Fonds de recherche
Société et culture
Québec

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative

Chercheur principal

Jean-Louis Denis, Université de Montréal et CRCHUM

Cochercheurs

Marie-Pascale Pomey (Université de Montréal et CRCHUM) - **Cochercheure principale**
Roxane Borgès da Silva (Université de Montréal)
Caroline Cambourieu (Université de Montréal)
Carl-Ardy Dubois (Université de Montréal)
Raynald Pineault (Institut national de santé publique du Québec)
Catherine Régis (Université de Montréal)

Collaborateurs

Larry Brown (Université Columbia)
Pierre-Gerlier Forest (Université de Calgary)
Michel Grignon (Université McMaster)
Lauren Nicholas (Université Johns Hopkins)
Valérie Paris (Organisation de coopération et de développement économique)
Divya Srivastava (Organisation de coopération et de développement économique)

Professionnels de recherche

Mélina Bernier (École nationale d'administration publique)
Marc-Antoine Edger (Université de Montréal)
Johanne Préval (École nationale d'administration publique)

Établissement gestionnaire de la subvention

École nationale d'administration publique

Numéro du projet de recherche

2015-BE-187386

Titre de l'Action concertée

Regards sur les modes de rémunération des médecins

Partenaires de l'Action concertée

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

Le Fonds s'engage à rendre public les Rapports de recherche produits dans le cadre des Actions concertées. Le contenu n'engage que ses auteurs.

Annexe du Rapport de recherche intégral

Table des matières

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire 2

1.1. Stratégie générale 2

1.2. Stratégie de recherche de la littérature scientifique 2

1.3. Stratégie de recherche de la littérature scientifique grise 4

Annexe 2. Critères de sélection des résumés 7

Annexe 3 Grille d'analyse pour les articles scientifiques 8

Annexe 4 Listes des sujets recensés dans les médias québécois de décembre 2015 à aujourd'hui 10

Annexe 5. Volet juridique : 22

Définition du cadre normatif applicable à la rémunération médicale 22

Résumé de recherche 22

Cadre normatif général et organisation des systèmes de santé 23

Ententes et modes de rémunération 23

Articles et clauses pertinents, province de Québec 40

Entente FMOQ 46

Entente FMSQ 49

Code de déontologie des médecins 51

Jurisprudence 55

Annexe 6. Exemple d'une grille d'entrevue 61

Annexe 7 Formulaire de consentement 64

Annexe 8. Fiche synthétiques des études de cas 66

8.1. États-Unis 66

8.2. France 73

8.3. Ontario 77

8.4. Pays-Bas 82

Annexe 9. Rémunération des spécialistes, 2004 87

Annexe 10 Résultats - Impacts 89

Annexe 11. Bibliographie des références consultées 136

Références du rapport de recherche intégré 136

Références consultées 145

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche pour la littérature scientifique a été développée en collaboration avec un bibliothécaire de la bibliothèque paramédicale de l'Université de Montréal.

1.1. Stratégie générale

- Période couverte par la recherche : de 1990 à 2015
- Langues : française ou anglaise

1.2. Stratégie de recherche de la littérature scientifique

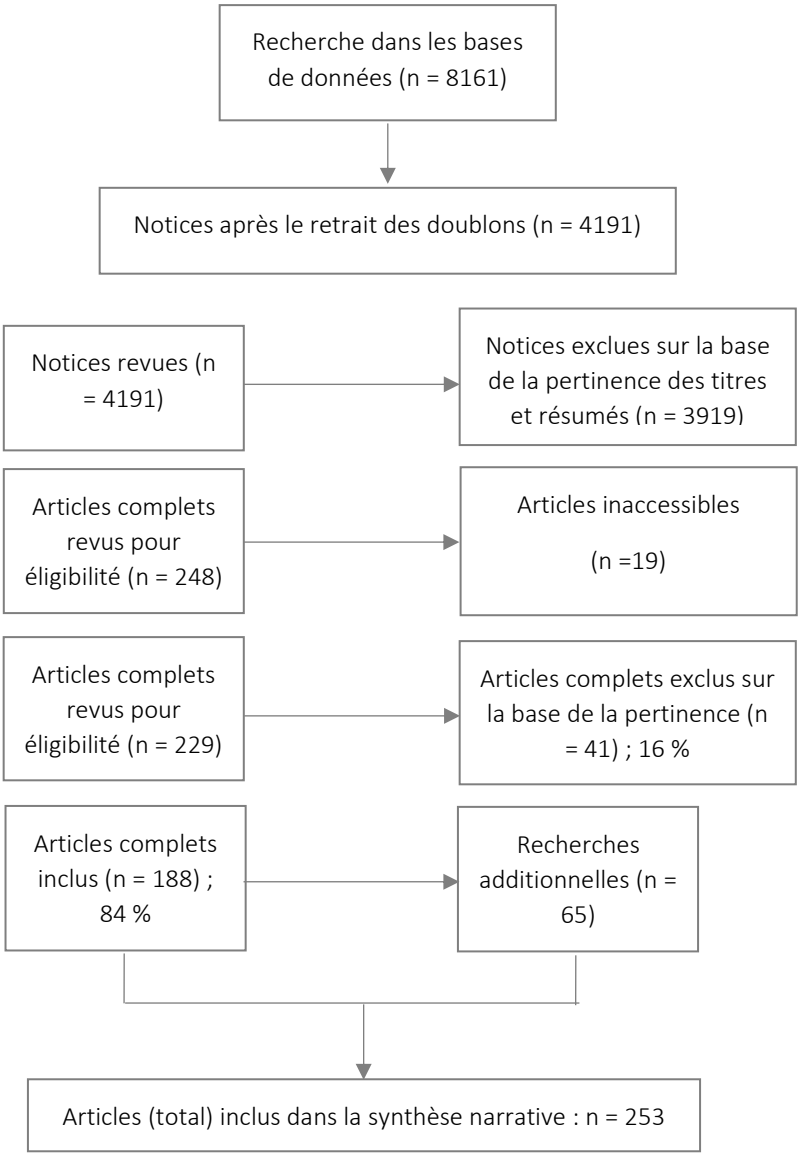
- Publications : tous types de publications
- Bases de données interrogées :
  - EMBASE (OvideSP)
  - CINAHL Plus Full text (EBSCOHost)
  - Business Source Premiere (EBSCOHost)
  - Public Administration Abstract (EBSCOHost)
  - PubMed NCBI
  - All EBM Reviews (OvideSP)
  - Cairn.info
- Liste des mots clés et combinaisons :
  physician/, Physicians/economics, en combinaison avec : *capitation fee/, *medical fee/, *salary/, *reimbursement/, *remuneration/, *physician income/, *motivation/, *competition/, *health care policy/, economics/ or exp *behavioral economics/, *prospective payment/, managed care OR *health care management OR *health maintenance organization OR *managed care organization, Managed Care Programs, Managed Competition, Salaries and Fringe Benefits, Reimbursement, Incentive, "Insurance, Health, Reimbursement", "Provider-Sponsored Organizations", "Health Expenditures", "Reimbursement Mechanisms+" OR "Prospective Payment System'', "Value-Based Purchasing", "Physician Incentive Plans".

- De plus, le Journal de gestion et d'économie médicales, Volume 29, 2011/5 a été ciblé pour son contenu pertinent : ***les transformations des professions médicales: organisation, règles et rémunérations***, présenté par Philippe Batifoulier et Jean-Paul Domin.

Au total, 8161 références ont été repérées dans les bases de données pour la littérature scientifique. À la suite de l'élimination des doublons, 4191 titres et résumés ont fait l'objet d'une sélection selon les critères d'inclusion. À la suite de la sélection des résumés et du retrait des articles inaccessibles (payants ou introuvables), un groupe de 229 articles complets a été revu à l'aide de la grille d'analyse. De ce groupe de 229 articles, 41 ou 16 % ont été exclus. En fin de compte, ce sont 253 articles qui ont été intégrés à la synthèse (soit 188 en y ajoutant 65 articles issus de recherches additionnelles : année 2015 et

méthode de boule de neige). Le diagramme de flux qui suit fait état de ce processus de sélection en entonnoir.

Diagramme de flux pour la littérature scientifique



Les résumés ont été lus en double lecture indépendante, puis discutés simultanément par trois membres de l'équipe de recherche. Des discussions ont permis de régler les désaccords et de parvenir à un consensus, le cas échéant. Pour faciliter l'intercodage, le suivi et la gestion des données, et l'extraction des résultats de l'analyse du corpus d'articles, une plate-forme Web spécialement conçue pour les revues de littérature spécialisée et les revues systématiques, DistillerSR, a été utilisée.

Afin de mieux documenter les questions de recherche et, suite aux recommandations provenant des rencontres de travail, des recherches plus approfondies ont été menées (documentation gouvernementale, institutionnelle ou toute autre documentation pertinente non publiée dans les revues à comité de lecture, ajout de certains articles scientifiques par boule de neige).

1.3. Stratégie de recherche de la littérature scientifique grise

La stratégie de recherche de la littérature grise a comporté trois techniques :

- Des recherches ciblées à partir de sites gouvernementaux, institutionnels ou organisationnels connus[1] ;
- Des recherches manuelles à partir du moteur de recherche *Google*
- Des recherches de type « boule de neige » à partir de documents d'expertises reconnues.

Recherche manuelle dans Google

- Google par pays ; en anglais et en français (.ca, .fr, .uk, .com)
- En consultant les 50 premiers résultats ou jusqu'à saturation des résultats pertinents
- En activant les restrictions suivantes pour limiter la recherche dans Google :

  intitle: mots clés dans le titre du document; **site:** domaine (.gov, .edu, .org); **filetype:** format (.pdf, .xls, .ppt, .doc); **-Pubmed**

Liste de sites Web

Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

Statistique Canada : http://www.statcan.gc.ca/

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : https://www.cihi.ca/fr

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) : http://www.fcass-cfhi.ca/

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé: http://www.chsrf.ca/

Colombie-Britannique : ministère de la Santé : http://www.gov.bc.ca/health/

---

[1] Des listes de références ont été tirées des *Séries de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé* (http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us). Ces rapports, publiés entre les années 2010 à 2013, décrivent en détail les réformes des systèmes de santé et répertorient de nombreux sites Web actifs et pertinents.

Annexe du Rapport de recherche intégral

Ontario : ministère de la Santé et des Soins de longue durée: http://www.health.gov.on.ca/

Québec : ministère de la Santé et Services sociaux: http://www.msss.gouv.qc.ca

Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec : http://www.ramq.gouv.qc.ca/

Association médicale canadienne : http://www.amc.ca/amc.ca

Collège des médecins de famille du Canada : http://www.cfpc.ca/

Collège des médecins du Québec : http://www.cmq.org

Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé : http://www.cahspr.ca/fr

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) : http://www.csbe.gouv.qc.ca/accueil.html

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) : www.aqesss.qc.ca/

Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) : https://www.cirano.qc.ca

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) : https://www.cms.gov/

Haute Autorité en Santé (HAS) : http://www.has-sante.fr/

Observatoire national des ressources humaines en santé : http://www.sante.gouv.fr/ondps/

Institut de recherche et documentation en économie de la santé : http://www.irdes.fr/

Agence Régionale de Santé (ARS) – Le portail national : http://ars.sante.fr/portail.0.html

Ordre national des médecins : http://www.conseil-national.medecin.fr/

Confédération des Syndicats Médicaux Français : http://www.csmf.org/

Fédération des Médecins de France : http://www.fmfpro.com/

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes : http://www.sante.gouv.fr/agences-sanitaires

Annexe du Rapport de recherche intégral

MG France – Le syndicat des médecins généralistes : http://www.mgfrance.org/

Syndicat de médecins libéraux (SML) : http://www.lesml.org/

Union nationale des professionnels de santé : http://www.unps-sante.org/

Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) – Pays-Bas: http://www.government.nl/ministries/vws

Netherlands institute for health services research: http://www.nivel.nl/en

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : http://www.oecd.org/

The Commonwealth Fund: http://www.commonwealthfund.org/

Banque mondiale : http://www.banquemondiale.org/

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory

Organisation mondiale de la santé (OMS) : http://www.who.int/fr/

Organisation Panaméricaine de la santé : http://www.paho.org/hq/

Association européenne des médecins des hôpitaux (AEMH): http://www.aemh.org/pages/home.html

European Union – Health : http://europa.eu/pol/health/index_en.htm

Annexe 2. Critères de sélection des résumés

Pour un OUI :

Critères obligatoires :

- Le mode de rémunération des médecins est le sujet principal
  Oui _____ Non _____ (exclure)
- Examine au minimum un ou plusieurs éléments dans lesquels s'inscrit le mode de rémunération. Ex. : comportement du médecin, interaction avec les pairs, patients, culture professionnelle, relations interprofessionnelles, organisations, communautés, institutions, réseau, lois et règlements, politiques publiques.
  Oui _____ Non _____ (exclure)
- Concerne l'un ou plusieurs des pays membres de l'OCDE (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie) + Taïwan, Brésil, l'Afrique du Sud.
  Oui _____ Non _____ (exclure)
- Publié entre 1990 et 2015
  Oui _____ Non _____ (exclure)

Si le résumé répond à tous ces critères il est retenu.

Pour un PEUT-ÊTRE :

- Ne contient pas suffisamment d'information
- Aucun résumé (titre uniquement)

Si le résumé ne contient pas assez d'information ou si le titre comprend les combinaisons de mots clés sans résumé, une recherche est effectuée pour obtenir l'article puis il est soumis aux critères de sélection.

Pour un NON :

- Le mode de rémunération des médecins N'EST PAS le sujet principal
- N'EXAMINE AUCUN élément dans lequel s'inscrit le mode de rémunération
- HORS pays de l'OCDE + Taïwan, Brésil et Afrique du Sud
- Publié AVANT l'année 1990

Le résumé est exclu s'il répond à l'un de ces critères.

Annexe 3 Grille d'analyse pour les articles scientifiques

1. Question de recherche et objectif(s) général (aux) du texte

2. Contexte de la recherche (pays, régions, juridictions, système), préciser : _____

3. Types d'études :
   3.1. Descriptive : ☐
   3.2. Analytique – théorique : ☐
   3.3. Analytique – empirique : ☐
   3.4. Analytique – théorique et empirique : ☐
   3.5. Commentaires informés, éditoriaux, essais : ☐

   3.6. Synthèse des connaissances : ☐

   3.7. Autre : ☐ préciser : _____

4. Ancrage disciplinaire :
   4.1. Sciences politiques : ☐
   4.2. Sciences économiques : ☐
   4.3. *Health Services Research* : ☐
   4.4. Sociologie : ☐
   4.5. Éthique : ☐
   4.6. Droit : ☐
   4.7. Autre : ☐ préciser : _____

5. Domaine de pratique :
   5.1. Généralistes : ☐
   5.2. Spécialistes : ☐ préciser : _____
   5.3. Autre (ex. : md gestionnaire, chercheur) : ☐ préciser : _____
   5.4. Ne sais pas : ☐

6. Environnement de pratique :
   6.1. Solo : ☐
   6.2. Groupe : ☐ préciser (ex. : GMF) : _____
   6.3. Solo et groupe : ☐ préciser : _____
   6.4. Organisation ou système (ex. : hôpital, ACO, CISSS, clinique réseau) : ☐ préciser : _____
   6.5. Autre : ☐ préciser : _____
   6.6. Ne sais pas : ☐

7. Conclusion de l'étude ou principal apport conceptuel

Annexe du Rapport de recherche intégral

8. Typologie (question 1) :
   8.1. Paiement à l'acte : ☐
   8.2. Capitation : ☐
   8.3. Salaire : ☐
   8.4. P4P (incitatif avec cible) : ☐
   8.5. Incitatif non-financier: ☐
   8.6. Autre : ☐ préciser : _____

9. Contexte (question 2). Exemples : dimensions systémique, juridique, organisationnelle, culturelle, professionnelle, interprofessionnelle, etc.

10. Impact rémunération du médecin sur (question 3) :
   10.1. Accès : ☐
   10.2. Sécurité & qualité : ☐
   10.3. Utilisation : ☐
   10.4. Organisation : ☐
   10.5. Système de santé : ☐ préciser : _____
   10.6. Comportement du md : ☐ préciser : _____
   10.7. Autre : ☐ préciser : _____
   10.8. Ne s'applique pas : ☐

11. Apport(s) essentiel(s) en fonction des trois questions de recherche

12. Pertinence de cet article pour la recherche :
   12.1. À conserver : ☐ Préciser pourquoi : _____
   12.2. À exclure : ☐ Préciser pourquoi : _____
   12.3. Ne sais pas : ☐ Préciser pourquoi : _____

Annexe 4 Listes des sujets recensés dans les médias québécois de décembre 2015 à aujourd'hui

Média – Date	**Titre**	**Sujet principal**
Le Devoir – 3 novembre 2016	L'illumination	• M. Barrette en arrive à la conclusion que l'entente de 2014 sur l'étalonnage des hausses salariales des médecins doit être revue à la baisse ; une étude comparative sur la productivité des médecins québécois et ontariens a été commandée
Le Devoir – 1er novembre 2016	Rattrapage salarial Barrette engage un autre combat avec les médecins. *Le ministre de la Santé estime que la parité est atteinte et que l'entente de 2014 doit être revue*	• Le ministre de la Santé souhaite rouvrir les ententes signées en 2014 pour neutraliser les mesures d'étalement (hausses salariales) prévues jusqu'en 2021
Le Devoir – 1er novembre 2016	Libre opinion Lamarre, Paradis, vous démoralisez nos bons docteurs!	• Ce n'est pas le salaire des médecins qu'il faut critiquer, mais une mauvaise gestion dans le système de santé qui nuit à la santé des patients
L'actualité – 25 octobre 2016	L'inscription des patients ne règle pas tout!	• « Au fil du temps, l'inscription est devenue au Québec un levier de rémunération utilisé pour influencer la pratique médicale. L'inscription formelle s'est transformée en mécanisme pour pondérer le paiement à l'acte en

		y ajoutant de fait une portion de rémunération par patient (le médecin est payé pour fournir des soins à un groupe défini de patients, peu importe leur nombre annuel de visites) et une portion de paiement à la performance (le médecin reçoit des primes en fonction de l'atteinte de cibles fixées par le ministère de la Santé). »
Ici Radio-Canada (site) – 17 octobre 2016	Cliniques médicales : des centaines de millions de dollars dont Québec ne peut suivre la trace	• La rémunération supplémentaire de 30 % aux médecins qui pratiquent en clinique ne s'accompagne pas d'une reddition de compte : Québec admet qu'il doit s'y attaquer (mécanismes de gouvernance et système d'information)
Ici Radio-Canada (site) – 21 septembre 2016	Un chirurgien millionnaire gonfle son salaire en profitant du système	• Le comportement opportuniste d'un chirurgien de l'hôpital La Sarre permet de mentionner qu'un projet de loi est à l'étude pour accroître le pouvoir de la RAMQ pour repérer les pratiques atypiques des médecins qui coûtent cher aux contribuables
Le Devoir – 15 septembre 2016	Les frais accessoires sont abolis. *L'interdit valable pour les soins couverts par la RAMQ privera les médecins de 83 millions de dollars*	• Les frais accessoires sont inclus dans la rémunération des médecins ; ces derniers devront désormais absorber ces frais

Le Devoir – 24 août 2016	La rémunération des médecins québécois a crû plus rapidement que la moyenne canadienne	• Selon le rapport de l'ICIS, la rémunération brute d'un médecin au Québec a crû de 22 % entre 2010-11 et 2014-15, contre 8 % en moyenne au Canada et 3 % en Ontario
Ici Radio-Canada (site) – 23 août 2016	Les médecins albertains sont les mieux rémunérés du pays, selon un rapport	• Selon un rapport de l'ICIS, les médecins albertains, toutes spécialités, recevaient un salaire annuel moyen de 366 000 $, comparativement à 339 000 $ à l'échelle nationale
Ici Radio-Canada (site) – 23 août 2016	Nombre record de médecins au Canada en 2015	• Au Canada, le nombre de médecins par habitant est en progression depuis neuf ans ; le Québec comptait en 2015 242 médecins par 100 000 habitants (troisième position)
Le Devoir – 18 août 2016	Accès aux soins Barrette met de la pression sur les spécialistes. *Le ministre de la Santé demande aux médecins de « redoubler d'efforts » pour atteindre les cibles*	• Le ministre de la Santé dévoile la progression des délais d'attente en vue de l'atteinte des cibles convenue dans l'entente avec la FMSQ au 31 décembre 2017
Le Devoir – 18 août 2016	Salaire minimum Un bond qualitatif	• En fin de compte, le rapport de force détermine l'issue, plus que la théorie économique ; l'augmentation des salaires des médecins diffère nettement comparativement à d'autres secteurs d'emploi, peu scolarisé et davantage féminin

