 50 $ est versé pour chaque jour au-delà de 180 jours de pratique, jusqu'à 200 jours, et de 200 $ pour chaque jour au-delà de 200 jours. En outre, selon le nombre de

DES IMPACTS DU MODE DE RÉMUNÉRATION

SUR LE PATIENT

Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'impact du mode de rémunération des médecins sur les soins aux patients, que ce soit en terme de volume de services, de qualité des soins et de leur accessibilité.

VOLUME DE SOINS

Il est généralement admis que le paiement à l'acte favorise une quantité de services plus importante que les autres modes de rémunération. En contrepartie, un médecin suivant un mode de rémunération par capitation n'aurait aucun incitatif financier à multiplier les actes et engendrerait un volume de soins moindre. L'expérience récente de la rémunération mixte au Québec semble supporter ces hypothèses avec une réduction du nombre de services médicaux facturables de 6,15% chez les médecins spécialistes ayant opté pour la rémunération mixte[19]. L'évaluation de la récente réforme de la première ligne en Ontario - visant l'intégration du financement par capitation au système à l'acte - arrive à des résultats similaires, avec une réduction de 6% des services et 7% des visites[20].

Certaines critiques craignent toutefois que le mode de rémunération par capitation ne désavantage les patients les plus malades en menant à une prestation sous-optimale des soins nécessaires au patient. Les mêmes voix suggèrent qu'un tel mode de rémunération puisse inciter le médecin de première ligne à référer plus rapidement et moins pertinemment à des consultants ou aux institutions hospitalières pour éviter d'avoir à les suivre, engendrant alors une augmentation du volume de soins particulièrement couteuse pour l'État[21]. Les résultats de la réforme ontarienne semblent contredire cette hypothèse. Une réduction statistiquement significative de 4% des références a été notée dans le groupe à rémunération mixte en comparaison avec le groupe en rémunération à l'acte[22]. Néanmoins, il faut considérer la notion de référence

patients inscrits à son cabinet, un pourcentage supplémentaire de ses revenus est versé au médecin lorsqu'il pratique également en établissement. Le médecin reçoit donc un supplément de 2.5% si le nombre de patients inscrits à son cabinet est de 700 à 999, de 5% s'il est de 1 000 à 1 499, et de 10% pour 1 500 patients et plus.

Source : *Le Médecin du Québec*, vol. 46, n° 20, novembre 2011

[19] Dumont, É, Fortin, B. et al. (2008). *Physicians and Incentives : Empirical Evidence from a Naturel Experience,* Cirano.

[20] Kralj B. (2013). Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. Ontario Medical Association and Institute for Labor Studies (IZA), *Canadian Journal of Economics*, 46 (1).

[21] Grignon, Paris et al. *op. cit.*

[22] Kralj, *op. cit.*

avec prudence. Allard et al (2011)[23] ont démontré que les taux de référence sous les différents modes de rémunération dépendent aussi largement de l'altruisme et de la compétence du praticien.

Qualité des soins

La question de la qualité des soins médicaux selon les modes de rémunération parait davantage ambigüe. De prime abord, le concept de capitation repose sur l'inscription du plus grand nombre possible de patients, que le médecin doit maintenir en santé pour qu'ils n'aient pas à revenir consulter. La prémisse de ce mode de rémunération encourage donc les interventions préventives davantage que la rémunération à l'acte[24]. De fait, la conversion à la rémunération mixte en Ontario a vu le nombre de praticiens atteindre les primes de prévention - accordées notamment selon le taux de vaccination chez les enfants et les ainés, les tests Pap et les mammographies de leur clientèle - augmenter de 8 à 15%[25].

S'il semble raisonnable de croire que la capitation favorise des soins de meilleure qualité – puisqu'affranchie de la pression productiviste de la rémunération à l'acte – les études ne parviennent pas à mettre en évidence des avantages réels pour le patient. Si l'introduction de la rémunération mixte au Québec a permis d'augmenter chez les spécialistes adhérents le temps moyen passé par service de 3.8%, il ne s'agit ici que d'une mesure imprécise de la qualité du soin[26]. Le médecin prend peut-être de plus longues pauses entre ses rendez-vous ou prend davantage de temps avec ses patients sans que cela ne se traduise par des gains pour leur santé.