Le Devoir – 14 juillet 2016	Nouveaux médecins Barrette recule, mais obtient ce qu'il veut	• Les nouveaux médecins qui veulent travailler à l'urgence sans faire de suivi dans la communauté subiront des pénalités financières ; ils devront tous exécuter des AMP ou activités médicales prioritaires, dont la prise en charge de 500 patients (ou pénalité de 30 %)
Le Devoir – 13 juillet 2016	Soins à domicile Appel à une meilleure rémunération des médecins	• Selon une médecin citée, il y a une importante pénalité financière à faire des visites à domicile ; depuis la grille tarifaire de juin 2016, le tarif est passé de 85 à 127 $ la visite pour les patients en perte d'autonomie sévère
Le Devoir – 27 juin 2016	De plus en plus de médecins s'estiment lésés	• La RAMQ a dû traiter 5592 demandes de révision de facturation en 2014-2015 provenant des omni et 11 317 de la part des spécialistes en 2015 ; la RAMQ a récupéré des sommes plus importantes de celles qu'elle a dû verser après révision
Journal de Montréal – 22 juin 2016	1,4 G$ aux médecins spécialistes	• La rémunération incitative offerte aux médecins spécialistes se décline principalement en 17 primes négociées dans des ententes conclues en 2007 et 2010 ; le MSSS est incapable

		d'évaluer l'impact de chacune d'elle (sans cibles)
L'actualité – 20 juin 2016	Le grand malaise des médecins	• Les tensions entre la population et la profession médicale s'accentuent : ces tensions sont surtout liées aux problèmes d'accès aux soins et à la perception que la rémunération des médecins est trop importante par rapport à leurs obligations
L'actualité – 15 juin 2016 (entrevue avec M. Barrette)	Une tempête ? Quelle tempête ?	• « Non, il n'y a pas d'avantages particuliers pour les médecins »
L'actualité – 15 juin 2016	Sale temps pour les docs	• Le public est en droit de se demander si l'État verse une trop grande part de ses revenus à ses médecins en échange d'une trop faible accessibilité aux soins
Le Devoir – 15 juin 2016	La rémunération des médecins québécois devrait être revue à la baisse, plaide l'IRIS	• L'IRIS propose d'ajuster de 12 % à la baisse l'enveloppe des médecins québécois en fonction du coût de la vie au Québec et par rapport aux hausses de revenu des autres travailleurs québécois
Revue Santé inc. Mai/Juin 2016	Contester l'incorporation ?	• Certains spécialistes remettent en question la valeur et la pertinence de l'incorporation de la pratique médicale, notamment sur le plan éthique ; sur le plan fiscal, l'incorporation sert bien le médecin

Le Devoir – 31 mai 2016	Soins à domicile Un service victime de la nouvelle grille tarifaire	• La nouvelle grille tarifaire des omnipraticiens favorise la prise en charge des patients et met ainsi en péril le service Jonquière-Médic (visites d'urgence)
Le Devoir – 14 mai 2016	Les GMF recevront deux fois plus par patient	• L'enveloppe globale consacrée aux GMF augmentera de 95 millions en 2014-15 à environ 145 millions en 2016-2017
Le Devoir – 11 mai 2016	Angoisse et grogne chez les jeunes médecins. *Faute de postes, des finissants sont forcés de frapper à la porte de l'Ontario*	• Les règles d'attribution de postes en médecine de famille créent de l'insatisfaction chez les jeunes médecins ; certains migrent vers l'Ontario
La Presse – 7 mai 2016 (Claude Castonguay)	D'énormes enjeux sont en cause	• Les prochaines négociations entre le gouvernement et les médecins doivent être menées dans un cadre bien établi et conduites publiquement ; les dernières ententes ayant donné lieu à des rémunérations excessives
Revue Profession Santé – 6 mai 2016	Renouveler l'argumentaire des médecins : réponse à la Dre Francoeur	• L'organisation Médecins québécois pour le régime public (MQRP) est d'avis que des prises de positions non-corporatistes sauront mieux dissiper les malaises de la population à l'endroit des médecins

Le Devoir – 2 mai 2016	Québec prêt à inclure les frais accessoires à la rémunération des médecins	• À la veille du dépôt d'un recours judiciaire important, le ministre Barrette souhaite maintenant inclure les frais accessoires dans la rémunération médicale
L'actualité – 28 avril 2016	Pourquoi les médecins sourient-ils?	• La hausse excessive de rémunération que le gouvernement a accordée en 2007 aux médecins leur procure un avantage de pouvoir d'achat de 19 % à 34 % par rapport à leurs confrères ontariens et a coûté 838 millions de dollars aux Québécois
Le Devoir – 27 avril 2016	Barrette appelle à une réflexion sur les salaires	• Des rémunérations excessives chez certains médecins spécialistes appellent à une réflexion au sein de la FMSQ selon le Dr Barrette
La Presse – 27 avril 2016	2,4 millions pour un seul médecin	• Les 25 médecins les mieux rémunérés de la province l'an dernier sont tous des spécialistes, et le total de leur rémunération atteint près de 50 millions
La Presse – 19 avril 2016	Le problème est l'application du mode de rémunération des médecins, dit Barrette	• Selon le ministre Barrette, le mode de rémunération des médecins n'est pas un problème ; la CAQ propose de revoir le mode de rémunération à l'acte
Journal Métro – 19 avril 2016	Le salaire des médecins pourrait encore augmenter, dit Barrette	• Québec propose aux médecins une hausse de 5,25 % d'ici à

		2022, en vertu d'une entente d'étalement, mais ne ferme pas la porte à une bonification, a convenu M. Barrette
La Presse – 17 avril 2016	Une indépendance nécessaire	• Une recherche financée par le bureau du Commissaire à la santé et au bien-être sur le mode de rémunération des médecins a profondément irrité les fédérations médicales ; cela témoigne de l'importance d'un commissaire indépendant
Le Devoir – 14 avril 2016	Les omnis en CLSC poussés à être plus productifs Québec et la FMOQ pressent les médecins à renoncer à la rémunération horaire	• Les médecins de famille payés à l'heure ou à salaire annuel fixe sont incités à adopter une composante de rémunération à l'acte pour tenir compte de la productivité de ces médecins
La Presse – 9 avril 2016	« Aucune obligation » envers les médecins	• Philippe Couillard : « Je veux que les nouveaux dollars qui vont être affectés aux enveloppes médicales soient affectés en échange de garanties » comme une productivité accrue
Le Devoir – 24 mars 2016	Vivre de l'air du temps	• Contrairement aux médecins, les enseignants québécois ne verront pas leurs salaires augmenter pour réduire l'écart des salaires avec ceux de leurs homologues ontariens (deux poids deux mesures)

Le Devoir – 16 mars 2016	Les médecins-entrepreneurs	• En 2013, on s'est aperçu que près de 45 % des GMF ne respectaient pas leur contrat ; ouverture la fin de semaine, nombre de patients
Le Devoir – 24 février 2016	La révolution Barrette	• Après négociation avec les deux fédérations, le projet de loi 20 a été suspendu : on laisse les médecins gérer eux-mêmes une meilleure prise en charge des patients en éliminant les pénalités avec des perspectives de primes
La Presse – 24 février 2016	Le pouvoir démesuré des médecins	• Les médecins détiennent un pouvoir de négociation démesuré : le système (et la rémunération) devrait être géré en fonction des besoins des Québécois et du contexte économique et non en fonction des intérêts des médecins
Le Devoir – 10 février 2016	Haro sur Barrette Pourquoi changer le mode de financement des hôpitaux ? Parce qu'il est insensé !	• L'établissement du financement à l'activité est essentiel pour pouvoir évaluer la performance d'un hôpital ou de plusieurs hôpitaux entre eux
Le Devoir – 5 février 2016	Malgré l'entente, un désaccord persiste entre Québec et la FMSQ	• Malgré l'entente convenue entre le MSSS et la FMSQ, la question du remboursement des échographies en cabinet privé n'est pas réglée

Canada NewsWire – 4 février 2016	Le ministre Barrette rend publique l'entente conclue entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	• Cette entente vise à améliorer l'accès aux médecins spécialistes, et s'inscrit dans le cadre des changements proposés par la Loi favorisant l'accès aux soins et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée
Le Devoir – 21 janvier 2016	Une arnaque	• Avec un salaire en baisse, les Québécois paient les médecins de plus en plus cher qu'ailleurs au Canada sans recevoir de meilleurs services pour autant
Le Devoir – 28 décembre 2015	Désordre des médecins	• La corporation des médecins vient confirmer par une annonce publicitaire que le groupe de pression agit par égoïsme et intérêt et non pour servir le bien commun
La Presse – 17 décembre 2015	Rémunération des médecins : salaires en hausse, services en baisse	• De 2008 à 2014, le nombre d'actes par médecin a baissé de 10 % ; il s'agit d'une tendance ; de son côté, la rémunération moyenne a bondi de 44 %
La Presse – 14 décembre 2015	Médecins et impôts : La réplique des gouvernements	• Québec a choisi de ne plus accorder le taux d'imposition réduit aux PME qui comptent trois employés ou moins ; la FCEI dénonce cette mesure ; certains pensent qu'il faut retirer aux médecins l'autorisation qui leur a été donnée en 2007 de

		s'incorporer comme les autres professionnels
La Presse – 11 décembre 2015	Hausse de 87, 5 % en 10 ans	• La rémunération totale des médecins franchira le cap des 9 milliards d'ici cinq ans ; les médecins québécois sont en voie de figurer parmi les mieux payés au Canada
La Presse – 9 décembre 2015	Contre l'étatisation de la rémunération des médecins	• Réaction des lecteurs au texte d'un médecin sur l'étatisation des soins et de la rémunération des médecins
La Presse – 9 décembre 2015	Pour l'étatisation de la rémunération des médecins	• Opinion pour que les médecins deviennent des employés de l'État
La Presse – 9 décembre 2015	Nous serons riches Compte tenu des importantes hausses salariales négociées dans la dernière décennie, quand est-ce que « très bien » devient « trop » ?	• Un futur médecin se pose la question de la légitimité et des conséquences d'une telle rémunération des médecins bien supérieures aux autres salaires
La Presse – 9 décembre 2015 - (Louis Godin)	Des affirmations magiques Les médecins de famille québécois n'ont rien volé et travaillent fort pour chaque dollar gagné	• Les sommes non dépensées sont réinvesties dans des mesures d'efficience et non sous forme de bonus ou de « cadeaux »
Le Devoir – 8 décembre 2015 (opinion d'une pharmacienne)	La gestion de la médecine nous rend malade	• Pour assurer que les dépenses en santé soient réellement un investissement, il y a urgence à revoir en profondeur le mode de rémunération des médecins et l'accès à l'information
La Presse – 4 décembre 2015	Nouvelles hausses d'au moins 200 millions pour les médecins	• Le gouvernement Couillard et les fédérations ont inclus une «

		clause remorque » visant à étaler jusqu'en 2021 une partie des hausses salariales consenties au personnel des secteurs public et parapublic ; un minimum de 200 millions

Annexe 5. Volet juridique :

Définition du cadre normatif applicable à la rémunération médicale

Catherine RÉGIS, Professeure à la Faculté de droit (UdeM) et
Marc-Antoine EDGER, Avocat et étudiant en médecine (UdeM)

L'objectif de ce premier volet de recherche juridique est de définir de manière exhaustive le cadre normatif actuel (lois, règlements, jurisprudence, doctrine, directives ministérielles) qui s'applique à la rémunération des médecins. Cette démarche a pour but d'avoir une vision complète de l'ingénierie des modes de rémunération existants au pays, et ce, tels qu'ils sont définis par le cadre normatif (ex. : définition législative du paiement à l'acte, identification des situations où il est permis, statut fiscal des médecins, définition des frais accessoires, etc.)

Les trois provinces analysées sont le Québec, l'Ontario et la Colombie-Britannique, avec une attention plus particulière sur le régime québécois. Une étude complète de la situation canadienne n'a pu être réalisée en fonction du budget; néanmoins, cela pourra être fait selon les besoins éventuels des chercheurs.

Notons que la section sur le statut fiscal des médecins sera envoyée dans un deuxième temps.

Résumé de recherche

Lois et règlements

En premier lieu, voici les lois et règlements pertinents pour ces trois provinces :

Québec

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

- *Loi sur l'assurance maladie*

- *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*

Ontario

- *Health Insurance Act*

- *General Regulation 552* under the *Health Insurance Act*

Colombie-Britannique

- *Medicare Protection Act*

- *Medical and Health Care Services Regulation*

Cadre normatif général et organisation des systèmes de santé

Sur le plan législatif et réglementaire, les trois provinces se ressemblent à plusieurs égards :

- Tout d'abord, le cadre normatif établit les mêmes principes généraux afin de respecter les conditions énumérées dans la *Loi canadienne sur la santé* : universalité, gestion publique, accessibilité, transférabilité et intégralité. En effet, en vertu de son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral impose des conditions aux provinces pour qu'elles aient accès à son financement.

- Chaque province expose en détails les conditions à remplir pour qu'un service médical soit considéré comme assuré. Pour ce faire, on définit les services assurés en tant que tels, en plus de déterminer qui est assuré (les patients résidant dans la province) et qui peut prodiguer des services assurés (les médecins enregistrés au sein du collège des médecins de la province).

- Aucune province ne <u>définit</u> les modes de rémunération des médecins dans son cadre législatif et réglementaire. Au contraire, on prévoit que des ententes devront être négociées entre le ministère de la Santé (ou son équivalent) et les associations représentant les médecins.

- Nous référons à l'**Annexe 1** (page 16) pour la liste thématique complète des articles de lois et de règlements pertinents pour le Québec, de même que les clauses des ententes applicables aux médecins du Québec. Également, l'**Annexe 2** (page 29) résume la jurisprudence pertinente aux modes de rémunération des médecins au Québec.

Ententes et modes de rémunération

Toutes les règles ayant trait aux différents modes de rémunération des médecins ainsi que les montants accordés sont contenus dans les clauses des ententes négociées entre la province et les médecins. Il s'agit là d'un principe respecté par les trois provinces étudiées et qui semble être suivi partout au Canada selon des documents publiés par la *Canadian Medical Association*.

Dans sa forme, donc, le cadre normatif entourant la rémunération des médecins est le même. Dans son contenu, cependant, plusieurs différences existent entre les trois provinces quant aux ententes qui sont conclues.

Pour les trois provinces étudiées, l'entente se décline en deux grandes sections :

- La première est la plus connue. Au Québec, on l'appelle le *Manuel de facturation*. En Ontario, on l'appelle la *Schedule of Benefits and Fees*, alors qu'en Colombie-Britannique c'est la *Payment Schedule*. Il s'agit d'une liste d'actes médicaux auxquels on associe un prix en fonction de leur complexité et du temps qu'ils prennent à accomplir. Tous les services médicaux possiblement dispensables sont comptabilisés dans

ce document. C'est sur ce dernier que la rémunération à l'acte est basée (les différents types de rémunération sont expliqués dans la prochaine section). On y prévoit quelques bonus en fonction par exemple de l'heure à laquelle le service est prodigué. Ce document fait l'objet de beaucoup de négociations entre les parties, car il est à la base de la rémunération de la majorité des médecins dans les trois provinces à l'étude (et les autres provinces également).

- La deuxième section diffère d'une province à l'autre. Il s'agit de l'entente en tant que telle entre les deux parties, c'est-à-dire que c'est dans celle-ci que l'on détermine l'ensemble des modes de rémunération des médecins et qu'on en détermine les modalités, en plus de prévoir de nombreuses clauses sur divers sujets (par exemple, l'entente québécoise contient une clause d'arbitrage qui stipule que les conflits liés à l'entente devront être réglés par un arbitre). Étant donné les disparités entre chaque province, il y a lieu d'en traiter séparément.

Québec

L'entente québécoise est la plus exhaustive et la plus structurée des trois ententes étudiées. Cependant, le Québec est la seule province qui a une entente distincte entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes (soit avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec – FMSQ, et avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec – FMOQ).

La représentativité de la FMSQ a déjà été contestée en Cour à la fin des années 1990[2]. L'Association des radiologistes du Québec (ARQ) souhaitait se représenter elle-même pour négocier avec le ministre. L'ARQ a donc intenté une action visant à faire déclarer l'entente inopposable à son égard. Elle demandait également la nullité des dispositions de cette convention prévoyant le plafonnement global des gains de pratique. La Cour d'appel a estimé que l'entente n'était pas inopposable et a rejeté la requête de l'ARQ au motif que les radiologistes ne sont pas des tiers par rapport à l'entente : ils y sont liés par le truchement de l'ARQ à qui ils ont donné mandat, qui a elle-même donné mandat à la FMSQ de la représenter. De plus, la Cour d'appel a jugé que la formule de plafonnement constituait une mesure raisonnable visant un objectif d'intérêt public justifié en cette période économique difficile pour l'État et qu'elle ne contrevenait donc pas aux articles 6 et 46 de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Hormis cette contestation, les ententes québécoises continuent de représenter l'ensemble des médecins québécois dans la mesure où ils participent au régime public. Elles contiennent d'ailleurs toute l'information

---

[2] *Association des radiologistes du Québec* c. *Rochon, ès qualités « ministre de la Santé et des Services sociaux »*, 23 mars 1999, Cour d'appel, REJB 1999-11398.

au sein du même document, contrairement à l'Ontario et à la Colombie-Britannique où il n'y a qu'une seule entente générale pour l'ensemble des médecins de la province (bien qu'elles ont également une multitude d'ententes à portée restreinte avec divers groupes de médecins). Il est possible, à partir des ententes, d'identifier tous les modes de rémunération existant dans la province de Québec. Les voici en résumé :

1) Rémunération à l'acte

Il s'agit du mode de rémunération le plus ancien et le plus répandu au pays, quoiqu'il soit de moins en moins populaire depuis que d'autres modes de rémunération ont été adoptés. Le principe est simple : le médecin doit comptabiliser l'ensemble de ses actes médicaux en fonction du *Manuel de facturation* mentionné précédemment. Il facture ensuite directement la RAMQ pour obtenir sa rémunération (tiers payant). Au Québec, il s'agit du mode de rémunération par défaut pour le médecin, à moins qu'il ne choisisse une rémunération différente.

- **Entente FMSQ**
    - Clause 9.1 - Le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode de l'acte. Des ententes auxiliaires prévoient le paiement d'honoraires forfaitaires.
    - Clause 10.1 - Sont établis deux tarifs d'honoraires : l'un, le tarif d'honoraires de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation. L'autre, le tarif d'honoraires de la biologie médicale, de la médecine nucléaire, de la radiologie, de la radio-oncologie et des procédures diagnostiques connexes (voir Manuel des médecins spécialistes).
- **Entente FMOQ**
    - Clause 17.01 - Le paiement à l'acte constitue le mode de rémunération en cabinet privé. Ce mode s'applique également en établissement sauf lorsqu'un autre mode de rémunération est prévu (pour toutes les exceptions applicables, se référer à la clause).
    - Clause 17.02 - Le médecin rémunéré à l'acte l'est selon une échelle tarifaire qui tient exclusivement compte de la valeur relative des actes médicaux et chirurgicaux (voir Manuel du médecin omnipraticien).

2) Rémunération à honoraire fixe (salaire)

Il n'est plus possible de se prévaloir de ce mode de rémunération au Québec depuis 2011 pour les médecins omnipraticiens et depuis 1988 pour les médecins spécialistes. Cependant, les médecins qui étaient déjà salariés à ces dates limites peuvent le demeurer jusqu'à nouvel ordre. Le médecin

rémunéré à honoraire fixe reçoit un salaire annuel déterminé en échange de services médicaux selon un horaire régulier. Le médecin est alors considéré comme un employé de l'État avec des avantages sociaux, mais un salaire moins élevé que ses collègues rémunérés autrement.

- **Entente FMSQ**
    - Annexe 16 - Un médecin spécialiste qui était rémunéré à l'acte en 1988 conserve ce mode de rémunération.
    - Annexe 21 - Avantages sociaux.
- **Entente FMOQ**
    - Clause 12.01 - À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, le conseil d'administration détermine, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.
        - À compter du 1er octobre 2011, pour se prévaloir du mode des honoraires fixes, le médecin doit avoir préalablement été rémunéré selon ce mode et avoir détenu un avis de service actif à honoraires fixes entre le 1er octobre 2010 et le 30 septembre 2011 sous réserve de l'alinéa suivant.
        - Par la suite, le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes qui met fin à sa nomination selon le mode des honoraires fixes ne peut de nouveau s'en prévaloir à moins d'informer la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles en établissement à honoraires fixes de la façon prévue au 3e alinéa du paragraphe 2.14 de l'annexe VI.
    - Voir les clauses 13 à 15.05 pour toutes les modalités de la rémunération à honoraires fixes (ex. : le médecin est payé pour une semaine de 35 heures).
    - Voir Annexe II de l'Entente pour tous les détails sur le tarif de rémunération à honoraires fixes.
    - Clause 17.09 - Un médecin ne peut être autrement rémunéré pour les actes médicaux qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode de la vacation.

- Clause 20.01 - Tout médecin nommé dans un établissement et dont les services sont retenus à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps conformément à l'article 10, bénéficie des avantages sociaux énumérés et définis à l'annexe VI.

- Clause 20.02 - Un médecin non visé par le paragraphe 20.01 ne bénéficie pas des avantages sociaux décrits à l'annexe VI.

- Clause 20.03 - La Régie est expressément autorisée à retenir sur la rémunération du médecin la cotisation convenue pour les avantages sociaux.

3) Rémunération au tarif horaire (à l'heure) :

Ce mode de rémunération n'existe pratiquement plus chez les médecins spécialistes depuis la mise en place de la rémunération mixte (discutée ci-après), cette dernière étant plus avantageuse. Néanmoins, il s'agit toujours d'un mode de rémunération disponible pour les médecins omnipraticiens. Ce mode est populaire pour les médecins ayant une pratique avec un bas débit de patients vus pendant la journée. Par exemple, les médecins travaillant dans un CHSLD qui suivent des personnes âgées ayant de multiples problèmes de santé chronique ne voient pas autant de patients qu'un médecin en cabinet privé voyant des patients en meilleure santé. Pour eux, il peut être avantageux d'être payé à l'heure plutôt qu'à l'acte.

- **Entente FMSQ**

  - Depuis l'introduction de la rémunération mixte, la rémunération au tarif horaire n'existe pratiquement plus étant donné qu'elle est moins avantageuse (voir *Guide des résidents 2014*, cité à l'Annexe 1).

- **Entente FMOQ**

  - Clause 12.01 - À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, le conseil d'administration d'un établissement détermine, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

  - Clause 3.01, Annexe XIV - Pour se prévaloir de la rémunération selon le mode du tarif horaire, le médecin doit être détenteur d'une nomination d'un établissement lui permettant, dans ou auprès du centre exploité par cet établissement, d'être rémunéré selon ce mode.

- Clause 3.02, Annexe XIV - Cette nomination comporte la détermination du nombre d'heures que le médecin, sur une base hebdomadaire, consacre à des activités professionnelles dans ou auprès du centre. Cette nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

- Clause 3.03, Annexe XIV - Seul le médecin pour lequel un nombre d'heures rémunérées selon le mode du tarif horaire a été autorisé peut se prévaloir des codes d'activités afférents à ce mode.

- Voir Annexe XIV de l'Entente pour tous les détails de la rémunération au tarif horaire.

4) Rémunération à vacation

La rémunération à vacation est une variante de la rémunération au tarif horaire. La vacation consiste en une période de trois heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles.

- **Entente FMOQ**

  - Clause 17.03 - Seul le médecin pour lequel un nombre de vacations a été autorisé peut se prévaloir de ces codes d'acte. La vacation consiste en une période de trois (3) heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. La vacation peut être effectuée et rémunérée en périodes de service distinctes d'au moins une (1) heure chacune.

  - Clause 17.08 - Le Ministre et la Fédération conviennent que le médecin œuvrant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré soit à l'annexe X, soit dans un accord entre le Ministre et la Fédération en application du paragraphe 17.07 est obligatoirement rémunéré à la vacation selon les modalités qu'édicte cette annexe.

  - Clause 17.09 - Un médecin ne peut être autrement rémunéré pour les actes médicaux qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode de la vacation.

5) Rémunération mixte

La rémunération mixte est un mode unique au Québec, quoiqu'elle partage plusieurs points en commun avec d'autres modes de rémunération existant au sein d'autres provinces. Seuls les médecins spécialistes peuvent s'en prévaloir. Pour ce faire, le département en entier doit s'entendre pour être rémunéré de cette façon. Par exemple, si le département de néphrologie d'un hôpital en particulier choisit d'être rémunéré à l'acte, un nouveau néphrologue se joignant au département ne pourra pas choisir individuellement la rémunération à l'acte et vice-versa. La rémunération mixte, comme son nom l'indique, est un mélange entre la rémunération à

l'acte et la rémunération fixe. La rémunération fixe est calculée sous forme de *per diem*, c'est-à-dire de journée de travail entière, pour laquelle le médecin spécialiste reçoit une rémunération de base. En plus de cette somme, le médecin reçoit une rémunération à l'acte pour les actes qu'il pose en clinique au courant de la journée. Ce mode de rémunération gagne en popularité au Québec auprès des spécialistes.

- **Entente FMSQ**

    - Annexes 38 et 40 - Instauration du mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes selon les modalités de la brochure 5.

    - Voir l'annexe II des Protocoles d'accord : le mode de rémunération mixte s'appuie sur la rémunération forfaitaire à laquelle peuvent s'ajouter certains compléments versés sur la base d'une rémunération à l'acte.

    - Clause 1.1, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

        - Dans les faits, les médecins spécialistes ont donc le choix entre le mode de rémunération à l'acte et la rémunération mixte. Or, le mode de rémunération mixte est un choix de groupe. Lorsqu'un médecin spécialiste intègre un nouvel établissement, il se fait ainsi imposer le choix de ses collègues quant au mode de rémunération, à moins qu'il ne crée lui-même son propre département, service ou secteur d'activité (voir Guide des résidents 2014, section rémunération mixte).

    - Art. 1.2, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche. Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire.

- Art. 1.3, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

- Voir la Brochure 5 pour l'ensemble des détails.

Ontario

Contrairement au Québec, où les ententes sont négociées par le ministre de la Santé et des Services sociaux de façon séparée avec deux associations de médecins (FMOQ et FMSQ), le ministre ontarien de la Santé négocie avec un seul groupe, l'Ontario Medical Association (OMA), qui représente l'ensemble des médecins en Ontario.

Une entente à l'échelle provinciale existe entre l'OMA et le ministre de la Santé ontarien, qui s'intitule « 2012 Physician Services Agreement ». Cette entente lie tous les médecins pratiquant en Ontario. Elle n'a pas la même forme que les ententes québécoises, car il ne s'agit que d'une série d'amendements à des ententes antérieures et à la Schedule of Benefits.

On aborde différents modes de rémunération, on en modifie certains, mais on ne les explique pas et on n'en fournit pas les balises. Par exemple, on va ajouter de nouveaux bonus au « Blended Capitation Model » pour certains types de clinique, mais on ne parlera pas du mode de rémunération comme tel. Dans un autre article, on va modifier la rémunération pour certains actes médicaux de la *Schedule of Benefits*, mais on ne mentionnera rien sur le mode de rémunération à l'acte. Finalement, la lecture de l'entente ne suffit pas pour comprendre la structure des modes de rémunération en Ontario. Il n'existe aucun document juridique exhaustif à cet effet. Pour avoir une compréhension complète du système, il faut voir les ententes antérieures et les interpréter les unes par rapport aux autres. Quoiqu'il en soit, sur Internet, on fait référence aux ententes jusqu'en 2004, mais cette version n'est pas disponible en ligne. Pour les fins de cette recherche, les ressources en ligne fournies aux médecins et au public pour comprendre les différents modes de rémunération ont été utilisées.

L'entente de 2012 comporte certains ajouts. On apprend notamment que les multiples ententes entre les différents groupes et le ministre devront être standardisées selon un modèle fourni en annexe, probablement par souci d'efficacité et de standardisation. Mais on ne parle pas en détails du processus menant à ces ententes.

Médecins de famille

Essentiellement, il existe deux grandes catégories de rémunération pour les médecins omnipraticiens : le paiement à l'acte bonifié et les paiements de groupes.

Le **paiement à l'acte bonifié** est basé sur la *Schedule of Benefits* et sur l'entente générale. La rémunération est d'abord à l'acte, mais on encourage le médecin à enregistrer ses patients. Ce modèle permet au médecin d'être éligible à divers bonus (ex. : bonus pour l'enregistrement du patient en tant que tel, pour le suivi de maladies chroniques des patients enregistrés, pour les activités de prévention auprès des patients enregistrés, bonus mensuel pour le nombre de patients enregistrés, etc.).

Le **paiement de groupes** est issu de la volonté du gouvernement d'inciter les médecins à prodiguer davantage de soins de première ligne. Pour ce faire, de nombreux groupes de médecine familiale ont été créés[3]. La province voulait notamment favoriser le travail d'équipe entre les médecins et avec les autres professionnels de la santé (ex. : travailleur social). La majorité de ces groupes sont appelés des « Family Health Networks », « Family Health Organizations » ou encore des « Family Health Teams ». Ils sont financés directement par la province, c'est-à-dire que pour intégrer un médecin supplémentaire dans le groupe, ce dernier doit démontrer au gouvernement que la demande en soins de santé est suffisante. Les modes de rémunération au sein de ces groupes varient en fonction de l'entente conclue (donc plusieurs ententes, à vérifier) mais la plupart se basent sur le « **blended capitation model** ».

Selon ce modèle, le groupe de médecin est payé sur une base fixe, en fonction du nombre de patients enregistrés, même si ces patients ne consultent pas durant cette période. Le montant est déterminé en fonction de l'âge du patient, de son sexe et des services couverts (tous les services ne sont pas couverts, seuls les actes médicaux les plus communs le sont). En échange, le médecin ne sera pas payé pour la plupart des actes médicaux qu'il accomplit à la clinique. En d'autres mots, le paiement mensuel couvre la plupart des actes médicaux des médecins. Pour les actes médicaux qui ne sont pas couverts par le panier de services négocié entre le groupe et la province, le paiement à l'acte s'applique. En plus du paiement à date fixe, les médecins sont éligibles à divers bonus (ex. : suivi de patients avec maladies chroniques, visites à l'hôpital de patients enregistrés, soins palliatifs).

Dans certains groupes de médecins, ces derniers peuvent également choisir d'être rémunérés à salaire fixe, avec avantages sociaux. C'est notamment le cas dans certaines « Family Health Teams » et dans les « Community Health Centres ». Ces derniers centres sont établis dans des milieux défavorisés et tentent d'avoir un impact positif sur la santé de la population locale à travers des approches davantage sociales, en s'attaquant notamment aux déterminants sociaux de la santé.

---

[3] Theresa BOYLE, *How Ontario Doctors get paid* in *TheStar*, 2012, en ligne : http://www.thestar.com/news/ canada/2012/05/11/how_ontarios_doctors_get_paid.html.

Médecins spécialistes

Les médecins spécialistes doivent choisir entre deux modes de rémunération : le paiement à l'acte ou les « Alternative payment plans » (ci-après APP). Les APPs sont similaires à la rémunération mixte au Québec. Le paiement à l'acte se fait via la *Schedule of Benefits*. Quant aux APPs, c'est plus complexe : il existe des centaines d'ententes entre le gouvernement et différents groupes de spécialistes pour en régir les détails. En voici quelques exemples :

- Entente avec les médecins de communautés spécifiques dans le nord ontarien
- Entente avec un département d'un hôpital (ex : les urgentologues)
- Entente avec un hôpital au complet
- Entente avec une université
- Entente provinciale avec les hémato-oncologues
- Entente avec les services de trauma dans une région pour s'assurer de leur coordination et de la possibilité d'avoir des services d'urgence hautement spécialisés disponibles en tout temps pour une région donnée
- Entente avec des spécialités spécifiques dans une région spécifique (ex : psychiatrie, chirurgie et neurologie dans le nord ontarien)

Dans les faits, la province négocie avec ces différents groupes pour leur offrir une enveloppe budgétaire assortie de plusieurs règles (ex : il faut assurer un service 24h/24). Par la suite, des négociations entre les médecins au sein du même groupe ont lieu pour répartir cette enveloppe budgétaire, en fonction de critères qu'ils jugent pertinents tels que les années d'expérience ou le nombre d'heures travaillées. Les ententes contractuelles qui déterminent concrètement le mode de rémunération d'un médecin spécialiste en APP sont donc complexes.

Les APPs offrent l'avantage d'être flexibles. En effet, les modes de rémunération sont variés et les ententes à petite échelle permettent de les tailler sur mesure en fonction de la situation des médecins. La plupart des modèles incluent une rémunération de base avec divers bonus et souvent une composante de paiement à l'acte (ressemble au mode de rémunération mixte au Québec). La rémunération de base peut prendre la forme d'un per diem ou d'un taux horaire par exemple. Les ententes peuvent également prévoir une rémunération pour les activités académiques ou de recherche.

Colombie-Britannique

L'entente principale entre la province et les médecins s'intitule « Physician Master Agreement ». Les médecins sont représentés par *Doctors of BC*, qui a le droit exclusif de représenter les intérêts de tous les médecins qui reçoivent

des paiements du public pour des services médicaux (*Doctors of BC* est le nouveau nom de l'ancienne association médicale de Colombie-Britannique).

L'entente est plus structurée que son équivalent ontarien, mais moins détaillée que l'équivalent québécois. Elle ressemble aux ententes ontariennes et québécoises en ce qu'elle établit un cadre normatif autour de la relation entre le gouvernement et les médecins. Elle prévoit notamment des procédures en cas de conflit, elle détaille sa portée, en plus de mettre en place divers comités dont le rôle sera de s'assurer du bon fonctionnement de l'entente. On détaille aussi la procédure à suivre si le gouvernement ou *Doctors of BC* voulait proposer des modifications à la *Payment Schedule*. Bref, les articles de l'entente portent sur l'aspect administratif.

Les sections les plus intéressantes aux fins de notre recherche se trouvent dans les annexes qui traitent du budget accordé à différents groupes de médecins :

- À l'annexe A, on détermine l'enveloppe budgétaire disponible pour les omnipraticiens.
- L'annexe B fait la même chose pour les médecins spécialistes.
- L'annexe C traite d'un programme de bonus pour les médecins pratiquant en milieu rural.
- L'annexe D traite des APPs. Fait intéressant à noter, les APPs ne sont pas exclusifs aux médecins spécialistes à BC, c'est-à-dire que les médecins omnipraticiens ont également cette option.
- L'annexe E traite des avantages sociaux auxquels ont droit certains médecins qui sont rémunérés par Fees, Sessional Contracts et Services Contracts. Les avantages sociaux sont multiples et incluent notamment un congé parental.

Suivant le modèle de l'Ontario et du Québec, l'équivalent du manuel de facturation de BC est appelé la *Payment Schedule*, en vertu de l'article 26 MPA. Ici encore, il s'agit d'une liste d'actes médicaux auxquels est associé un montant en fonction de leur complexité et du temps qu'ils nécessitent. Ces montants sont négociés en détails par la province et *Doctors of BC*. On y prévoit également certains bonus dans des circonstances particulières comme le travail de soir ou de fin de semaine.

L'entente provinciale de la Colombie-Britannique ne rentre pas dans les détails de la rémunération des médecins, contrairement au Québec et en Ontario. Par contre, à l'image de l'Ontario, BC permet le financement de programmes de rémunération APPs sur une base restreinte (mais pas individuelle). Pour ce faire, le groupe de médecin doit présenter un dossier à la province expliquant pourquoi leur type de pratique n'est pas approprié

pour la rémunération à l'acte. Voir la section APP ci-dessous pour plus de détails[4].

Il existe deux façons principales de se faire rémunérer en Colombie-Britannique : le paiement à l'acte et les APPs. Les médecins peuvent également recevoir des bonus à travers les programmes de pratique en milieu rural et le « Medical On-Call Availability Program », qui compense les médecins sur appel.

Rémunération à l'acte

Similaire à la rémunération à l'acte au Québec et en Ontario. La rémunération est basée sur la *Payment Schedule*.

- *Alternative Payment Programs (APPs)[5] :*

Les APPs sont ouverts aux médecins spécialistes et aux médecins omnipraticiens en Colombie-Britannique, contrairement à l'Ontario. Les APPs sont de plus en plus populaires au pays et la Colombie-Britannique ne fait pas exception. Depuis les dix dernières années, le budget pour ce type de rémunération n'a cessé d'augmenter et représente désormais 20 % de la rémunération des médecins à l'échelle de la province. Le but des APPs est de pallier les défauts du système de paiement à l'acte dans certaines circonstances spécifiques, comme dans les hôpitaux universitaires, en milieu rural ou pour les services psychiatriques à l'hôpital. En effet, les APPs permettent dans ces circonstances une source de revenus plus prévisible pour les médecins, en particulier lorsque ces derniers doivent s'occuper de patients avec de nombreux troubles de santé qui ne serait pas « profitables » dans un modèle de rémunération à l'acte. Dans le même ordre d'idée, les APPs permettent une compensation pour des soins indirects, telles que les consultations téléphoniques et les conférences pour traiter de cas spécifiques.

Ainsi, il existe deux façons d'avoir droit à une rémunération par APPs en Colombie-Britannique :

- ***Service Agreement* :** il s'agit d'un contrat entre le gouvernement de la province et un *Health Authority* ou une agence similaire. Prenons l'exemple d'un hôpital universitaire. Cet hôpital négocie une enveloppe budgétaire avec la province en fonction des services qu'il offre à la population. Par la suite, l'université s'occupe elle-même de négocier de façon individuelle avec les médecins travaillant à son hôpital. Les

[4] Alternative payment programs, British Columbia government, Health, available online : http://www2.gov.bc.ca/gov/topic.page?id=2626DE867857435EB3AEC16CA2F0E8A2.

[5] Attention à la terminologie. En Colombie-Britannique, on inclut dans les APPs tout ce qui n'est pas de la rémunération à l'acte. La signification d'APP au BC et en Ontario diffère donc puisqu'il existe davantage de catégories de rémunération en Ontario.

montants alloués à chaque médecin varient en fonction de leurs activités cliniques, académiques et de recherche.

- ***Sessional Arrangements* :** ressemble au paiement à la vacation au Québec. Le médecin s'entend sur une base individuelle avec un *Health Authority* ou une agence similaire. La « session » est définie par 3 heures et demie de services de santé prodigués. Les taux par session sont définis dans le *Physican Master Agreement*.

Liberté de mouvement des médecins

Le contrôle du nombre de médecins par région est apparu pour la première fois en Colombie-Britannique dans les années 1980. Il a été contesté avec succès en cour à deux reprises en 1985 et en 1988 (*Mia v. Medical Services Commission of B.C.* [1985] 61 B.C.L.R. 273 [B.C.S.C]; *Wilson v. Medical Services Commission of B.C.* [1988] 30 B.C.L.R. 1 [B.C.C.A]). Cela a mené à un compromis en 1996, où la province a plutôt instauré des pénalités aux nouveaux médecins qui décidaient de s'installer dans une région qui était déjà bien desservie en services médicaux (cette pénalité pouvait aller jusqu'à 50 % du salaire durant les cinq premières années de pratique). Cependant, de nombreuses exceptions existaient pour les médecins qui avaient reçu leur éducation en Colombie-Britannique. De façon indirecte, on restreignait donc l'accès à la pratique de la médecine pour les travailleurs des autres provinces[6].

Dans l'affaire *Waldman*[7], trois médecins de Colombie-Britannique ont contesté ces mesures en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*:

- Premièrement, en vertu de l'article 6 qui reconnaît le droit de gagner sa vie dans la province de son choix. Selon eux, ce droit était brimé en les empêchant de travailler là où ils le désiraient en Colombie-Britannique.

- Deuxièmement, en vertu de l'article 7 qui reconnaît le droit à la liberté et la sécurité de sa personne. Selon eux, les mesures de contrôle régional brimaient leur droit de pratiquer leur profession, droit qui est protégé par le droit général de liberté et de sécurité.

- Troisièmement, en vertu de l'article 15 qui reconnaît le droit à l'égalité. Selon eux, les mesures de contrôle régional étaient une discrimination directe en fonction de leur province de résidence et une discrimination indirecte en fonction de leur âge, leur sexe et leur religion.

Les arguments des articles 6 et 15 (sur la discrimination directe seulement) ont été retenus en première instance. Le juge a également estimé que ces limites régionales ne pouvaient pas être considérées comme des limites raisonnables en vertu de l'article 1 de la Charte. En deuxième instance, on a

---

[6] Christopher MANFREDI et Antonia MAIONI, « Courts and Health Policy : Judicial Policy Making and Publicly Funded Health Care in Canada », vol. 27, n° 2, avril 2002, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Duke University Press, en ligne : http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/chaoulli/CourtsHealth Policy.pdf.