Ce que nous pouvons toutefois avancer, c'est que la rémunération à l'acte semble fractionner les soins et ne semble pas favoriser une cohérence dans la trajectoire des soins ni n'encourage la référence à d'autres professionnels de la santé, lesquels sont peut-être plus en mesure de fournir les soins nécessaires[27]. En contrepartie, la capitation favoriserait la mise en place d'équipe multidisciplinaire pour optimiser l'état de santé du patient à travers la délégation.

Accessibilité aux soins

Même si la question de l'accessibilité aux soins est principalement un enjeu d'ordre structurel, on peut néanmoins relever que la rémunération à l'acte n'apporte aucun incitatif direct pour que le médecin suive davantage de patients. Le système par capitation encourage quant à lui une plus grande responsabilisation du médecin envers sa population en encourageant le suivi longitudinal du plus grand nombre de patients.

[23] Allard, M, Jelovac, I. et al. (2010). *Physicians self-selection of a payment mechanism: Capitation versus fee-for-service.*

[24] Blomqvist & Busby, *op. cit.*

[25] Kralj, *op. cit*

[26] Dumont, Fortin, et al. *op. cit.*

[27] Contandriopoulos & Brousselle, *op. cit.*

Toutefois, ce modèle n'est pas exempt du risque de sélection opportuniste d'une clientèle moins vulnérable (voir plus loin).

Satisfaction des patients

Il semblerait que la satisfaction des patients soit défavorable à un régime forfaitaire[28]. Une des hypothèses soulevées est que la rémunération à l'acte incite le médecin à rester facilement accessible pour ses patients afin de répondre rapidement à leurs besoins. Une étude américaine montrait aussi que les patients les plus malades choisissaient un système assurantiel avec paiement à l'acte, car selon eux, les soins ainsi prodigués étaient de meilleure qualité[29].

> *En résumé, le mode de rémunération optimal dépendrait de l'état de santé du patient. Ainsi, les patients en meilleure santé nécessitant peu de soins seraient mieux desservis par un système par capitation où moins de services sont dispensés, alors que les patients plus malades profiteraient d'un système à l'acte nécessitant une intensité de suivi supplémentaire. Ensuite, il faudrait viser l'équilibre à avoir entre les soins observables (services qu'un assureur peut cerner, comme les visites médicales, les tests diagnostiques et les traitements) et les soins non observables (soit le temps alloué, les recommandations et les efforts consacrés par le médecin). À ce niveau, un certain consensus semble émerger quant à la valeur ajoutée d'un système de rémunération mixte qui comporterait à la fois une composante prospective (paiement par patient) et une composante rétrospective (paiement pour l'acte).*[30]

Sur le médecin

Évidemment, le type de rémunération a un impact sur de nombreux aspects du travail du médecin. La rémunération entraine différents niveaux d'imputabilité sur le médecin et est souvent utilisée, à tort ou à raison, pour motiver des changements de pratique. Le mode de rémunération modifie également la qualité du travail et même la satisfaction du médecin face à sa profession.

Nous discuterons ici des impacts directs du mode de rémunération des médecins sur la pratique de ceux-ci ; puisque, souvent de façon inconsciente, les médecins en viennent à réellement changer leur mode de pratique sous l'influence de certains incitatifs financiers ou autres.

---

[28] Grignon, Paris et al. *op. cit.*

[29] Cutler, D. & Reber S. (1998). Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection, *Quarterly Journal of Economics*, 113, 433-466.