[7] *Waldman* v. *BC (Medical Services Commission)*, [1999] BCJ 2014 (C.A.C.-B.)

considéré que la violation de l'article 6 était suffisante et l'analyse de l'article 15 n'a pas eu lieu[8]. Cela a obligé la Colombie-Britannique à modifier son programme pour qu'il soit plus inclusif envers les médecins des autres provinces. Au milieu des années 1990, toutes les provinces canadiennes à l'exception de l'Alberta avaient adopté des mesures similaires pour inciter les médecins à aller pratiquer dans des régions isolées[9].

Dans les trois provinces à l'étude, des mesures incitatives sont donc présentement en place pour attirer les médecins dans des régions isolées. Au Québec, le cadre normatif est particulièrement explicite sur cette question en raison des Plans régionaux d'effectifs médicaux, qui permettent à la province de s'assurer de la bonne répartition des médecins. Par exemple, pour obtenir un poste dans une région donnée, il faut que le PREM le permette. En plus de cette mesure explicite, la province a établi une série de mesures indirectes pour tenter d'attirer les médecins en région en leur versant des bonus à la rémunération.

L'Ontario ne semble pas avoir de programme équivalent aux PREMs du Québec. Ainsi, en théorie, les médecins ontariens ont plus de liberté dans le choix de leur futur lieu de pratique.

Il y a deux bémols à l'affirmation précédente :

- Tout d'abord, il existe de nombreux incitatifs financiers pour tenter d'attirer les médecins vers les régions moins bien desservies, que ce soit dans les ententes ou même dans des programmes provinciaux. Par exemple, il y a le « Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative », qui offre de 80 000 à 117 600 $ en bonus réparti sur quatre ans aux médecins qui acceptent de travailler dans certaines communautés isolées. Par la suite, il existe le programme « Northern Physician Retention Initiative », qui offre un bonus de 7 000 $ pour toutes les années subséquentes.
- Ensuite, de nombreuses ententes en Ontario fonctionnent sur le modèle de l'enveloppe budgétaire, c'est-à-dire que la province fournit un montant négocié avec un groupe, puis ce groupe s'organise pour distribuer la somme entre les médecins. Pour accueillir un nouveau médecin dans le groupe et donc obtenir un financement supplémentaire, le groupe doit démontrer au gouvernement que la demande en santé est suffisante. Par

---

8 *Idem*.

9 *Idem*. Voir également : *Jaeger v. QC* QCA 1998, contestation en vertu des articles 7 et 15 (rejetée); *Jamorski v. ON* OCA 1988 en vertu de l'article 15 (rejetée); *Kirsten v. SK College of Physicians* SCQB 1996; Provider Physician supply management ss. 6, 7 L; *Sniders v. NS NSCA* 1989, contestation en vertu de l'article 15 (accueillie), *Stoffman v. Vancouver General Hospital* SCC 1991, contestation en vertu de l'article 15 (rejetée)

conséquent, il s'agit d'un PREM informel car si le marché est saturé, le nouveau médecin n'aura d'autre choix que de s'éloigner en région pour trouver du travail.

Le même commentaire peut être fait en Colombie-Britannique. En effet, BC a également des programmes pour inciter les médecins à pratiquer en région. Pour en nommer que quelques-uns : *Rural Retention Program, Rural Continuing Medical Education, Recruitment Incentive Fund, Recruitment Contingency Fund, Isolation Allowance Fund*, *Northern & Isolaton Travel Assistance*. Ces programmes ont un impact sur la rémunération des médecins décidant de se déplacer en région pour leur pratique. Cependant, nous n'avons pas trouvé de mesures favorisant les médecins formés en Colombie-Britannique plutôt qu'ailleurs au Canada.

Liberté de choisir le régime public ou privé

Au sein des trois provinces étudiées, il est possible de choisir entre le régime public ou privé dans certains domaines de la santé, notamment la médecine de famille et la chirurgie orthopédique. Étonnamment, nous avons eu l'impression que ce sujet était peu encadré dans le cadre normatif, malgré le fait que les cliniques privées aient augmenté de façon importante durant ces dernières années. Autant dans le cadre normatif que dans les recensements des médecins, le phénomène de la privatisation du système de santé semble négligé.

Le Québec est le plus clair et le plus ouvert sur cette question. La loi mentionne explicitement trois statuts possibles pour les médecins : médecin participant, désengagé ou non participant.

- Article 1 de la Loi sur l'assurance-maladie (LAM) - Un médecin, s'il décide de faire partie du régime public ou non, doit choisir entre les trois statuts suivants pour pratiquer au Québec :
    - **médecin du régime public** : rémunération suivant le tarif prévu à une entente et dont l'honoraire est payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après : RAMQ).
    - **médecin désengagé** : exerce au privé, mais rémunéré suivant le tarif prévu à une entente. L'honoraire est payé par ses patients qui se font eux-mêmes rembourser par la Régie.
    - **médecin non participant** : exerce au privé et ne suit pas le tarif prévu à une entente. L'honoraire est payé par ses patients.

Le médecin participant est rémunéré par la RAMQ selon les ententes en vigueur (article 1.1 de la LAM). Le médecin désengagé exerce au privé, mais est rémunéré suivant le tarif prévu à une entente. L'honoraire est payé par ses patients qui se font eux-mêmes rembourser par la Régie. Le médecin non participant exerce au privé et n'est pas tenu de suivre le tarif prévu à une entente. L'honoraire est alors assumé par le patient. Cela étant dit, la

province se réserve le droit légal de limiter le nombre de médecins exerçant au privé sur un territoire donné ou dans une spécialité donnée si les services aux patients sont compromis.

- Article 30, LAM - Le ministre détermine si le nombre de médecins non participants dans l'ensemble du Québec ou dans une région particulière est trop élevé pour que des services assurés puissent continuer à être rendus adéquatement. Si c'est le cas, le gouvernement peut, par règlement, décréter que certains de ces médecins doivent être rémunérés selon le modèle de médecin désengagé pour une période d'au plus 90 jours.

- Article 30.1, LAM - Lorsque le ministre estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions serait affectée par une augmentation du nombre de médecins non participants exerçant un même genre d'activité, il peut, par arrêté, suspendre la possibilité de devenir des médecins non participants et d'exercer ce même genre d'activité.

Ni l'Ontario ni la Colombie-Britannique n'ont de disposition similaire.

En fait, dans le cadre de cette recherche, aucune disposition n'a été trouvée quant à la question des professionnels de la santé au privé dans le cadre normatif ontarien, ce qui semble invraisemblable. Une recherche plus poussée sur cette question pourrait être pertinente.

En Colombie-Britannique, on fait seulement la distinction dans la loi entre le « enrolled » et le « unenrolled physician », en mentionnant que les services ne sont pas couverts par la province pour les services prodigués par un « unenrolled physician ». Il semble également invraisemblable qu'aucune disposition plus explicite n'existe sur ce sujet. Une recherche plus poussée sur cette question pourrait être pertinente.

Limites de la recherche

La principale limite de la recherche est la quantité importante de documentation sur la rémunération des médecins au Canada. Par exemple, les ententes au Québec font des centaines de pages et se déclinent en plusieurs brochures. Étant donné qu'elles sont le fruit de négociations s'étalant sur plusieurs années, la structure n'est pas nécessairement optimale non plus. Les modes de rémunération ne sont pas expliqués l'un après l'autre dans un ordre logique, mais sont plutôt le résultat de compromis avec des modifications ajoutées en annexe des années plus tard, tout comme d'autres sections qui sont abrogées. Heureusement, les différentes associations médicales provinciales, les ministères de la santé et l'Association canadienne médicale publient des documents synthétisant l'information pertinente. À partir de cela, il devient plus simple d'interpréter correctement les ententes. Malgré tout, il ne fait aucun doute que la présentation des différents modes de rémunération contenue dans ce compte rendu est sommaire. Chacun de

ces modes a des règles qui lui sont propres, avec des exceptions et des nuances multiples qui ne sont pas discutées ici. Cela est particulièrement vrai dans le contexte des APPs en Ontario et en Colombie-Britannique, où les provinces concluent des centaines d'ententes à portée restreinte. Ces ententes n'ont pas été explorées dans le cadre de cette recherche. Nous nous sommes plutôt concentrés sur l'entente à portée générale et sur l'identification des différents modes de rémunération possibles, ainsi que sur la procédure à suivre pour conclure une entente à portée plus individuelle. Bref, la recherche est exhaustive quant à la structure du cadre normatif entourant la rémunération des médecins, mais l'information sur le contenu de ce cadre normatif se veut une synthèse de la situation juridique actuelle.

Les règles entourant l'incorporation des médecins avec, de façon plus générale, les règles fiscales entourant la rémunération des médecins, n’ont pas été abordées dans ce premier document de recherche. Elles suivront dans un deuxième temps.

Articles et clauses pertinents, province de Québec

Liens Internet

LSSSS :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php? type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

LAM:

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_29/A29.html

Règlement d'application de la LAM:
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/A_29/A29R5.HTM

Entente FMOQ : Entente entre le MSSS et la FMOQ:
http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecinsomnipraticiens/manuels/_Pages/manuels.aspx

Entente FMSQ : Entente entre le MSSS et la FMSQ :
http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/manuels/Pages/_manuels.aspx

Guide des résidents 2014 : guide fait par l'Association médicale canadienne : https://www.cma.ca/Fr/Pages/new-in-practice-guide-2014.aspx

Régime public vs privé

- Art. 1, LAM - Un médecin, s'il décide de faire partie du régime public ou non, doit choisir entre les trois statuts suivants pour pratiquer au Québec :
    - Médecin du régime public : rémunération suivant le tarif prévu à une entente et dont l'honoraire est payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après : RAMQ).
    - Médecin désengagé : exerce au privé, mais rémunéré suivant le tarif prévu à une entente. L'honoraire est payé par ses patients qui se font eux-mêmes rembourser par la Régie.
    - Médecin non participant : exerce au privé et ne suit pas le tarif prévu à une entente. L'honoraire est payé par ses patients.
- Art. 26, LAM - Une entente n'oblige pas les médecins qui informent la RAMQ qu'ils désirent devenir des professionnels désengagés ou des professionnels non participants.
- Art. 30, LAM - Le ministre détermine si le nombre de médecins non participants dans l'ensemble du Québec ou dans une région particulière

est trop élevé pour que des services assurés puissent continuer à être rendus adéquatement. Si c'est le cas, le gouvernement peut, par règlement, décréter que certains de ces médecins doivent être rémunérés selon le modèle de médecin désengagé pour une période d'au plus 90 jours.

- Art. 30.1, LAM - Lorsque le ministre estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions serait affectée par une augmentation du nombre de médecins non participants exerçant un même genre d'activité, il peut, par arrêté, suspendre la possibilité de devenir des médecins non participants et d'exercer ce même genre d'activité.

- Art. 25 et 26, *Règlement d'application de la LAM* - Édictent l'avis que doit montrer le médecin à son patient s'il est désengagé ou non participant.

- Art. 28, *Règlement d'application de la LAM* - Édicte l'avis que doit faire parvenir à la RAMQ le médecin qui désire se désengager ou devenir non participant.

- Clause 16.01, Entente FMOQ - Tout médecin est réputé participant au régime d'assurance maladie. Toutefois, l'entrée en vigueur de cette entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un médecin dans le cadre de l'article 26 de la Loi. Un médecin peut opter pour le désengagement ou la non-participation. Un médecin désengagé ou non-participant peut devenir un médecin soumis à l'application de l'Entente.

- Clause 2.1, Entente FMSQ - Tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec est placé sous l'autorité de cette entente (moins explicite que l'entente FMOQ, mais cet article jumelé avec l'article 26 LAM revient essentiellement au même).

L'organisation du système de santé

- Art. 79 et suiv., LSSSS (notamment art. 94) - Déterminent ce qu'est un établissement. Essentiellement, c'est toute personne morale exploitant un CLSC, un centre hospitalier, un CHSLD, un centre de réadaptation ou un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

- Art. 237, LSSSS - Un médecin qui désire exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement doit adresser au directeur général une demande de nomination.

- Art. 240, LSSSS - Le conseil d'administration doit, avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin, obtenir l'approbation de l'agence; l'agence doit approuver la demande si celle-ci est conforme au **plan des effectifs médicaux de l'établissement**.

- Art. 377, LSSSS - L'agence doit élaborer un plan des effectifs médicaux de la région.

- Art. 377.1 LSSSS - Afin d'assurer le respect du plan régional des effectifs médicaux, tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la RAMQ et qui exerce en cabinet privé est lié par une entente conclue en application du 6e alinéa de l'article 19, LAM.

- Art. 19, LAM, 6e al. - Une entente peut prévoir une rémunération différente pour certaines catégories de professionnels selon le territoire où ils exercent leurs activités. À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut, par règlement, fixer cette rémunération.

- L'entente particulière 37 de la Brochure 1 de l'Entente FMOQ traite en détails des PREMs.

    - Clause 3.01 - Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie peut présenter une demande visant à obtenir du département régional de médecine générale (DRMG) d'une agence de la santé et des services sociaux, un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de cette agence.

    - Clause 3.02 - Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS), un médecin ne peut obtenir un avis de conformité au PREM applicable dans un territoire d'une agence que si ce plan n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre aux termes de ce même article de la Loi.

    - Clause 3.03 - De plus, tout médecin, pour obtenir un avis de conformité au PREM d'un DRMG d'une agence, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer, dans le territoire de cette agence, 55 % et plus de sa pratique totale, en termes de journées de facturation, dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Les bases de la rémunération du médecin

- Art. 1.1, LAM - L'acte médical est rémunéré selon l'entente en vigueur au moment où l'acte est posé, même si l'entente est modifiée par la suite.

- Art. 3, LAM - Détermine les services couverts par la Régie. Essentiellement, il s'agit de tous les services qui sont requis d'un point de vue médical. Les services de procréation assistée et de planification familiale (ex. : contraception), tels que déterminés par les articles 34.2 et 34.3 du *Règlement d'application de la LAM*, sont également couverts.

- Art. 5 et suiv., LAM - Définition du statut de personne assurée. Essentiellement, il s'agit de toute personne résidant au Québec et étant citoyen canadien ou résident permanent.

- Art. 22, LAM – Un médecin est rémunéré pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie. Il est également rémunéré si la personne assurée n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie dans certaines circonstances, par exemple s'il s'agit d'un bébé de moins d'un an ou s'il s'agit d'une urgence.

- Art. 22, LAM, 4e al. - Un médecin soumis à l'application d'une entente ne peut exiger, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente.

- Art. 22, LAM, 5e al. - Un médecin soumis à l'application d'une entente ne peut recevoir d'un établissement une somme d'argent ou un avantage en considération de la dispensation de services assurés.

- Art. 22.1, LAM - Pour être payé, le médecin doit remplir de façon conforme le formulaire de relevé d'honoraires fourni par la RAMQ. Il doit le signer lui-même. Il doit l'envoyer dans les 90 jours suivant la date où le service assuré est fourni. Ce délai peut être prolongé par la RAMQ si le médecin démontre qu'il était dans l'impossibilité d'agir plus tôt.

- Art. 24, LAM - La RAMQ ne peut pas refuser de payer un médecin pour le motif qu'elle met en doute la qualité d'un acte pour lequel il est demandé paiement. La RAMQ ne peut pas non plus déterminer la fréquence d'un acte susceptible d'être payé. Toutefois, elle peut invoquer la fréquence d'un acte lorsqu'elle soumet une affaire au comité de révision visé à l'article 47, LAM.

- Art. 41 et suiv., LAM - Comités de révision.

Services non assurés

- Art. 22, *Règlement d'application de la LAM* - Détermine la série de services qui ne sont pas considérés comme étant assurés.

- Art. 22, LAM, 9e al. - Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, **sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées.**

    - Hormis l'article 1.1.4, rien de plus précis n'existe à cet effet dans les ententes.

- Art. 22.0.0.1, LAM - Un médecin soumis à l'application d'une entente exerçant dans un cabinet privé ou un centre médical spécialisé doit afficher à la vue du public, dans la salle d'attente, le tarif des services, fournitures et frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qu'il peut réclamer d'une personne assurée, ainsi que les services

médicaux qu'il rend et qui sont non assurés ou non considérés comme assurés par règlement. Aucune autre somme d'argent que celle affichée ne peut être réclamée.

- Manuel des médecins omnipraticiens :
    - Clause 1.1.4 - Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif. Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés. Le médecin peut également obtenir compensation pour la rédaction d'un formulaire médical, sauf pour les formulaires ci-après mentionnés dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente. En cabinet privé, le médecin peut obtenir du patient compensation pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier. Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé la patiente du montant de cette compensation.

- Selon de le Guide des résidents 2014 :
    - en cabinet, le médecin est en droit de facturer les services non assurés par la RAMQ au patient.
    - une grille tarifaire est suggérée pour les médecins omnipraticiens par la FMOQ.
    - une grille tarifaire est suggérée pour les médecins spécialistes par la FMSQ.
    - les deux grilles tarifaires sont à titre indicatif seulement. Un médecin peut décider de fournir ces services gratuitement ou au contraire exiger un tarif plus élevé que le tarif suggéré.
    - si un patient considère les frais accessoires injustifiés, déraisonnables ou irréguliers, il a deux recours possibles : il peut s'adresser à la RAMQ pour les contester et se faire rembourser ou il peut porter plainte au Collège des médecins.

Les activités médicales particulières

- En vertu des articles 360 à 366, LSSSS.
- Art. 352, LSSSS - L'agence est responsable des activités médicales particulières (ci-après : AMPs).
- Art. 360, LSSSS - Tout médecin omnipraticien doit faire des AMPs s'il désire adhérer à une entente conclue en vertu de l'article 19, LAM, 5e alinéa.

- Art. 361, LSSSS - Définit les AMPs (ex : urgence, obstétrique).

- Art. 361.1, LSSSS - Tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilège dans un centre hospitalier et dont la spécialité est visée par une entente conclue en vertu de l'article 19, LAM, 5e alinéa doit faire des AMPs.

- Art. 361.2, LSSSS - L'obligation de faire des AMPs varie en fonction du nombre d'années de pratique.

- Art. 19, LAM, 5e al. - Une entente peut prévoir une rémunération différente pour la prestation d'AMPs. À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut, par règlement, fixer cette rémunération.

- Tous les détails sur les AMPs se retrouvent à l'entente particulière 16 de la brochure 1 de l'Entente FMOQ

- L'article 4.3 de cette entente particulière en édicte les grandes lignes. La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux activités médicales particulières doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne. La participation du médecin de quinze (15) ans mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne. Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique peut être appelé par le DRMG de l'agence à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG de l'agence doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

- Art. 5.1 - Sinon, pénalité de 30 %.

Les ententes entre le ministre et la FMOQ / FMSQ – remarques générales

- Art. 19, LAM - Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du Conseil du trésor, peut conclure une entente avec les organismes représentatifs des médecins. Cette entente peut prévoir différents modes de rémunération, par exemple à l'acte, à honoraires forfaitaires et à salaire. Elle peut également prévoir, à titre de compensation ou de remboursement, divers montants tels des primes, des frais ou des allocations.

    - Le ministre détermine par règlement les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus de professionnels ou de services médicaux spécifiques. Pour ces territoires, une entente peut prévoir une rémunération différente. À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut, par règlement, fixer cette rémunération.
        - voir Entente FMOQ, Annexe 12
        - voir Entente FMSQ, Annexes 19, 20 et 32

    - Si la diminution de services médicaux dans un territoire met en péril la santé publique, le ministre peut conclure pour une période

déterminée une entente particulière avec un professionnel de la santé.

- Les dispositions du *Code du travail* et de la *Loi sur les normes du travail* ne s'appliquent pas à un professionnel de la santé visé par une entente conclue en vertu du présent article qui rend des services assurés dans une installation maintenue par un établissement.

- Art. 19.1, LAM - Le ministre, avec l'approbation du Conseil du trésor, peut conclure une entente avec un organisme représentatif des résidents en médecine. Cette entente établit les conditions de travail applicables aux résidents en médecine en stage de formation.

- Art. 20, LAM - L'entente continue d'avoir effet après son expiration. Elle subsiste jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle entente.

- Art. 23, LAM (sous réserve de toute disposition plus spécifique) - Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés.

- Art. 54 et suiv., LAM - Un différend qui résulte de l'interprétation ou de l'application d'une entente est soumis à un conseil d'arbitrage, exclusivement à tout tribunal de juridiction civile.

- Art. 77.2, LAM - Le ministre peut accorder, conformément à la présente loi et aux règlements, une prime d'encouragement à un professionnel de la santé qui accepte de fournir des services assurés aux personnes assurées dans un territoire reconnu par le ministre comme étant insuffisamment desservi en services assurés. Une entente peut prévoir les conditions et les modalités d'octroi des primes d'encouragement.