[30] Léger, *op. cit.*

Sélection des patients

Malheureusement, nous avons soulevé plutôt que certains modes de rémunération étaient susceptibles d'entrainer une forme de sélection opportuniste : certains médecins sélectionnent un type de patients en fonction de la rémunération que ces patients génèrent ou de la lourdeur des cas cliniques (phénomène d'écrémage). Mais encore pire, certains modes de rémunération favorisent le *gaming* ; par exemple, dans un contexte où ce sont les médecins qui décident si un patient se voit accorder ou non un code de vulnérabilité, on peut voir une augmentation des diagnostics lucratifs sans que le nombre de patients suivis n'augmente vraiment. Si les médecins savent mieux sélectionner les patients que les payeurs, ils gagneront de l'argent en traitant les patients dont le forfait est lucratif et en refusant les soins aux autres.[31]

Les données sur les guichets d'accès de la clientèle orpheline au Québec démontrent que la sélection opportuniste est assez courante en pratique en GMF.[32] Toutefois, comme mentionné précédemment, la récente réforme ontarienne intégrant la capitation semble avoir augmenté l'accessibilité sans pour autant diminuer la complexité des patients vus, donc sans émergence de ce phénomène de sélection opportuniste. Une des mesures relevées pour contrer la sélection de patients serait d'obliger le médecin à voir tout patient qui demande un suivi ou d'augmenter les montants d'argent prévus par la capitation en fonction des facteurs de vulnérabilité.

Pertinence et qualité du travail

Le mode de rémunération influence également la qualité du travail des médecins, en particulier sous l'aspect de la pertinence : souvent en médecine, observer un patient sans poser d'actes est meilleur pour la santé du patient que d'intervenir. Pourtant, dans un système où ce sont les actes posés qui sont rémunérés, ceux-ci semblent être plus nombreux. De même, dans les systèmes qui rémunèrent selon des lignes directrices de soins stricts (en Grande-Bretagne par exemple, dans un contexte de capitation), certains patients peuvent recevoir des soins ne correspond pas à ce que le médecin considère réellement médicalement nécessaire (des cibles de contrôle glycémique trop serré, par exemple, entraineront une multitude de visites plus ou moins pertinentes).[33]

---

[31] À ce sujet, nous vous suggérons de consulter : Mulligan, P. (2002). Capitation: the wrong direction for primary care reform, *Canadian Family Physician*, 48, 233-247.

[32] Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R. & Berbiche, D. (2015). Who gets a family physician through centralized waiting lists ? *BMC Family Practice,* 16 (10).

Notons toutefois que cette sélection opportuniste affectait beaucoup moins les patients avec les codes de vulnérabilité les plus sévères - donc les plus malades - mais ceux avec des conditions moins urgentes. Les patients en bonne santé étaient donc pris en charge plus rapidement par un médecin de famille que les patients avec des maladies chroniques mais stables.

[33] Bras, P-L. (2011). Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise. *Journal d'Économie Médicale*, 29 (5).

Dans le système canadien où il n'y presque pas de compétition, l'un des risques de la capitation est que les médecins n'aient pas de pression de qualité – risque qui existe aussi, mais de façon moindre, avec le paiement à l'acte. Une étude a démontré qu'en cas de paiement mixte, la concurrence entre fournisseurs (mesurable en partie par l'aisance avec laquelle un patient peut obtenir des soins auprès d'un autre médecin) pouvait encourager les médecins à fournir de façon équilibrée les composantes observables et non observables, d'où le possible nécessité d'augmenter le système de surveillance et de pénalités.[34]

Le mode de rémunération par capitation inclut généralement une composante d'assiduité (c.-à-d. le médecin est récompensé si ses patients le consultent plutôt que d'aller dans un autre lieu de services) qui peut entraver la liberté de choix du patient et met une pression perçue comme indue par plusieurs sur la relation médecin-patient.

Satisfaction professionnelle

Le paiement à l'acte est souvent perçu comme le modèle permettant de préserver le plus l'autonomie des médecins[35]. Par contre, il remporte la palme de la complexité de la facturation et de la surveillance puisque presque chaque geste posé par le médecin est codifié et rétribué. Comme la rémunération mixte inclut une tarification à l'acte, elle est elle aussi complexe à gérer. La capitation présente une facturation plus simple pour le médecin, mais une surveillance populationnelle accrue pour l'agent payeur. Les modes les plus simples et les prévisibles sont le salariat et les autres tarifications horaires, qui en général génèrent des revenus moins élevés que les autres modes de rémunération. Plus le type de rémunération est complexe, plus le médecin doit dépenser du temps (ou de l'argent) pour effectuer sa facturation. De ce fait, le marché des agences de facturation se développe également.

De nombreux médecins ne se consacrent pas uniquement à la pratique clinique, mais intègrent également des activités de recherche, d'enseignement et d'administration à leur pratique. Le mode de rémunération pour leurs activités cliniques de base peut avoir une influence sur leur disponibilité pour ces autres activités, en particulier lorsque les cibles populationnelles de la capitation ne tiennent pas en compte les autres activités ou que la rémunération à l'acte rend moins lucratif le temps alloué à l'enseignement clinique.

Qu'en est-il de la préférence des médecins? Tout d'abord, il faut se demander si ceux-ci devraient avoir le choix de leur mode de rémunération selon leur façon de pratiquer, leurs compétences et leurs valeurs. Les sondages au Québec démontrent que seuls 37% des médecins préfèrent la rémunération à l'acte ; et cette proportion semble encore plus basse chez les femmes et les médecins plus jeunes.[36]

---

[34] Allard, Jelovac et al. *op. cit.*

[35] Canadian Foundation for Healthcare Improvement. (2010). *Myth : Most physicians prefer fee-for-fee services*, récupéré de : www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth-Fee-for-Service-E.pdf

[36] Blomqvist & Busby, *op. cit*

Finalement, il semble que le gouvernement utilise la rémunération des médecins comme seule et unique façon de motiver un changement de pratique chez ceux-ci, ce qui peut influencer l'identité professionnelle. On ne fait plus appel à la conscience sociale, à la responsabilité face aux patients ou la société pour influencer une pratique pertinente ou de meilleurs soins : le changement de pratique chez les médecins est incité par le changement de la rémunération. Pourtant, les médecins demeurent plus motivés par le besoin sanitaire que par leurs revenus[37], ce qui pourrait expliquer pourquoi les récents incitatifs financiers aux Québec n'ont pas eu l'effet escompté.

SUR LE SYSTÈME

Il n'y a malheureusement aucune étude qui se soit principalement intéressée aux avantages et inconvénients des différents modes de rémunération pour la pérennité d'un système public de santé. Plusieurs éléments se dégagent tout de même de notre revue de la littérature.

On synthétise l'état des connaissances sur l'impact des modes de paiement sur les coûts de la santé selon leur degré de forfaitisation[38] : le paiement à l'acte permet au médecin d'augmenter le volume des services médicaux qu'il fournit au patient, et limite donc la portée des modes de régulation par les prix unitaires. À l'inverse, les paiements forfaitisés (capitation et salariat) limitent les volumes, mais peuvent peser sur la qualité des soins rendus, limiter l'accès aux soins pour les populations vulnérables et avoir des conséquences imprévues sur le niveau des dépenses.

En termes de coûts, il semble que la capitation et les autres forfaitisations arrivent mieux à contrôler le volume de soins et permettent une meilleure prévisibilité des dépenses pour l'État. Par contre, certaines données nous font croire que la forfaitisation aurait une efficacité économique moindre. De même, les données sur le paiement à l'acte sont contradictoires : certaines (par exemple au Danemark) démontrent qu'il n'y a pas plus d'examens posés alors que d'autres (données de l'OCDE) démontrent que le nombre d'actes augmente[39]. Évidemment, les systèmes de santé et de rémunérations dans le monde sont très complexes et varient tellement que les comparaisons sont difficiles.

La capitation nous semble un rempart contre la privatisation puisque son approche populationnelle peut difficilement être gérée par d'autres organismes payeurs que le système public. De plus, elle entraine une plus grande imputabilité systémique, ce qui nous semble souhaitable pour le maintien d'un système public fort.