Entente FMOQ

Aux fins de cette recherche, la Brochure 1 est la plus pertinente et les articles suivants en sont tirés.

- Clauses 2 et suiv. - Le ministre reconnaît la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec comme étant le seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19, LAM pour tous les médecins qui détiennent exclusivement, comme certificat de spécialiste, un certificat de spécialiste en médecine de famille.

- Clause 10.15 - Dans ou auprès d'un centre local de santé communautaire, l'octroi d'une nomination permettant à un médecin assujetti à l'application des articles 360 à 366 de la Loi (L.Q., 1991, c. 42) d'être rémunéré à l'acte pour la dispensation des services médicaux qu'il effectue dans ou auprès de ce centre, devra comporter, sauf si le médecin est détenteur d'une nomination spécifique, la détermination

obligatoire d'une période d'activités professionnelles couvrant, sur base hebdomadaire, douze (12) heures.

- Clause 10.05 A - En région désignée, une nomination spécifique en centre hospitalier peut, aux conditions qu'édicte l'annexe XII de l'Entente, permettre, au bénéfice du médecin qui en est détenteur, une rémunération majorée au sens de cette annexe pour l'ensemble de sa pratique.

Rémunération à honoraires fixes :

- Clause 12.01 - À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, **le conseil d'administration d'un établissement détermine**, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.
    - À compter du 1er octobre 2011, pour se prévaloir du mode des honoraires fixes, le médecin doit avoir préalablement été rémunéré selon ce mode et avoir détenu un avis de service actif à honoraires fixes entre le 1er octobre 2010 et le 30 septembre 2011 sous réserve de l'alinéa suivant.
    - Par la suite, le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes qui met fin à sa nomination selon le mode des honoraires fixes ne peut de nouveau s'en prévaloir à moins d'informer la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles en établissement à honoraires fixes de la façon prévue au 3e alinéa du paragraphe 2.14 de l'annexe VI.
- Voir les clauses 13 à 15.05 pour toutes les modalités de la rémunération à honoraires fixes (ex. : le médecin est payé pour une semaine de 35 heures).
- Voir Annexe II de l'Entente pour tous les détails sur le tarif de rémunération à honoraires fixes.
- Clause 17.09 - Un médecin ne peut être autrement rémunéré pour les actes médicaux qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode de la vacation.
- Clause 20.01 - Tout médecin nommé dans un établissement et dont les services sont retenus à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps conformément à l'article 10, bénéficie des avantages sociaux énumérés et définis à l'annexe VI.
- Clause 20.02 - Un médecin non visé par le paragraphe 20.01 ne bénéficie pas des avantages sociaux décrits à l'annexe VI.

- Clause 20.03 - La Régie est expressément autorisée à retenir sur la rémunération du médecin la cotisation convenue pour les avantages sociaux.

Rémunération au tarif horaire :

- Clause 12.01 - À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, **le conseil d'administration d'un établissement détermine**, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

- Clause 3.01, Annexe XIV - Pour se prévaloir de la rémunération selon le mode du tarif horaire, le médecin doit être détenteur d'une nomination d'un établissement lui permettant, dans ou auprès du centre exploité par cet établissement, d'être rémunéré selon ce mode.

- Clause 3.02, Annexe XIV - Cette nomination comporte la détermination du nombre d'heures que le médecin, sur une base hebdomadaire, consacre à des activités professionnelles dans ou auprès du centre. Cette nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

- Clause 3.03, Annexe XIV - Seul le médecin pour lequel un nombre d'heures rémunérées selon le mode du tarif horaire a été autorisé peut se prévaloir des codes d'activités afférents à ce mode.

- Voir Annexe XIV de l’Entente pour tous les détails de la rémunération au tarif horaire.

Rémunération à l’acte :

- Clause 17.01 : le paiement à l’acte constitue le mode de rémunération en cabinet privé. Ce mode s’applique également en établissement sauf lorsqu’un autre mode de rémunération est prévu (pour toutes les exceptions applicables, se référer à l’article).

- Clause 17.02 : le médecin rémunéré à l'acte l'est selon une échelle tarifaire qui tient exclusivement compte de la valeur relative des actes médicaux et chirurgicaux (voir Manuel du médecin omnipraticien).

Rémunération à vacation :

- Clause 17.03 - Seul le médecin pour lequel un nombre de vacations a été autorisé peut se prévaloir de ces codes d'acte. La vacation consiste en une période de trois (3) heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. La vacation peut être effectuée et rémunérée en périodes de service distinctes d'au moins une (1) heure chacune.

- Clause 17.08 - Le Ministre et la Fédération conviennent que le médecin œuvrant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré soit à l'annexe X, soit dans un accord entre le Ministre et la Fédération en application du paragraphe 17.07 est obligatoirement rémunéré à la vacation selon les modalités qu'édicte cette annexe.

- Clause 17.09 - Un médecin ne peut être autrement rémunéré pour les actes médicaux qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode de la vacation.

Entente FMSQ

Aux fins de cette recherche, les brochures 1 et 5 sont les plus pertinentes (les articles proviennent de la brochure 1, sauf avis contraire).

- Clause 3.1, Annexe I - Le Ministre reconnaît la Fédération comme le seul organisme représentatif des médecins spécialistes pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services médicaux ainsi qu'aux fonctions médico-administratives exercées en centre hospitalier. Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

- Clause 2.1, Annexe I - Tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec est placé sous l'autorité de cette entente. Il en est de même du médecin porteur d'un certificat de spécialiste étranger, auquel le Collège délivre un permis d'exercice restrictif ou temporaire. Il en est de même également du résident en médecine détenant une carte de stage valide de niveau R5 ou plus auquel le Collège des médecins du Québec délivre un permis d'exercice restrictif.

- Clause 2.2, Annexe I - Liste exceptions à la clause 2.1

- Annexe 8 - Établit un protocole de plafonnement de gains de pratique et d'activités cliniques. Lorsque le seuil est atteint, le spécialiste est rémunéré au quart du tarif habituel.

- Annexe 21 - Supplément de rémunération pour la garde en disponibilité.

- Annexe 43 - Instauration d'un programme de congé parental.

Rémunération à l'acte :

- Clause 9.1 - Le médecin spécialiste est rémunéré selon le mode de l'acte. Des ententes auxiliaires prévoient le paiement d'honoraires forfaitaires.

- Clause 10.1 - Sont établis deux tarifs d'honoraires : l'un, le tarif d'honoraires de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation; l'autre, le tarif d'honoraires de la biologie médicale, de la médecine nucléaire, de la radiologie, de la radio-oncologie et des

procédures diagnostiques connexes (voir Manuel des médecins spécialistes).

Rémunération au tarif horaire :

- Depuis l'introduction de la rémunération mixte, la rémunération au tarif horaire n'existe pratiquement plus étant donné qu'elle est moins avantageuse (voir Guide des résidents 2014).

Rémunération à honoraire fixe :

- Annexe 16 - Un médecin spécialiste qui était rémunéré à l'acte en 1988 conserve ce mode de rémunération.

- Annexe 21 - Avantages sociaux.

Rémunération mixte :

- Annexes 38 et 40 - Instauration du mode de rémunération mixte pour les médecins spécialistes selon les modalités de la Brochure 5.

- Voir l'annexe II des Protocoles d'accord : le mode de rémunération mixte s'appuie sur la rémunération forfaitaire à laquelle peuvent s'ajouter certains compléments versés sur la base d'une rémunération à l'acte.

- Clause 1.1, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte est établi pour la pratique active de la médecine spécialisée **dans un département clinique, un service clinique ou, le cas échéant, un secteur d'activité d'un établissement**. Le médecin qui ne satisfait pas aux critères de pratique active déterminés de temps à autre par les parties négociantes ne peut se prévaloir du mode de rémunération mixte que sur autorisation spécifique des parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent.

    - Dans les faits, les médecins spécialistes ont donc le choix entre le mode de rémunération à l'acte et la rémunération mixte. Or, le mode de rémunération mixte est un choix de groupe. Lorsqu'un médecin spécialiste intègre un nouvel établissement, il se fait ainsi imposer le choix de ses collègues quant au mode de rémunération, à moins qu'il ne crée lui-même son propre département, service ou secteur d'activité (voir Guide des résidents 2014, section rémunération mixte).

- Art. 1.2, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte vise à rémunérer l'ensemble des activités médicales que le médecin spécialiste, classé dans une spécialité visée en annexe, accomplit en établissement dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination, à l'exception des activités de recherche. Les activités médicales comprennent notamment les activités cliniques ou de

laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine), ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire.

- Art. 1.3, Brochure 5 - Le mode de rémunération mixte rémunère également, le cas échéant, les activités médico-administratives du médecin spécialiste et ses activités d'enseignement. Toutefois, les activités d'enseignement excluent celles pour lesquelles le médecin reçoit une rémunération du milieu universitaire.

- Voir la Brochure 5 pour l'ensemble des détails.

Code de déontologie des médecins

- Art. 63.1 - Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible d'influencer son exercice professionnel tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité et de la liberté de choix du patient. Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale.

- Art. 67 - Le médecin, agissant pour le compte d'un patient ou d'un tiers comme expert ou évaluateur, doit : 1° faire connaître avec objectivité et impartialité à la personne soumise à l'évaluation ou à l'expertise, le but de son travail, les objets de l'évaluation ou de l'expertise et les moyens qu'il compte utiliser pour la réaliser; il doit aussi l'informer du destinataire de son rapport d'évaluation ou d'expertise et de la manière d'en demander copie; 2° s'abstenir d'obtenir de cette personne toute information ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation ou de l'expertise; 3° limiter la communication au tiers aux seuls commentaires, informations ou interprétations nécessaires pour répondre aux questions soulevées par l'évaluation ou l'expertise demandée; 4° s'abstenir de poser un geste ou de tenir des propos susceptibles de diminuer la confiance de cette personne envers son médecin; 5° communiquer avec objectivité, impartialité et diligence son rapport au tiers ou à la personne qui a demandé l'évaluation ou l'expertise.

- Art. 69 - Le médecin agissant pour le compte d'un tiers comme expert ou évaluateur ne peut devenir médecin traitant du patient qu'à la demande ou après autorisation expresse de ce dernier, et après avoir mis fin à son mandat avec le tiers.

- Art. 73 - Le médecin doit s'abstenir : 1° de rechercher ou d'obtenir un avantage financier par l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments, à l'exception de ses honoraires, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe (en vigueur à compter du 7 juillet 2015); 2° d'accorder, dans l'exercice de sa profession, tout avantage, commission ou ristourne à quelque personne que ce soit; 3° d'accepter, à titre de

médecin ou en utilisant son titre de médecin, toute commission, ristourne ou avantage matériel à l'exception des remerciements d'usage et des cadeaux de valeur modeste. Malgré le paragraphe 1°, le médecin peut retirer un profit de la vente ou de la commercialisation d'un appareil ou d'un examen qu'il prescrit et qu'il a développé ou pour lequel il a participé au développement, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe, auquel cas, il en informe son patient (en vigueur à compter du 7 juillet 2015).

- Art. 73.1 - Constitue notamment un avantage matériel visé au paragraphe 3 de l'article 73, la jouissance d'un immeuble ou d'un espace à titre gratuit ou à rabais pour l'exercice de la profession médicale consentie à un médecin ou à une société dont il est associé ou actionnaire par : 1° un pharmacien ou une société dont il est associé ou actionnaire; 2° une personne dont les activités sont liées, directement ou indirectement, à l'exercice de la pharmacie; 3° une autre personne dans un contexte pouvant comporter une situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent. Le caractère juste et raisonnable d'un loyer s'apprécie notamment en fonction des conditions socioéconomiques locales, au moment où il est fixé.

- Art. 74 - Le médecin ne doit faire aucune sollicitation de clientèle.

- Art. 75 - Le médecin ne peut permettre que son titre soit utilisé à des fins commerciales.

- Art. 76 - Le médecin doit s'abstenir, directement ou indirectement, de louer ou de vendre des appareils ou de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l'exception des appareils qu'il installe ou des médicaments et produits qu'il administre directement. Il ne peut, en outre, réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre.

- Art. 77 - Le médecin doit respecter le libre choix du patient en lui indiquant, sur demande, les endroits où il peut recevoir les services thérapeutiques ou diagnostiques au moment de lui remettre une ordonnance ou une requête à cette fin.

- Art. 78 - Le médecin qui entreprend ou participe à une recherche doit déclarer, au comité d'éthique de la recherche, ses intérêts et dévoiler tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel. Dans le cadre d'une activité de recherche, le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter ou accorder un dédommagement qui mettrait en cause son indépendance professionnelle. La rétribution ou le dédommagement du médecin pour son temps et expertise professionnelle affectée à la recherche doit être raisonnable et connu du comité d'éthique.

- Art. 79 - Le médecin qui reçoit des avantages de l'entreprise offrant un produit ayant un intérêt pour la santé ou des services thérapeutiques ou diagnostiques dans laquelle il a des intérêts ou qui participe à une entreprise qu'il est en son pouvoir de contrôler et qui fabrique ou met en marché des produits ayant un intérêt pour la santé ou des services thérapeutiques ou diagnostiques doit en informer les milieux où il en fait la promotion (en vigueur à compter du 7 juillet 2015).

- Art. 80 - Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, notamment dans le cadre des activités de formation médicale continue.

- Art. 103 - Le médecin doit s'abstenir de réclamer de quiconque des honoraires pour des activités professionnelles dont le coût a été ou doit être payé par un tiers.

- Art. 104 - Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus. Si le coût prévu des services doit être modifié, le médecin doit en informer sans délai le patient. Le médecin qui réclame des honoraires doit fournir à son patient une facture détaillée de ses services, des fournitures médicales et des appareils, médicaments et produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé dont il réclame le coût.

- Art. 105 - Le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le prix réclamé et préciser la période de validité du prix, le cas échéant. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement. Il doit notamment identifier distinctement le coût de ses honoraires et le prix des fournitures médicales, des appareils, des médicaments et des produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé. Il doit afficher à la vue du public, dans l'aire d'attente du lieu où il exerce, le prix des services, fournitures et frais accessoires, et des soins médicaux qu'il facture.

- Art. 106 - Le médecin doit s'abstenir de réclamer des honoraires pour des services professionnels non rendus. Le médecin visé à l'article 105 peut toutefois exiger une avance raisonnable pour couvrir les frais et honoraires reliés à l'exécution de ses services professionnels.

- Art. 107 - Le médecin ne peut partager ses honoraires que dans la mesure où ce partage n'affecte pas son indépendance professionnelle.

- Art. 108 - Le médecin ne doit pas vendre ou céder ses comptes pour honoraires professionnels, à moins que ce ne soit à un autre médecin

ou à moins que le patient n'y consente ou qu'un règlement du Collège ne l'y autorise.

- Art. 109 - Le médecin qui confie le recouvrement de la perception de ses honoraires à une autre personne ou à un organisme doit s'assurer que ceux-ci procèdent avec tact et mesure, dans le respect de la confidentialité et des pratiques en matière de recouvrement de créances autorisées par la loi.

Jurisprudence

Jurisprudence (recherche effectuée sur La Référence)

N.b. : Les résumés sont tirés des résumés et textes intégraux sur *La Référence*. Plusieurs ont été modifiés par souci de clarté et de synthèse. Se référer au texte original pour plus de précisions.

Recherche par mots-clés

Association des radiologistes du Québec c. _Rochon, ès qualités « Ministre de la Santé et des Services sociaux_ , 23 mars 1999, Cour d'appel, REJB 1999-11398

- La FMSQ regroupe une trentaine d'associations de médecins spécialistes, dont l'appelante Association des radiologistes du Québec (ARQ). En vertu de l'article 19 LAM, la FMSQ négocie avec le ministre des ententes relatives à la rémunération des médecins spécialistes. Un important conflit a éclaté entre la FMSQ et l'ARQ au moment des négociations de 1993 concernant le renouvellement de l'entente. L'ARQ veut désormais se représenter elle-même pour négocier avec le ministre. L'ARQ a présenté une demande au ministre à cet effet, lequel a refusé.

- L'ARQ intente une action visant à faire déclarer l'entente inopposable à son égard et demande la nullité des dispositions de cette convention prévoyant le plafonnement global des gains de pratique. Elle réclame aussi la révision judiciaire du pouvoir discrétionnaire du ministre de ne pas la reconnaître comme organisme représentatif, de façon à déterminer si le ministre avait valablement entrepris des négociations avec la FMSQ alors que la demande de reconnaissance de l'ARQ était toujours pendante. Subsidiairement, l'ARQ demande la nullité de dispositions de l'entente, notamment celles prévoyant l'inclusion, dans le calcul des gains de pratique, des honoraires de laboratoire et l'application d'un tarif « désincitatif ».

- L'article 19 LAM établit un régime de reconnaissance volontaire par le ministre. La seule condition est que l'organisme reconnu soit représentatif. Or, le ministre dispose d'une discrétion pour déterminer si l'organisme est représentatif ou non, en autant qu'il agisse de bonne foi. Dans les faits, l'ARQ ne s'est pas désaffiliée de la FMSQ, un processus de conciliation est en place entre l'ARQ et la FMSQ et il y aurait des inconvénients au fractionnement de l'unité de négociation. Compte tenu de ces circonstances, le pouvoir discrétionnaire du ministre a été exercé légalement.

- Quant à l'entente, elle n'est pas inopposable. Les radiologistes ne sont pas des tiers par rapport à l'entente : ils y sont liés par le truchement de l'ARQ à qui ils ont donné mandat, qui a elle-même donné mandat à la FMSQ de la représenter.

- De même, la formule de plafonnement est légale. L'article 19 de la Loi doit être interprété de façon libérale et à la lumière du contexte conventionnel. Les ententes régissant la rémunération des professionnels sont complexes et doivent demeurer souples si on veut atteindre les objectifs de la Loi. L'entente n'est pas injuste, discriminatoire et déraisonnable pour les radiologistes.

- L'ARQ prétend que la formule de plafonnement porte atteinte aux articles 6 et 46 de la *Charte des droits et libertés de la personne*. Tout d'abord, le plafonnement ne constitue pas une atteinte aux droits au travail qui enfreint l'ordre public. Au contraire, il constitue une mesure raisonnable visant un objectif d'intérêt public justifié en cette période économique difficile pour l'État. Même s'il y avait atteinte en vertu de l'article 46, la limite imposée contractuellement découle de l'autorisation législative exprimée à l'article 19, LAM et, par conséquent, elle n'est pas contraire à l'article 6 de la Charte.

***Québec (Régie de l'assurance maladie)* c. *Conseil d'arbitrage des médecins omnipraticiens*, 13 janvier 2006, Cour supérieure, EYB 2006-100189**

- La RAMQ demande la révision judiciaire de la sentence arbitrale rendue par le Conseil d'arbitrage, invoquant que ce dernier n'avait pas compétence pour se prononcer sur le différend l'opposant aux deux médecins.

- La RAMQ allègue également que le recours au Conseil d'arbitrage était prématuré. La RAMQ a envoyé une lettre aux médecins les informant que les services rendus et facturés par eux n'étaient pas toujours requis au point de vue médical. La RAMQ les avisait que la question serait soumise au comité de révision. Les médecins ont décidé de saisir le Conseil d'arbitrage de la question sans attendre la décision du comité de révision.

- Les services rendus consistaient en des examens médicaux exigés dans le cadre de la procédure d'embauche de certains travailleurs de l'État.

- Il ressort de la *Loi sur l'assurance maladie* qu'il existe deux avenues possibles selon la nature de la question en jeu : le recours au Conseil d'arbitrage ou le recours au Tribunal administratif du Québec (TAQ). Selon les articles 47 et 50 de la *Loi sur l'assurance maladie*, lorsque les services assurés ne sont pas requis au point de vue médical, la question peut être soumise au TAQ. Par ailleurs, selon l'article 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie*, lorsque la question porte sur la réclamation du paiement de services fournis non conformément à l'entente, le différend est tranché par le Conseil d'arbitrage.

- Les médecins reconnaissent que les services rendus n'étaient pas médicalement requis. Ils soutiennent toutefois que ces services ont été

rendus afin d'établir l'aptitude d'individus à exercer un travail précis. Il s'agit là d'une exception prévue au Règlement d'application de la LAM. Les ententes du ministre de la Santé avec la Fédération des médecins omnipraticiens et avec la Fédération des médecins spécialistes font toutes deux référence à cette exception.

- Le Conseil d'arbitrage n'a pas retenu les prétentions de la RAMQ et a donné raison aux deux médecins. Soulignons que la compétence du Conseil d'arbitrage ne saurait dépendre de l'opinion ou du bon vouloir de la RAMQ. Si tel était le cas, il ne serait jamais possible de saisir le Conseil d'arbitrage d'un différend qui résulte de l'interprétation ou de l'application d'une entente. Soulignons également qu'il est impossible de faire droit à la prétention de la RAMQ que le recours au Conseil d'arbitrage était prématuré.

- Enfin, rappelons que le Conseil d'arbitrage est un organisme spécialisé et que ses décisions servent à résoudre les difficultés qui peuvent survenir dans l'interprétation et l'application d'ententes particulières que le gouvernement a voulu soustraire au processus habituel. Par conséquent, il est nécessaire de faire preuve de la plus grande retenue à l'égard de ses décisions lors de la révision judiciaire. En l'espèce, la sentence arbitrale n'a rien de manifestement déraisonnable. La requête en révision doit donc être rejetée.

***Demers* c. *Conseil d'arbitrage*, 1er octobre 2007, Cour supérieure, EYB 2007-124565 :**

- Un groupe de jeunes médecins spécialistes conteste l'entente de 1995 entre la FMSQ et le ministre, plus particulièrement l'annexe 34 qui prévoit une rémunération inférieure pour les jeunes médecins durant leurs premières années de pratique. Ils contestent également l'annexe 8 qui prévoit un plafonnement des gains de pratique qui a pour effet de couper la rémunération des jeunes médecins.

- Ils considèrent les deux clauses orphelines comme étant illégales et discriminatoires.

- En 1997, Docteur Carrier dépose une requête en autorisation d'exercer un recours collectif visant une action en nullité de l'Entente et une action en dommages et intérêts.

- Cette requête est jugée irrecevable par la Cour supérieure (*Carrier* c. *Rochon, ès qualités « Ministre de la santé et des services sociaux »*, 15 décembre 1998, (C.S.) REJB 1998-10121), qui estime que la clause d'arbitrage la rend incompétente *rationae materiae* en vertu de l'article 54, LAM, qui prévoit que les différends relatifs à l'Entente doivent être entendus en arbitrage. La Cour d'appel rejette le pourvoi (Appel rejeté, C.A. Montréal, nº 500-09-007616-998, 14 septembre 2000, REJB 2000-20114) et la Cour

suprême refuse d'entendre la cause (demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême rejetée, n° 28234, 23 août 2001).

- Suite à ce jugement, 91 médecins visés par le recours collectif déposent individuellement un avis de différend au conseil d'arbitrage.

- L'arbitre rend une décision préliminaire en 2006 à l'effet que le recours des médecins est prescrit (complètement pour 70 requérants et partiellement pour 21 requérants) en vertu de l'article 38, LAM et de l'article 20.2 de l'Annexe 1 de l'Entente.

- Les spécialistes se pourvoient en révision judiciaire de la décision de l'arbitre. Le juge de la Cour supérieure rejette le pourvoi et confirme que le recours est bel et bien prescrit.

- La Cour d'appel donne raison à la Cour supérieure (C.A. Montréal, nos 500-09-018130-070, 11 novembre 2008, EYB 2008-224924 & C.A. Montréal, nos 500-09-018129-072, 11 novembre 2008, EYB 2008-150379).

***Hôpital Maisonneuve-Rosemont* c. *Tawil*, 25 février 2011, (C.A.), 2011 QCCA 371 :**

- Un médecin poursuit l'hôpital où il travaille. En effet, l'hôpital a adopté un règlement pour partager les ressources techniques entre les radio-oncologues. Or, l'établissement avait l'obligation d'adopter des règles équitables pour l'attribution des ressources en tenant compte de la pathologie des patients et non pas en fonction de la rémunération des médecins.
- Le choix par l'Hôpital de s'écarter de son devoir de traiter les patients équitablement porte atteinte aux expectatives légitimes du Docteur Tawil de tirer des revenus de son travail dans le cadre de sa relation juridique avec l'Hôpital. En l'espèce, cette atteinte aux expectatives légitimes du Docteur Tawil est le fait générateur de la responsabilité de l'Hôpital.

***Robaey* c. *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, 29 janvier 2008, (C.S.), 2008 QCCS 230 :**

- Un psychiatre chercheur obtient un permis de pratique restrictif pour exercer des activités académiques et de recherche au Québec. Ce permis de pratique restrictif est octroyé dans la mesure où le Docteur Robaey passera son examen du Collège royal dans les prochaines années, afin de devenir psychiatre avec licence complète. Or, Docteur Robaey échoue cet examen. Une série de conflits éclate au fil des années avec divers supérieurs de l'hôpital où il travaille, car il veut

notamment faire de la clinique et veut être rémunéré avec un salaire de spécialiste avec licence complète. La Cour affirme qu'il est l'artisan de son propre malheur.

Recherche par législation citée : Art. 19, Loi sur l'assurance maladie

***Québec (Régie de l'assurance maladie)* c. *Lecours*, 19 juin 2012, Cour d'appel, EYB 2012-208193**

- Sur une question de facturation individuelle, pertinent ?

***Chaoulli* c. *Conseil d'arbitrage*, 23 juin 2003, Cour supérieure, REJB 2003-44892 :**

- Un omnipraticien fait une partie de sa pratique en soins à domicile. Or, ces soins sont assimilés à des soins en cabinet privé au sens de l'article 3.4 de *l'Entente relative aux activités médicales particulières*, ce qui le soumet à l'application des articles 360 et suiv. de la LSSSS. En d'autres mots, il devait faire des activités médicales particulières qu'il n'a pas faites. La RAMQ exige donc un remboursement de 12 000 $ de sa part en tant que pénalité. Docteur Chaoulli conteste cette décision en arbitrage, qui maintient la pénalité. Il décide donc d'intenter un recours en révision judiciaire en Cour supérieure. Cette dernière estime que le Conseil d'arbitrage était compétent pour se prononcer sur la validité d'un article contenu dans l'Entente particulière. La décision du Conseil d'arbitrage n'était pas déraisonnable; les conclusions de l'arbitre étaient bien motivées; rejet de la requête en révision judiciaire.

***Hôtel-Dieu d'Alma* c. *Gervais*, 2 juin 1999, Cour d'appel REJB 1999-12765 :**

- Des médecins anesthésistes concluent en 1983 une entente avec l'Hôtel-Dieu d'Alma. De 1984 à 1989, ils s'engagent à dispenser leurs services à cet hôpital, moyennant une compensation financière pour couvrir leurs frais de séjour.

- En 1988, l'Hôtel-Dieu cesse d'effectuer ces paiements, après avoir reçu une circulaire dénonçant l'illégalité des ententes individuelles conclues entre certains médecins et établissements en marge du régime étatique d'assurance-maladie. Les médecins ont néanmoins continué à travailler jusqu'au terme de leur contrat.

- Les médecins ont par la suite intenté deux actions contre l'hôpital, dans lesquelles ils réclamaient les sommes qui n'auraient pas été payées. Le juge de première instance, estimant que les ententes n'étaient pas illégales pour la période visée, a accueilli les actions.

- En effet, il appert qu'avant 1993, l'article 22 de la LAM ne mentionnait pas que les établissements ne pouvaient offrir une compensation supplémentaire aux médecins pour les inciter à venir travailler chez eux. Par conséquent, l'entente conclue en 1984 était légale à l'époque et devait être respectée, même si elle serait illégale aujourd'hui.

- L'hôpital porte ce jugement en appel. Elle soutient que les ententes conclues avec les intimés étaient interdites et frappées de nullité absolue. Les paiements effectués à titre de frais de séjour transgresseraient la loi ainsi que les ententes liant les médecins spécialistes et l'État.

- La Cour d'appel rejette le pourvoi. Les ententes conclues entre l'appelante et les intimés sont valides. Rien dans l'article 22, LAMQ, tel que rédigé à l'époque pertinente au litige, ne prohibait le paiement d'une somme d'argent ou la remise d'un avantage par un établissement à un médecin en considération du fait que celui-ci ait accepté d'exercer sa profession dans cet établissement plutôt qu'ailleurs. De plus, le fait que la circulaire gouvernementale semble interdire autre chose que la rémunération des services médicaux assurés ne signifie pas nécessairement que les ententes litigieuses soient nulles. L'interprétation que fait l'Administration des lois qu'elle gère ne lie pas les tribunaux; un sous-ministre ne peut proclamer l'illégalité de ce que la loi ne déclare pas illégal.

Annexe 6. Exemple d'une grille d'entrevue

Chacun des cas étudiés évoluant dans des contextes différents et particuliers sur le plan de leur juridiction, les questions d'entrevues étaient adaptées au regard des problématiques et enjeux de chaque cas et des personnes rencontrées pour un total de 14 entrevues réalisées (États-Unis :7, Pays-Bas :7). Compte tenu des objectifs du projet, l'accent a été apporté aux juridictions dont la documentation trouvée a été jugée insuffisante ; la France et l'Ontario ayant pour leur part une documentation importante et de qualité, tant scientifique que grise, des entrevues n'ont pas été réalisées pour ces deux cas. Suit un canevas utilisé pour les entrevues menées pour le cas Pays-Bas.

Title of the Project : « ***Regards sur les modes de rémunération des médecins*** ».

Responsable du projet: ***Jean-Louis Denis***, École nationale d'administration publique.

Co-chercheure principale: ***Marie-Pascale Pomey***, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

Research Ethics Certificate number: ***CER-ENAP-2014-31***.

Introduction :

This project is funded by Fonds de recherche Société et culture du Québec, «Actions concertées» program. The purpose of this research study is to understand the relationship between mode of medical compensation and other levers put in place to improve the response to population health needs in the complex interdependence of medical activities and activities of other actors in the health field. The research is essentially comparative and will use case studies to better understand the configuration of health care systems according to medical compensation and to retain lessons that can inform policy in Quebec. Concerning Netherlands case overall objectives are: 1) to understand how the 2006 reform or the introduction of bundled payment system policy context impact on physician payment, and 2) what are the objectives pursued by these policy changes and opportunities and challenges associated with such policy shift. Ultimately, the results from this case will be part of a report to be submitted to Fonds de recherche Société et culture du Québec, programme «Actions concertées».

Duration time: 1 hour to 1 hour and a half.

Questions:

How does the « Health Insurance Act » introduce in 2006 have shaped physician payment policies and what is the impact on the physician mode of remuneration?

What are the main characteristics of new payment policies for physicians (for ex introduction of bundled disease payment)? What are the main options that are considered?

What are the key objectives pursue by these policies? (Risk-sharing & cost control, quality improvement, integration of care and services...)?

In your view, what are the best examples of innovation in the way of paying physicians in your (Netherlands) policy context or internationally?

What is the influence of current changes in the way hospitals/delivery organizations/provider groups are financed – for example the development of Bundled disease based payment for care group or Diagnosis based code for specialists – on the payment of physicians? How bundled payment is organized? How does insurers negotiate contract with physicians or physicians group or hospital?

In your environment, what are the most significant changes that take place or that are anticipated in policies regarding the payment of physicians? (Current changes, changes that are anticipated in the short, mid and long term)

What are the main drivers of these changes?

In your organization, what (if any) collaborative governance structures between physicians and organizations and accountability mechanisms are being established to guide the operation and performance of your organizations?

In your organization, what (if any) collaborative governance structures between physicians and organizations and accountability mechanisms are being established to adapt new policy regarding the payment of physicians?

In your organization, what are physicians accountable for? And what is the standard (or threshold) that must be achieved in regard of efficiency and quality of care?

How are measures and thresholds established regarding physicians as a group?

What is the level of agreement and ‘‘buy in’’ regarding these measures?

What sanctions or consequences are employed in instances where thresholds are not met?

How new policy context is impacting or will impact on the accountability relationship between physicians and their organizations?

What is the level of agreement by physicians of payment policies that are associated with Bundled disease based payment? How payment mechanism is negotiated between physicians and health insurance companies?

What are the main facilitative factors involved in the implementation of physician's new payment policies that are associated with Bundled payment?

What are the main challenges involved in the implementation of physician's new payment policies that are associated with Bundled payment?

Health Insurer: How do Insurers compete for insured? (risk selection et how do Dutch Health Authority regulate the market)

What are the key policy documents or information sources we should consider to better understand the evolving policy scene regarding the payment of physicians in the Netherlands context? Are there other key informants that we should absolutely meet in the context of the study?

Thank you for your time and collaboration!

Annexe 7 Formulaire de consentement

Project title : *Regards sur les modes de rémunération des médecins*
Principale Investigator: Jean-Louis Denis,
Co-Investigator: Marie-Pascale Pomey

Consent Form - Interview

Introduction

You are invited to take part in a research study as a key informant. The purpose of the research is to understand the relationship between mode of medical compensation and other levers put in place to improve the response to the health needs of the population. The research is essentially comparative and will use case studies to better understand how health care systems shape policies regarding medical compensation and to identify potential lessons for a single-payer system such as the one in Quebec. More specifically, regarding the US case, our study objectives are: 1) to understand how the new policy context articulate by ACA and CMS impact on policies regarding the payment of physicians**,** and 2) what are the objectives pursued by these policy changes and opportunities and challenges associated with such policy shift. Ultimately, the results from this case will be part of a report to be submitted to *Fonds de recherche Société et culture du Québec, programme «Actions concertées».*

Information

***Compensation*:** You will not be compensated for your participation.

Risks and benefits: There are no risks at all in participating in this research. There is no guarantee that you will personally experience benefits from participating in this research study but maybe you will benefit in the future from the information we find in this study.

Privacy and Confidentiality: This study is anonymous. We will keep your statement private and confidential. A few members of the research team will have access to the data. But anyone who looks at interview notes must keep them completely confidential. Publication of the results will not include any name or any information that would make it possible to identify you. The interview is recorded for the sole purpose of facilitating data collection and analysis. These data will be accessible only to the research team, audio material and verbatim will be stored without any mention of names or other identifying information of the participant.

Rights

- To refuse or withdraw: decision to participate in this study is

voluntary. You may refuse to take part in the study at any time. You also have the right not to answer any single question, as well as to withdraw completely from the interview or your interview material from the research before submission of the report. The participant has the option to agree to be recorded or can refuse.

- To ask questions: about this research study and to have those questions answered by the interviewer before, during or after the research. If you have any further questions about the study, feel free to contact Jean-Louis Denis at jean-louis.denis@enap.ca or by telephone at 514- 849-3989 poste 3923. If you like, you can ask for a summary of the results of the study to be sent to you.
- To report concerns: any other concerns about your rights as a participant that have not been answered by the investigators, complaints or issues as a person taking part in this research study can be address to: the president of Research Ethics Board, professor ***Jacques A. Plamondon***, at 641-3000 au poste 6149 or at jacques.plamondon@enap.ca.

Consent to take part in research study

I freely give my consent to take part in this study and authorize the use of my statement. I understand that by signing this form I am agreeing to take part in the research, and that I have read and understood the information provided.
I agree that the interview can be recorded Yes _____ No _____

_____ _____
Signature Date

_____
Printed name of person participating

Statement of person conducting the interview

I have explained to the person taking part in the study what he or she can expect from their participation. I

_____ _____
Signature Date

_____
Printed Name

Annexe 8. Fiche synthétiques des études de cas

Sommaire de quatre études de cas sur certains aspects des politiques de rémunération médicale dans quatre juridictions : États-Unis, France, Pays-Bas et Ontario.

Une version finale et plus élaborée de ces cas sera présentée dans une monographie à paraître au cours de l'année 2017 sur l'évolution des politiques de rémunération dans quatre juridictions et les implications pour le système de santé au Québec. Quoique les études de cas soient traitées succinctement dans le présent rapport, elles ont contribué largement à l'analyse que nous faisons des politiques de rémunération médicales.

8.1. États-Unis

L'expérience des *Accountable Care Organizations* aux États-Unis.

Contexte de développement des ACOs

L'Affordable Care Act (ACA) de 2010 soutient deux grandes orientations : 1) augmenter la couverte d'assurance maladie et 2) réformer le système de soins pour améliorer l'accès et la qualité des soins tout en contrôlant les dépenses publiques de santé. Au cœur de cet effort, le *Center for Medicare and Medicaid Innovation* (CMMI) dispose d'un budget de 1 billion par année sur dix ans, afin de tester différents projets innovants. S'il est démontré qu'un projet pilote réduit les coûts tout en améliorant la qualité des soins ou améliore la qualité sans augmenter les coûts, l'idée peut être implantée sans une approbation préalable du Congrès (Blumenthal 2015). Le Medicare Shared Savings Program (MSSP) ; sous la gouverne du *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) est créé pour encadrer la mise en place des *Accountable Care Organizations* (ACOs) (Yeung 2011).

Caractéristiques des ACOs

- Entité légalement constituée, regroupant des dispensateurs de soins qui acceptent une responsabilité collective pour le coût et la qualité des soins desservis à une population donnée de patients[10].
- Le but est de permettre aux médecins omnipraticiens et spécialistes, aux hôpitaux et autres dispensateurs de soins, d'assurer un continuum de soins coût-efficace, intégré et coordonné les parcours de soins pour un minimum de 5000 patients couverts par Medicare (Yeung 2011).
- Le patient est libre de choisir son établissement de soins, sans être obligé de s'inscrire à un réseau particulier
- Les ACOs doivent fournir un rapport de performance pour 33 indicateurs de qualité préétablies par le CMS,
- A partir du *Medicare Shared savings Program* (MSSP), des ententes (« gain-sharing agreements ») entre payeurs et dispensateurs de soins permettent de partager les économies engrangées par l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins.

Modalités de paiement des soins et de rémunération médicale

Les ACO représentent une expérience de participation aux gains et donc de formes plus intégrées de financement des organisations et de la rémunération des médecins. Le MSSP prévoit deux options de distribution des gains financiers : le « one-side » ou « upside only » et le « two-side » ou « down-side risk-sharing model ». Dans le premier arrangement, l'ACO ne risque aucune perte financière alors que dans le second, l'organisation s'engage à rembourser au gouvernement les coûts excédents les seuils de performance fixés. Cela permet à l'ACO qui génère un minimum de 2% de taux d'économie

[10] « ACOs are defined as groups of providers, which may include hospitals, that have the legal structure to receive and distribute payments to participating providers, to provide care coordination, to invest in infrastructure and redesign care processes, and to reward high quality and efficient services » (Shortell et al. 2010).

– calculé selon les dépenses sur une année régulière – et atteint les cibles des 33 indicateurs de qualité du CMS, de réaliser plus de gains (Yeung 2011 ; Wilensky 2014). En revanche, dans le « two-side Model », les risques financiers sont plus grands.

En plus de ce modèle, le CMMI a lancé en 2011 le « Pioneer ACO Model » destiné aux ACOs déjà expérimentées dans la coordination des soins afin de réaliser encore plus d'économies (jusqu'à 75 % de gains partagés et un maximum de 15% de perte à repayer, le cas échéant). Cela permet aux ACOs et aux systèmes de soins intégrés les plus performants de s'associer à des payeurs privés dans un programme de partage de gains pour un minimum de trois ans jusqu'à cinq ans, si la performance enregistrée durant les deux premières années d'opération est satisfaisante selon les critères du CMS.

L'étude de Muhlestein et coll. (2013), basée sur des entrevues[11] semi-directives auprès d'informateurs clés dans 38 ACOs[12], dont 28 sous la coordination d'hôpitaux et 10 sous le leadership de groupes de médecins, démontrent que près de la moitié des regroupements (42 %) avaient des ententes incluant au moins deux modes de paiement et de rémunération des médecins.

Selon Muhlestein et coll. (2013), trois types de paiement et de modes de rémunération des médecins correspondent à une prise en charge accrue du risque financier par les ACOs : la capitation, le « bundling » et le « two-sided shared savings ». Plus précisément, la capitation et le *bundling* représentent un risque important pour les dispensateurs de soins, tandis que le *shared savings* représente un risque partagé entre les dispensateurs et les payeurs.

---

[11] Les résultats présentés relèvent d'un sous-échantillon de 38 organisations opérationnelles (déjà sous contrat) sur les 57 incluses dans l'étude. Les entrevues ont été réalisées entre janvier et juin 2012 (Muhlestein et al. 2013).

[12] Selon les auteurs, il y a 221 ACOs aux États-Unis en 2012 : « We use a broad definition and include organizations that self-identify as being an ACO and those that may choose a different name but seek the goals of accountable care and oversee the provision of health services delivered to a defined population with financial responsability for that care (Muhlestein et al. 2013). En 2015, le MSSP auraient 405 ACOs participantes (Blumenthal 2015).