Le paiement à l'acte, en particulier comme il est pratiqué au Québec, ouvre davantage la porte à l'entreprise privée en santé : il existe plus de variables sur lesquelles les médecins ou les propriétaires de clinique médicale à but lucratif peuvent exercer un contrôle dans le but de maximiser les montants reçus. Ce mode de

[37] Grignon, Paris et al. *op. cit.*
[38] *Ibid.*
[39] Léger, *op. cit*

rémunération vient également modifier insidieusement l'identité professionnelle, le médecin se voyant comme un pourvoyeur de soins plutôt que comme un soignant. L'imputabilité du médecin face au patient, à la population et au système est aussi moindre dans ce cadre de rémunération, au Québec du moins.[40]

Le tarif à l'acte au Québec comporte un autre élément qui insidieusement ouvre la porte à la marchandisation. En effet, le paiement à l'acte est majoré en cabinet (de l'ordre de 30% pour les médecins de famille) pour couvrir les frais de bureau. Pourtant, rien ne garantit que cette majoration soit utilisée à cet effet et plusieurs médecins facturent aux patients des frais illégaux pour les soins infirmiers ou pour des frais administratifs tels qu'ouverture de dossier, dossier informatique, demande de consultation.[41] Cette confusion autour du montant donné pour l'acte médical par rapport à celui donné pour les frais d'administration et de rémunération des employés est problématique : les frontières de la rémunération du médecin soignant et du gestionnaire (qui peut être médecin ou non) deviennent floues.

La rémunération mixte est probablement la plus prometteuse si elle est développée de façon à combiner les points positifs du paiement par capitation (imputabilité, vision populationnelle, multidisciplinarité) et la poussée vers l'efficience qui semble découler du paiement à l'acte.

Dans le contexte actuel québécois, le choix d'un mode de rémunération pour les médecins est discutable, en ce sens qu'il est le fruit d'une négociation se déroulant dans une logique de rapport de force entre les fédérations médicales et le gouvernement, et dont l'objectif principal semble la maximisation de l'enveloppe budgétaire pour les fédérations et le maintien des coûts au plus bas par le ministère. Difficile donc d'obtenir les conditions idéales pour développer un système de rémunération qui soit axé sur le bien du patient, l'amélioration de la santé populationnelle et la pérennité du système public. Ces objectifs seraient probablement mieux servis par une instance distincte, formée d'acteurs du système et d'analystes du gouvernement, qui concevraient la rémunération comme un des multiples éléments du système plutôt que comme une fin en soit.

Plus le mode de rémunération est complexe, plus sa gestion est exigeante et couteuse pour l'État. La tarification à l'acte et la rémunération mixte demande une gestion serrée et de multiples vérifications de l'agent payeur pour contrôler le type et les sommes allouées pour les actes versés, ce qui entraine des frais administratifs supplémentaires importants. De plus, les médecins qui s'estiment lésés peuvent contester les décisions de l'agent payeur, ce qui est un processus également couteux pour le système. La tarification à l'acte et dans une moindre mesure la rémunération mixte sont aussi plus imprévisibles et rendent l'établissement des enveloppes budgétaires plus complexe.

[40] Contandriopoulos & Brousselle, *op. cit.*

[41] À cet effet, nous vous suggérons de vous référer à notre rapport annuel 2013, portant sur les frais accessoires facturés aux patients.

DISCUSSION : COMMENT ASSURER LA PÉRENNITÉ DU SYSTÈME PUBLIC?

Aucun mode de rémunération ne représente en soi une panacée. À la lumière du présent rapport, certaines caractéristiques clés d'un mode de rémunération idéal pour un système de santé accessible et de qualité peuvent néanmoins être dégagées. Le mode de rémunération souhaitable devrait être en mesure de :

- Favoriser l'accès de la population au système de soins, particulièrement pour les populations vulnérables.
- Renforcer la pertinence des soins, et non encourager des investigations ou des soins non médicalement indiqués.
- Décourager les comportements opportunistes ; en ce sens, les incitatifs financiers ne semblent pas une voie à privilégier.
- Favoriser la qualité des soins en permettant une approche centrée sur le patient.
- Assurer un équilibre entre la qualité des soins et la quantité de soins prodigués au plan populationnel, afin d'assurer l'accessibilité des soins pour la population.
- Assurer la pérennité du système public de santé au plan budgétaire, c'est-à-dire éviter une croissance excessive des coûts et limiter les frais administratifs liés à la gestion du système de rémunération mis en place.
- Encourager l'interdisciplinarité plutôt que les actes individuels du médecin.
- Intégrer une perspective de santé publique et permettre la prévention et la promotion de la santé. D'autant que le système de soins en soi compte pour relativement peu, en comparaison avec d'autres déterminants sociaux de la santé, quant à l'impact sur la santé d'une population.
- Intégrer la notion d'imputabilité à la pratique du médecin.
- Fonctionner indépendamment des valeurs ou des caractéristiques individuelles des médecins. En d'autres termes, un bon système devrait assurer une rémunération équitable indépendamment du profil de facturation du patient ou des valeurs d'un médecin pris individuellement.

Si aucun mode de rémunération ne répond en soi parfaitement à toutes ces caractéristiques, le mode de rémunération à l'acte s'éloigne de plusieurs de celles-ci. La rémunération à l'acte encourage des soins et des suivis parfois non pertinents, décourage souvent l'interdisciplinarité (du moins dans sa forme actuelle) et défavorise la prévention et la promotion de la santé. Un système public de santé fort repose sur des soins de qualité, pertinents, accessibles, et qui peut être financé par des fonds publics pérennes. En ce sens, la rémunération à l'acte - appliquée exclusivement, à la première ligne en particulier - a tendance à desservir un tel système.

CONCLUSION

À travers les chamboulements qui ont secoué le réseau de la santé cette année, plusieurs acteurs de la société ont remis en question le mode de rémunération des médecins. Ces revendications sont justifiées dans la mesure où les augmentations salariales consenties aux médecins - sans amélioration notable des services de première ligne - auront laissé dans la conscience populaire une certaine amertume. Il nous apparaissait donc important de jeter les bases d'une réflexion sur le sujet, devenu incontournable au sein des débats entourant l'avenir de notre système public de santé.

Dans ce rapport, nous vous avons présenté les principaux modes de rémunérations des médecins en les situant dans leur contexte provincial et national, tout en soulignant leurs avantages et inconvénients. Nous avons aussi cherché à exposer l'impact que peuvent avoir leurs différences sur le patient, le médecin et notre système. Si aucun des modes de rémunération ne se démarque de manière absolue pour assurer la pérennité du système public de santé, la rémunération à l'acte nous semble certainement celle qui encourage le plus la privatisation. La capitation présente des bénéfices prometteurs, notamment sur le plan populationnel, mais comporte ses propres écueils. D'un point de vue pragmatique, la rémunération mixte offre les avantages de l'acte et de la capitation et est probablement plus adaptée au contexte actuel québécois.

Au-delà du choix d'un mode de rémunération idéal, plusieurs questions se sont imposées au fil de la rédaction de ce rapport. Selon le principe de responsabilité partagée, le mode de rémunération devrait-il s'appuyer sur les services rendus par l'équipe interdisciplinaire plutôt que par le seul médecin? Considérant le potentiel d'abus lié aux primes, devraient-elles être révisées, voire abolies? Par-delà ces questions d'ordre pratique, des questions de principe - souvent occultées au fil du débat autour de la rémunération des médecins - méritent d'être posées. Est-ce que la seule façon de valoriser des pratiques ou des comportements de la part des médecins réside dans la rémunération? En somme, la pratique des médecins est-elle modulable autrement que par des impératifs financiers ?

Nous trouvons des questions
à nos réponses.
Et la parole est à vous.