Toujours selon Muhlestein et coll. (2013), seulement 24 % des 38 ACOs avait recours à la capitation pour une sous-population de la population desservie et une seule ACO utilisait la capitation globale pour toute la population desservie. Certaines organisations optaient plutôt pour un mode de financement prospectif pour des procédures précises et des épisodes de soins prédéterminés.

Au moment de l'étude (Muhlestein et coll. 2013), 79 % des ACOs s'étaient engagées dans l'une ou l'autre des deux modalités contractuelles prévues par le *shared savings*: « one-side » et « two-side ». Quant aux diverses modalités de paiement à la performance, elles constituent un premier pas vers l'utilisation de modes de rémunération mixtes ou alternatifs. Or, contrairement à la capitation ou au *bundling* (8% des 38 ACOs), la rémunération à la performance, tout comme le *shared savings*, n'altère pas le système de paiement à l'acte, mais vise plutôt à encourager la qualité par l'ajout de bonus conditionnels à l'atteinte de cibles de performance (Muhlestein et coll. 2013).

En définitive, 92 % des 38 ACOs de l'étude de Muhlestein et coll. (2013) recourent au paiement à l'acte pour une portion de leur rémunération et 71 % utilisent exclusivement ce mode. Cela tend à confirmer l'analyse de Ginsburg (2012) selon laquelle le paiement à l'acte continue d'être un mode de rémunération très important et ce malgré les réformes amorcées dans le cadre de l'ACA. Selon Ginsburg, l'infrastructure existante de la tarification à l'acte (Relative Value update Committee), les modalités de calculs et de régulation mises en oeuvre (Relative Value Scales, Sustanaible Growth Rate Formula), et les négociations l'entourant; les révisions et les changements à apporter dans la rémunération à l'acte sont autant déterminants dans le succès de la réforme américaine que les modes alternatifs actuellement testés, puisqu'ils en constituent la base.

Résultats :

Le modèle des Accountable Care Organizations (ACOs) est d'intérêt pour l'analyse des politiques en matière de rémunération médicale:

- Hétérogène, le modèle des ACOs peut nous renseigner tant sur l'utilisation d'une mixité de modes de paiement et de rémunération des médecins que sur l'implantation de différentes configurations organisationnelles et contractuelles entre les dispensateurs de soins et les payeurs, publics et privés. L'expérience des ACO permet à terme de mieux comprendre les conditions organisationnelles requises pour mettre en place des modes de paiement plus intégrés des organisations et des fournisseurs de soins.
- Un rapport publié en mars 2014 par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé/Canadian Foundation for Healthcare Improvement conclut qu'un modèle similaire aux ACOs pourrait être implanté en Ontario avec peu ou pas de changement dans la réglementation (Huynh et coll. 2014). L'expérience des ACO peut offrir des informations utiles sur les enjeux et les implications légales, financières et au plan des politiques publiques d'un tel modèle d'intégration et de coordination des soins, qui implique un partage des risques financiers et une imputabilité clinique accrue.
- Certains protagonistes perçoivent la capitation globale comme un aboutissement de la réforme américaine ou à tout le moins prédisent une marginalisation importante du paiement à l'acte (Abrams 2011; 2015; Muhlestein et coll. 2013), alors que d'autres constatent plutôt que ce dernier reste dominant dans les ACOs. Si les modes de rémunération alternatifs gagnent en importance, une refonte des grilles tarifaires devra faire partie intégrante de la réforme actuelle, entre autre parce que les tarifs forment la base des calculs des modes de paiement alternatifs comme le « bundling » ou encore les bonus (Ginsburg 2012, Muhlestein 2013).
- Le modèle des ACOs est fondé sur l'hypothèse d'une relation négative entre l'amélioration de la qualité et les coûts. Or, des études démontrent que les mesures d'amélioration de la qualité ne réduisent pas nécessairement les

coûts du système (Burns et Pauly 2012; Huynh et al. 2014). L'évaluation des ACOs pourrait à terme nous renseigner sur les éléments critiques qui pourraient véritablement réduire les dépenses de santé, tout en améliorant la qualité des soins.

- En dernier lieu, un large pan de la réforme américaine concerne les soins primaires. Notons que les Patient-Centered Medical Homes (PCMH), complémentaire au modèle des ACOs, ont fait l'objet d'une comparaison avec le modèle de soins primaires de la Colombie-Britannique (MacCarthy et Hollander 2014). Dans l'ensemble, les différentes stratégies utilisées pour transformer et accroître le rôle des soins primaires ont pour objectif de collectiviser la pratique clinique et de créer un environnement propice à des modes plus intégrés de fonctionnement. Il est difficile de juger à ce jour l'impact de cette recherche d'une intégration plus grande des médecins dans des organisations de soins sur leur mode de rémunération.

Références :

Abrams, M., Nuzum, R., Mika, S., & Lawlor, G. (2011). Realizing health reform's potential. The Commonwealth Fund: New York. Commonwealth Fund pub. 1466

Vol. 1

Abrams, M., Nuzum, R., Zezza, M., Ryan, J., Kiszla, J., & Guterman, S. (2015). The Affordable Care Act's payment and delivery system reforms: a progress report at five years. Issue brief (Commonwealth Fund), 12, 1-16.

Blumenthal, D., Abrams, M., & Nuzum, R. (2015). The affordable care act at 5 years. n engl j med 372;25, 2451- 2458

Burns, L. R., & Pauly, M. V. (2012). Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s. Health Affairs, 31(11), 2407-2416.

Ginsburg, P. B. (2012). Fee-for-service will remain a feature of major payment reforms, requiring more changes in Medicare physician payment. Health Affairs, 31(9), 1977-1983.

Huynh, Tai M., G. Ross Baker, Arlene Bierman, David Klein, David Rudoler, Gilbert Sharpe, Therese Stukel, Theresa Tang, Hannah J. Wong, and Adalsteinn D. Brown. 2014. Exploring Accountable Care in Canada:Integrating Financial and Quality Incentives for Physicians and Hospitals. Final Report to the Ministry

of Health and Long-Term Care and the Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Ottawa: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. March 2014.

MacCarthy, D. & Hollander, M.J. (2014). "RISQy Business (Relationships, Incentives, Supports, and Quality): Evolution of the British Columbia Model of Primary Care (Patient-Centered Medical Home)" The Permanente Journal, 18(2): 43-48.

Muhlestein D, Croshaw A, Merrill T. Risk Bearing and Use of Fee-For-Service Billing Among Accountable Care Organizations. Am J Manag Care. 2013 Jul;19(7):589–92.

Wilensky, G. R. (2014). Developing a viable alternative to Medicare's physician payment strategy. Health Affairs, 33(1), 153-160.

Yeung, W., & Harrison Burns III, D. L. (2011). Are ACOs the Answer to High-Value Healthcare?. American health & drug benefits, 4(7), 441.

8.2. France

Rémunération à la performance des médecins généralistes libéraux en France (CAPI/ROSP) et financement de la structure pluriprofessionnelle libérale émergente en soins primaires (ENMR)

Réformes analysées

L'analyse du cas français porte sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Deux réformes majeures sont examinées :

1- Le *Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)* devenu par la suite la *Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)* (2009-2011) qui visent simultanément l'amélioration de la qualité des soins et la maitrise des dépenses de santé : le médecin perçoit une rémunération supplémentaire en fonction de cibles de performance préétablies pour le suivi de certaines maladies chroniques, des actes de prévention, la prescription de générique, l'organisation du cabinet (ce dernier volet a été réaménagé lors de la convention médicale nationale de 2016). Cette nouvelle modalité de rémunération, au départ réservée aux médecins de famille, a été ouverte à d'autres spécialités (ex :)

2- Les *Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)* (2009) qui ont pour objectif de tester si une modalité de financement collectif alloué à une structure regroupée pluriprofessionnelle en soins primaires peut améliorer « la qualité et l'efficience des soins […] en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le

développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention »[i].

Ces réformes visent ainsi à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, tout en maitrisant la dépense dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation des maladies chroniques, de désertification médicale dans certaines régions, de changements dans les modes de pratiques des jeunes médecins généralistes, et des contraintes économiques.

Résultats saillants

- Dans l'ensemble, le bilan de la ROSP pour l'année 2015 est positif, sauf sur la prévention. Les résultats restent mitigés en particulier pour la vaccination grippale et le dépistage des cancers féminins. La ROSP, auquel presque tous les médecins généralistes ont adhéré, ne permet pas de distinguer à l'évaluation les effets observés d'une tendance séculaire[ii].
- Les médecins généralistes et certaines spécialités ont adhéré rapidement à la ROSP ceci leur permettant une diversification de leurs modalités de rémunération des médecins généralistes libéraux (rémunération à l'acte, forfaitaire, RAP) et aussi d'améliorer leur rémunération. En effet, en 2013, la ROP et les différents forfaits représentent environ 12,3 % du revenu total des MG[iii] (838,4 M euros)[iv], ce qui représente en 2015, une rémunération supplémentaire (RAP exclusivement) moyenne de 6 756 euros[v] par an pour les médecins généralistes.
- Les ENMR permettent de consolider certains acquis de l'intégration organisationnelle en soins primaires[vi] comme des gains d'efficience, une amélioration du suivi du diabète de type 2), comparativement à la pratique

solo ou en groupe monodisciplinaire. Cette nouvelle modalité soulèvent toutefois certains enjeux (ex. : réglementaires, culturels) liés à la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, les résultats de l'évaluation ne permettent pas de se prononcer sur l'amélioration de l'offre de soins en régions mal desservies.

- En tenant compte de la littérature consultée et en l'absence d'évaluation économique complète, il est difficile de statuer sur le coût-efficacité global de ces réformes, mais les investissements sont en constante augmentation (ROSP – 27 % depuis 2012, les ENMR pourraient atteindre 50 millions d'euros en 2017 soit % des dépenses médicales alloués aux médecins généralistes?)[vii].

Références :

CNAMTS. "La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 4 ans et perspective d'évolution." Dossier de presse, 21 avril 2016. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf

CNAMTS. "Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2016." Rapport au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2014), 2 juillet 2015. http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php

Cour des comptes. "Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé." Communication à la commission des affaires du Sénat, Juin 2014. http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-relations-conventionnelles-entre-l-assurance-maladie-et-les-professions-liberales-de-sante

Drees. Rapport « Les comptes nationaux de la santé en 2013 », dossier de synthèse - édition 2014. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013-synthese.pdf

Mousquès, Julien en collaboration avec Fabien Daniel. "L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)" Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), n° 210, juin 2015. http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf

OCDE. 2016. *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en

8.3. Ontario

L'analyse du cas ontarien porte sur les Patient Enrolment Models (PEMs) issus de la réforme des soins primaires de 1996.

Les principaux objectifs de la réforme des soins primaires menée en Ontario à partir de 1996 étaient d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins, d'accroître la satisfaction du système de soins auprès des patients et des dispensateurs de soins et d'optimiser le coût-efficacité des services de santé. La réforme vise à éviter, entre autres[viii], les retombées négatives de la RA et cherche à orienter les médecins de soins primaires vers une combinaison de modèle rémunération intégrant la capitation et la RAP. C'est dans le contexte de cette réforme entreprise que sont créés les Patient Enrolment Models (*PEMs)* qui ont été apportés des changements importants à la rémunération médicale.

Tableau Caractéristiques des Patients Enrolment Models (PEMs)

Mise en place successive de **4 nouveaux modèles de pratique interdisciplinaire**: - les *Family Health Network-FHN* (réseau de santé familiale) en 2002 et les *Family Health Organisation-FHO* (organisation de santé familiale) en 2006 où prévaut la rémunération mixte avec une composante centrale de capitation pondérée et combinée à des incitatifs - les *Family Health Group-FHG* (groupe de santé familiale) en 2003 et les *Comprehensive Care Models-CCM* (modèles de soins complets) en 2005 où prévaut la rémunération mixte avec composante centrale de RA combinée à des incitatifs et primes
Types de médecins ciblés : Médecins en soins primaires
Modèles de rémunération : Avant la réforme : Modèles de rémunération prédominant : RA Après la réforme : Modèles alternatifs de rémunération introduits après la réforme[ix] : capitation, RAP Nouveaux modèles composés de : RA, capitation, RAP, salaire, etc.
Ententes (choix des médecins) :

Les médecins en soins primaires ont le choix de joindre les PEMS ou de rester dans un modèle traditionnel de RA. Les médecins qui adhérent aux PEMS doivent signer un contrat négocié entre l'Association médicale de l'Ontario et le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario

Résultats :

- Alors qu'en 1999, en Ontario, presque 100% des médecins de famille étaient rémunérés à l'acte, en 2009-2010, ils étaient environ 37% (OCDE, 2016) à être rémunérés exclusivement à l'acte, et en 2013 il était 28% (Sweetman, 2014).

- L'objectif d'accroitre l'accès aux soins a été atteint. En effet, de 2003 à 2010, plus de 2 millions de patients dits orphelins ont été jumelés à un médecin de famille (Sweetman, 2014)). Toutefois, l'équité d'accès entre patients en bonne santé et patients vulnérables ne peut être établie de manière certaine.

- De 2003-2004 à 2009-2010, les revenus des médecins de soins primaires rémunérés à l'acte sont demeurés relativement stables, alors que les médecins associés aux *PEMs* ont connu une forte hausse dès 2005-2006. Au total, les paiements versés s'élevaient en 2009-2010 à 3,1 milliards de dollars, soit une augmentation de 1,3 milliard de dollars par rapport à 2003-2004, soit 58% après ajustement en tenant compte de l'inflation. (Henry, 2012).

- La présence de différents modèles de rémunération peut s'avérer efficace pour favoriser la rencontre de certains objectifs dont la gestion du recrutement et de la rétention des médecins dans les zones mal desservies.

- Le recours à des modèles alternatifs de rémunération tels les *PEMs* peut représenter un partage de risque plus important entre le tiers-payant et la profession médicale que la RA. Toutefois les ententes établies avec le gouvernement ajoutent des dimensions aux critères d'inscription (RAP, bonus, contrats de capitation, obligation d'offrir des services en dehors des horaires réguliers, etc.) qui semblent favorisé une augmentation du coût de la rémunération médicale..

- Des sommes d'argent très importantes ont été investies, des évaluations démontrent des résultats en matière d'accès mais avec des défis persistants pour les personnes dites vulnérables et des résultats mitigés ou non convergents en matière de qualité et de satisfaction des soins. L'atteinte de ces résultats ne s'est pas accompagnée d'une maitrise du coût de la rémunération médicale. De plus, il n'est pas possible de statuer à la lumière des études sur les effets pour la santé des patients et sur le fonctionnement général du système de santé.

Sources :

Barer, Morris L., and Jonathan Lomas. 1996. "Re-minding our Ps and Qs: Medical cost controls in Canada." Health Affairs 15 (2):216.

Dowdall, C.; Ramchandar, L., 1999. The application of physician billing thresholds in Ontario and across Canada, *Ontario Medical Review*. 17-21.

Gray, D., Hogg, W., Green, M. E., & Zhang, Y. (2015). Did Family Physicians Who Opted into a New Payment Model Receive an Offer They Should Not

Refuse? Experimental Evidence from Ontario. Canadian Public Policy, 41(2), 151-165.

Green, M. E., W. Hogg, D. Gray, D. Manuel, M. Roller, S. Maaten, Y. Zhang, and S. E. D. Shortt. 2009. "Financial and work satisfaction: Impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario." Obj_1-3 Healthcare Policy 5 (2):e161-e176.

Hurley, J., & Grant, H. (2013). Unhealthy Pressure: How Physician Pay Demands Put the Squeeze on Provincial Health-Care Budgets.

Henry DA, Schultz SE, Glazier RH, Bhatia RS, Dhalla IA, Laupacis A. Payments to Ontario Physicians from Ministry of Health and Long-Term Care Sources, 1992/93 to 2009/10. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2012.

Kantarevic, J., Kralj, B., & Weinkauf, D. (2008). Income effects and physician labour supply: evidence from the threshold system in Ontario. Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique, 41(4), 1262-1284.

Kantarevic J, Kralj B, Weinkauf D. 2011. Enhanced Fee-for-Service Model and Physician Productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario. Journal of Health Economics 30(1): 99–111.

Kantarevic J, Kralj B. 2013. Quality and Quantity in Primary Care Mixed Payment Models: Evidence from Family Health Organizations in Ontario. Canadian Journal of Economics 46(1).

Kantarevic, Jasmin, and Boris Kralj. 2013b. "Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in ontario." Obj_1-2-3 Health Economics 22 (12):1417-1439. doi: 10.1002/hec.2890.

Komarnicki, Jamie, Calgary Herald, 16 novembre 2012;

Kralj, B. 2001a. “Physician Distribution and Physician Shortage Intensity in Ontario.” Canadian Public Policy, 27 (2), 167–178.

Kralj, B. 2001b. “Physician Human Resources in Ontario: The Crisis Continues.” Ontario Medical Review, 68 (9), 19–28.

Li, J., Hurley, J., DeCicca, P., & Buckley, G. (2014). Physician Response To Pay-For-Performance: Evidence From A Natural Experiment. Health economics, 23(8), 962-978.

MSSLT Ontario (2015). Services de médecin: Plan d’action en dix points afin de réaliser des économies et d’améliorer les services. Nouvelles, Ministère de la santé et des soins de longue durée, 15 janvier 2015.

OCDE. 2016. Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en

Sibley, Lyn M., and Richard H. Glazier. (2012). Evaluation of the equity of age–sex adjusted primary care capitation payments in Ontario, Canada. Health Policy 104 (2):186-192.

Sweetman, A., & Buckley, G. (2014). Ontario's experiment with primary care reform.

Site cnsulté le 30 janvier 2017 :
http://www.healthforceontario.ca/fr/Home/M%C3%A9decin/Formation_%7C_Pratique_en_Ontario/R%C3%B4les_des_m%C3%A9decins/Mod%C3%A8les_d%E2%80%99exercice_de_la_m%C3%A9decine_familiale

8.4. Pays-Bas

L'analyse du cas néerlandais[x] porte sur les changements de rémunération médicale suite à la réforme de 2006 et à la mise en place en 2007 des « Bundled disease based payment » pour les maladies chroniques

Tableau Caractéristiques des changements instaurés de 2006 à 2007 en lien avec la rémunération des généralistes

2006 : La réforme de 2006 met fin au modèle mixte de rémunération des généralistes composé de RA (bénéficiaires de l'assurance privée) et de capitation (bénéficiaires de l'assurance publique) et instaure un modèle de rémunération hétérogène[xi] pour tous les généralistes où différents modèles coexistent (RA, capitation, RAP, salaire). Le nouveau régime unique d'assurance privée obligatoire pour tous est instauré et les patients doivent s'inscrire auprès d'un généraliste (capitation) de son choix. **2007 :** Le paiement lié à une maladie chronique le « Bundled disease based payment » (BDBP) est mise en place, tout d'abord pour le diabète[xii] puis pour d'autres maladies chroniques. Adhésion volontaire du médecin au « BDBP». Développement d'une nouvelle entité de soins le « Care Group [xiii]» (groupes de soins intégrés fournisseurs ou dispensateur de soins). Les assureurs privés peuvent rémunérer les médecins selon 3 modèles : i) le BDBP, ii) le paiement alternatif de soins intégrés (Management Fees), dans lequel les médecins reçoivent une capitation, iii) la RA lorsque les soins sont dispensés en dehors des « Care groups ». L'objectif des BDBP est d'inciter les dispensateurs de soins à améliorer la qualité, la coordination des soins, la coopération multidisciplinaire et à accroître la transparence des soins qui sont dispensés aux malades chroniques afin d'améliorer l'efficience et la qualité des soins et d'assurer des coûts abordables.

Résultats[xiv] recensés à propos de la réforme de 2006

Ces résultats touchent la réforme dans son ensemble et pas uniquement les soins offerts par les médecins généralistes.

- Les changements produits par la réforme ont augmenté le rôle du marché dans le secteur de la santé et de nombreuses interventions gouvernementales et décisions politiques ont été mises en place afin de corriger les effets non souhaitables de certains mécanismes de marché (van Weel, 2012). Ces deux aspects de la réforme pourraient paraître contradictoires (Schut, 2013), l'ajout de régulations pouvant diminuer le rôle de la compétition recherchée initialement.

- Les augmentations des revenus des médecins et des dépenses de santé depuis 2006 semblent préoccupantes à tel point que le Gouvernement a dû imposer des plafonds à partir de 2012.

- Il demeure difficile d'établir si les résultats en matière de santé se sont améliorés sous l'effet des réformes. En revanche, les coûts administratifs des fournisseurs de soins ont augmenté avec la multiplication des dispositifs contractuels (capitation, BDBP), la mise en place d'un système fort complexe de classification des soins en milieu hospitalier (DBC) et la masse croissante d'informations exigées des organismes de surveillance et des assureurs. Dans l'ensemble, le rôle accru joué par les assureurs privés ne s'est pas accompagné d'une maîtrise des dépenses de santé et commande la mise en place de dispositifs importants de régulation.

Résultats recensés sur les BDBP[xv]

- Les résultats démontrent une augmentation des coûts des patients inscrits à un programme de BDBP et traités dans des «Care group» comparés aux des patients non couverts par le BDBP. Ces différences de coûts s'expliquent par le fait que les économies qui devaient avoir lieu (grâce au BDBP) dans les soins de santé secondaires ne se sont pas matérialisées.

- On assiste au développement de la collaboration interprofessionnelle au niveau des soins primaires et au fur et à mesure certains professionnels (ex.; infirmières spécialisées, assistantes médecins) exercent un rôle accru avec la réallocation des tâches. Cependant, alors que les « Care group » visaient la multidisciplinarité, ils étaient encore très mono-disciplinaires (généralistes), du fait d'une formation insuffisante des autres professionnels.

- Les effets sur la qualité des soins de l'introduction des BDBP ne peuvent pas être interprétés clairement à cause d'un manque d'études sur l'impact des BDBP sur la qualité des soins dispensés.
- Toutefois, certains indicateurs de processus (intégration des soins primaires) et de résultats (mesure de pression artérielle) ont montré des améliorations moyennes à modérées, suite à une évaluation menée sur trois ans après l'introduction du BDBP.
- Un possible dédoublement des soins intégrés dispensés à l'intérieur des BDBP et les soins non intégrés (hors BDBP) a été remarqué.

- Les expériences des patients ayant plusieurs maladies chroniques et qui ont eu à faire au BDBP ne semblaient pas positives. Une possible fragmentation des soins pourrait en être la cause.

Dans l'ensemble, l'expérience des Pays-Bas témoigne d'un intérêt croissant pour une intégration accrue de la pratique médicale dans les organisations et pour un rôle croissant de différentes parties prenantes dont les assureurs privés. S'il est difficile de se prononcer sur la pertinence ou non des réformes entreprises, des défis importants persistent sur le plan de la maitrise des coûts et du développement d'une régulation en phase avec la complexité des changements apportés.

Sources:

de Bakker, D. H., Struijs, J. N., Baan, C. A., Raams, J., de Wildt, J. E., Vrijhoef, H. J., & Schut, F. T. (2012). Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. Health Affairs, 31(2), 426-433.

Cohu Sylvie et al., (2006). Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation. Revue française des affaires sociales 2006/2 (n° 2-3), p. 217-238.

Daley, C., Gubb, J., Clarke, E., & Bidgood, E. (2013). Healthcare Systems: The Netherlands. London: Civitas Health Unit.

Douven, R., Mocking, R., & Mosca, I. (2015). The effect of physician remuneration on regional variation in hospital treatments. International Journal of Health Economics and Management, 15(2), 215-240.

Enthoven, A. C., & van de Ven, W. P. (2007). Going Dutch—managed-competition health insurance in the Netherlands. New England Journal of Medicine, 357(24), 2421-2423.

Freund, T., Everett, C., Griffiths, P., Hudon, C., Naccarella, L., & Laurant, M. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? International journal of nursing studies, 52(3), 727-743.

Kroneman, M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E. (2016). The Netherlands: Health System Review, 2016. The European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 2, 2016

Kroneman, M. W., Van der Zee, J., & Groot, W. (2009). Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Services Research, 9(1), 26.

Llano Rayden (2013), Bundled payments for integrated care in the Netherlands. European Observatory on Health Systems and Policies. Incentivising Integrated Care, vol. 19, no2, p. 15-16

Maarse Hans and Aggie Paulus (2011a). The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006. Health Economics, Policy and Law, 6, pp 125-134 doi:10.1017/S174413311000037X

Maarse H. (2011b). Dutch health care reform at the crossroads. University of Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (HFML). 9p.

OECD (2013), "Réforme des soins de santé et soins de longue durée aux Pays-Bas", in Études économiques de l'OCDE : Pays-Bas 2012, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-nld-2012-6-fr

Okma Kieke G. H. and De Roo Aad A. (2009). The Netherlands from Polder Model to Modern Management in Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care by Theodore R. Marmor, Richard Freeman, and Kieke G. H. Okma, chap 5, p.120-152

van der Pennen, R., Putters, K., & Berden, B. (2015). Imperfect Performance: A case study on the pay-for-performance instrument for physicians in Dutch hospitals. Administration & Society, 47(7), 881-909.

van Dijk, C. E., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., van den Berg, M. J., Groenewegen, P. P., Braspenning, J., & de Bakker, D. H. (2013a). Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. Scandinavian journal of primary health care, 31(1), 56-63.

van Dijk, C. E., Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & Bakker, D. H. (2013b). Moral Hazard And Supplier-Induced Demand: Empirical Evidence In General Practice. Health Economics, 22(3), 340-352.

van Ginneken E., Kroneman M., (2015) Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? Eurohealth Systems and Policies. Eurohealth incorporatin Euro Observer, vol 21, no 3, 2015.

Van Weel C., Schers, H., & Timmermans, A. (2012). Health care in the Netherlands. The Journal of the American Board of Family Medicine, 25(Suppl 1), S12-S17.

Wynand P.M.M. van de Ven and Frederik T. Schut (2008). Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? Health Affairs, 27, no.3 (2008):771-781.

Schut, F. T. (1995). Health care reform in The Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms. Journal of health politics, policy and law, 20(3), 615-652.

Schut, E., Sorbe, S., & Høj, J. (2013). Health care reform and long-term care in the Netherlands. OECD Economic Department Working Papers, (1010), 0_1.

Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Gert Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010). The Netherlands: Health System Review, 2010. The European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 1, 2010

Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA (2012a). Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands : An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007-2010. National Institut for Public Health and the Environment (RIVM), The Netherlands

Struijs, J. N., De Jong-Van Til, J. T., Lemmens, L. C., Drewes, H. W., De Bruin, S. R., & Baan, C. A. (2012b). Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).

Annexe 9. Rémunération des spécialistes, 2004

Tableau : Modèle de rémunération des spécialistes dans 14 pays de l'OCDE, autour des années 2004

Country	Salaried	Self-employed		
		Fee-for-service (FFS)	Capitation	Mixed
Austria	Some specialists: physicians working in hospitals. (Salary scale and bonus different across *Länder*) Some specialists working in the public health care system.	Some self-employed specialists. Salaried specialists for their private practices.	-	Most specialists: lump-sum (for basic services) and FFS (for other services). (On average, lump-sum payments accounted for 34% of total payments in 2005 but the proportion of lump-sum payments differ across specialisation: 51% for paediatricians, 37% for gynaecologists and 28% for surgeons.)
Canada	Some specialists: physicians working in hospitals.	Most specialists.	-	Some specialists: FFS with capitation or salary in some provinces.
Czech Republic	Most specialists: physicians working in public hospitals. Some self-employed specialists (14% of self-employed specialists) for their part-time work in hospitals.	Some specialists. Some salaried specialists (3% in 2005) for their private practices.	-	-
Denmark	Most specialists: physicians working in public hospitals.	Some specialists. Some salaried specialists for their private practices.	-	-
Finland	Most specialists: physicians working in public hospitals. They also receive additional allowances for on-call duties. Bonuses can be paid but in practice they are not very common.	Some specialists. Many salaried physicians for their private practices.	-	-
France	About half of specialists: physicians working in hospitals. Some self-employed specialists for their part-time work in hospitals.	About half of specialists. Salaried specialists for their private practices.	-	-
Germany	Some specialists: physicians working in hospitals.	Most specialists. Salaried specialists for their services to private patients.	-	-
Hungary	Most specialists.	Some specialists. Many salaried specialists for their private practices.	-	-
Iceland	Most specialists: physicians working in hospitals. Some self-employed specialists for their part-time work in hospitals.	Some specialists. Many salaried specialists for their private practices.	-	-
Luxembourg	Some specialists: physicians working in neuro-psychiatric hospital and Centre Hospitalier de Luxembourg.	Most specialists.	-	-
Netherlands	Less than half of specialists: physicians working in university and municipal hospitals and physicians in training.	Most specialists.	-	-
Switzerland	Some specialists: physicians working in hospitals.	Most specialists. Salaried specialists for their services to private patients.	Some specialists (those working in health maintenance organizations (HMO).	Some specialists: some physicians in group practice, FFS and top-up payments (based on budgetary performance).
United Kingdom	Most specialists: physicians working under the NHS contract.	Some self-employed specialists. Some salaried specialists for their private practices.	-	-
United States	Some specialists.	Most specialists: including specialists under Medicare and Medicaid programme. Some salaried physicians.	Some specialists (*e.g.*, physicians working in the HMO).	Some specialists. Performance payments (based on quality of care and patient satisfaction) available in some cases.

Source : OCDE, 2008, Fujisawa, R., Lafortune, G.

Tableau : Revenus bruts moyens des médecins par grande spécialité, Canada et provinces, 2014

Rémunération moyenne	Canada	Québec	Ontario	Colombie-Britannique
Médecins de famille	271 000 $	248 000 $	314 000 $	220 000 $
Spécialistes médicaux	338 000 $	359 000 $	335 000 $	313 000 $
Spécialistes chirurgicaux	446 000 $	431 000 $	459 000 $	446 000 $
Total des médecins	339 000 $	310 000 $	364 000 $	280 000 $

Source : ICIS, 2016.

Annexe 10 Résultats - Impacts

Tableau : Revues systématiques, revues de revues systématiques, revues de littérature, revues des données probantes analysées (ordre chronologique de publication)

Références	Modèles étudiés, période	Nombre d'études
1. Gosden, Toby. (1999). « How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. » *Q J Med*, Vol. 92, 47-55.	Salaire 1966-1997	22
2. Gosden, Toby. (2000). « Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). » *The Cochrane Library*; (10), 1-29.	Capitation, salaire, RA, mixité des modèles de rémunération 1966-1997	4
3. Giuffrida, A et al. (2000). «Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). » *The Cochrane Library*; (1), 1-12.	Paiements ciblés (s'ajoutent aux trois modèles de rémunération de base) 1966-1997	2
4. Gosden, Toby. (2001). « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. » *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 6 :1, 44–55.	Capitation, salaire, RA, paiements ciblés (combinés ou séparément) 1966-1997	6
5. Sempowski, Ian P. (2004). « Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserviced area return-of-service commitments: systematic review of the literature. » *Can J Rural Med.*; 9 (2), 82-88.	Incitatifs financiers (octroyés aux médecins qui s'engagent en contrepartie à dispenser une période de services en région rurale ou mal desservie) 1966-2002	10
6. Petersen, Laura A. et al. (2006). « Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? » *Ann Intern Med.*, Vol. 145, 265-272.	Incitatifs financiers (octroyés aux médecins ou aux organisations de soins) 1980-2005	17
7. Christianson, Jon B. et al. (2008). « Lessons From Evaluations of Purchaser Pay-for- Performance	Incitatifs financiers	15

Programs A Review of the Evidence. » *Medical Care Research and Review*, Supplement to Volume 65: 6, 5S-35S.	(octroyés aux médecins ou aux organisations de soins) 1995-2005	
8. Custers et al. (2008). « Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. » *BMC Health Services Research*, 8:66.	Incitatifs financiers et non-financiers 1995-2006	85
9. Yan, Charles. (2009). « Financial Incentives to Physician Practices A literature review of evaluations of physician remuneration models. » *Institute of Health Economics*: Alberta, Canada.	RA, capitation, salaire, mixité des modèles de rémunération, RAP 1993-2008	20
10. Van Herck, Pieter. (2010). « Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. » *BMC Health Services Research*, Vol. 10: 247.	RAP 1990-2009	128
11. Scott, A et al. (2011). « The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). » *The Cochrane Library*; (9), 1-59.	Incitatifs financiers 2000-2009	7
12. Flodgren, Gerd et al. (2011). « An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. » *Cochrane Database Syst Rev.* ; (7): CD009255.	Incitatifs financiers 1987-2005	4 RS (incluant au total 32 études primaires)
13. Houle, Sherilyn K.D. et al. (2012). « Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? A Systematic Review. » *Ann Intern Med.*, Vol. 157, 889-899.	RAP (s'ajoute aux trois modèles de rémunération de base) 1995-2012	30
14. Gillam, Stephen J. et al. (2012). « Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework—A Systematic Review. » *Ann Fam Med.*, Vol. 10, 461-468.	RAP (*Quality and outcomes framework* – Royaume-Uni) 2004-2011	94
15. Emmert, M et al. (2012). « Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. » *The European Journal of Health Economics*, 13:6, 755–67.	RAP 2000-2010	9 (évaluations économiques)
16. Eijkenaar, Frank et al. (2013). « Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews.» *Health Policy*, 110, 115-130.	RAP (s'ajoute aux trois modèles de rémunération de base) 2002-2011	22 RS (incluant au total 413 études primaires)

Annexe du Rapport de recherche intégral

Notes pour le tableau qui suit synthèse des études empiriques sur l'impact des modèles de rémunération des médecins

Divisé en deux grandes sections :

i. ***Analyses d'un modèle unique (de base ou hétérogène)***
ii. ***Analyses comparatives de plusieurs modèles, de base et/ou hétérogènes*** **(débutant à la page 10)**

Études classées par pays et par provinces (uniquement pour le Canada)

Comprenant cinq colonnes de classement :

i. **Modèle de rémunération**
ii. **Échantillon**
iii. **Méthode**
iv. **Résultats / Limites (lorsque mentionnées dans l'article)**
v. **Référence (premier auteur, date)**

Tableau : Principales caractéristiques et résultats des études empiriques sur l'impact des modèles de rémunération des médecins

Modèle de rémunération	Échantillon	Méthode	Résultats / Limites	Référence
Analyses d'un modèle unique (de base ou hétérogène)				
Canada				
RA	Données provinciales de facturation et d'utilisation pour 11 procédures de soins primaires, médecine interne, et chirurgie générale entre 1977 et 1989	Régression multiple en coupe transversale pour les données en séries chronologiques	• Il n'y a pas de relation forte et uniforme ; celle-ci peut être directe, inverse ou nulle, entre les tarifs relatifs que les mds reçoivent pour une procédure et l'utilisation de cette procédure • Analyse limitée aux procédures individuelles ; données agrégées abstraites des contextes	Hurley, 1994
Canada (Québec)				
RA	Donnée de la RAMQ pour les mds de la province de 2007 à 2011	Analyses comparatives descriptives des données du volume de services et de la rémunération des mds	• De 2007 à 2011, les dépenses totales attribuées à la rémunération des mds, le revenu moyen des mds et le coût unitaire moyen par service ont tous augmenté de manière importante,	Contandriopoulos, 2013

			tandis que le nombre total de services, de services par habitant et le nombre moyen de services dispensés par md a stagné ou diminué	
RA, mesures de plafonnement global et individuel, et gel des tarifs	Données mensuelles sur le nombre des 50 procédures les plus prescrites par chacun des 677 mds généralistes de la région métropolitaine de Montréal entre 1977-1983	Étude expérimentale quasi-naturelle, analyse économétrique multivariée avant et après la réforme	• Les mds sont sensibles aux incitations financières, ils réagissent aux mesures de plafonnement et aux changements dans les tarifs ; afin de défendre leur revenu, ils sont prêts à ajuster, tant qualitativement que quantitativement, leur volume de prescriptions et le choix de leur type d'activités	Nassiri, 2006
RA, mesures de plafonnement global et individuel, et gel des tarifs	Données mensuelles de la RAMQ pour 677 mds généralistes de la région métropolitaine de Montréal entre 1977-1983 ; données additionnelles sur les patients et données annuelles d'un sondage sur les mds	Étude expérimentale quasi naturelle, analyse économétrique de budgétisation en deux étapes	• Les mds se comportent de façon stratégique et ont un pouvoir discrétionnaire pour façonner la demande, les mds ont pu ainsi modifier leurs activités ; réaffecter une partie de leur charge de travail en cours de trimestre afin d'aplanir	Rochaix, 1993

			les pics saisonniers de demande ; les économies réalisées grâce aux mesures de régulation se sont révélées être potentiellement compensées par une augmentation de la dépense médicale	
Canada (Ontario)				
Capitation ajustée pour l'âge et le genre	Données administratives pour les 487 131 patients inscrits auprès de 507 mds généralistes dans 53 FHN entre le 1er septembre 2005 et le 31 août 2006	Analyses statistiques comparatives descriptives, distribution des variables	• Dans le modèle FHN, les mds sont sous-compensés pour les besoins en soins de santé des patients à faible revenu et sur-compensés pour les besoins des patients à revenu élevé ; ajuster les taux de capitation pour les risques liés aux morbidités en plus de l'âge et du genre réduirait les incitations à favoriser l'inscription des patients aux statuts socioéconomiques plus élevés • Incapacité à établir un lien de causalité entre	Sibley, 2012

			le modèle de rémunération et la sous-représentation des patients à faible revenu	
Modèles hétérogènes avec des proportions variées de RA et de capitation, y incluant une composante de RAP individuelle	Données administratives de différentes sources pour 2154 mds généralistes exerçant dans différents modèles organisationnels entre 1998 et 2008 : FHN, FHG, CCM, FHO	Étude expérimentale naturelle, approche de l'écart dans les différences	• La RAP a eu des effets positifs, mais modestes, sur quatre des cinq services préventifs ciblés ; les réponses des mds variaient notamment selon l'âge et la taille de l'organisation • Incapacité à expliquer pourquoi en général la réponse des mds à la RAP est relativement faible	Li, 2014
États-Unis				
RA	Observation de 228 visites médicales en soins primaires pédiatriques (novembre 2007, janvier 2008 et avril-juin 2008) en zone rurale	Observation non participante	• La RA ne permet pas de compenser adéquatement les mds pour leurs efforts (temps de consultation et nombre de codes facturés) lors d'interventions en santé mentale pédiatrique • L'information n'a été recueillie qu'au sein	Meadows, 2011

			d'une seule clinique pédiatrique en zone rurale	
RA	Données du *Patterns of Young Physicians Survey* en 1987 et 1991 pour 641 mds, dont 408 ayant un revenu inférieur à leur revenu de référence et 233 ayant un revenu équivalent ou supérieur – mds indépendants, de genre masculin, et de moins de quarante ans	Analyse longitudinale, modèle théorique *Loss Aversion and Reference Income Behavior*	• Le revenu de référence a un effet positif sur le revenu ultérieur pour les mds qui sont en dessous de leur revenu de référence, mais pas pour ceux qui ont un revenu équivalent ou supérieur à leurs points de référence	Rizzo, 2003
RA	Données du *Physicians' Practice Costs and Income Survey* pour 535 mds indépendants, exerçants en solo, et de différentes spécialités entre novembre 1984 et juin 1985	Modèle économétrique (maximisation de l'utilité), modèle de régression	• Une réduction des honoraires des mds induirait une substitution du temps propre aux mds par les auxiliaires, et cet ajustement aurait comme effet net une réduction du nombre de patients pris en charge par les mds et par conséquent, une diminution dans la	Thornton, 1997

			dispensation des services médicaux	
RA	Données du *Physicians' Practice Costs and Income Survey* pour 617 mds indépendants, exerçant en solo, et de différentes spécialités entre novembre 1984 et juin 1985	Modèle économétrique (maximisation de l'utilité), analyses de données de séries chronologiques agrégées et transversales	• Le md type, de genre masculin, indépendant et exerçant en solo, et dont l'activité se situe en haut de la courbe de l'offre, serait relativement insensible aux variations de ses revenus horaires marginaux ; la diminution de l'offre de services de soins médicaux qui découlerait d'une réduction des honoraires pourrait bien être négligeable	Thornton, 1998
Bonus sans cibles	Données de facturation pour le 5 pour cent de l'échantillon de bénéficiaires Medicare, fusionnées avec des données géographiques en 1992, 1994, 1996, et 1998	Analyse statistique descriptive, distribution des variables	• Le programme de bonus Medicare pour favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires résidents dans des régions défavorisées sur le plan de l'offre de soins ne semble pas avoir atteint ses objectifs ; l'utilisation	Shugarman, 2003

			de ces bonus était à la baisse durant la période de l'étude • Cette tendance, fort probablement accentuée par la baisse des montants des bonus après 1996, devra être confirmée	
RAP (cancer colorectal) individuelle de fin d'année	Données des patients 50 ans assurés au privé dans un *managed care health plan* (3058 en 2000 et 3691 en 2001) associées aux dossiers médicaux des mds généralistes	Étude rétrospective, régression logistique multivariée	• L'introduction de la RAP a entrainé une augmentation de l'utilisation des tests de dépistage du cancer colorectal (de 23,4% à 26,4%) dans une population assurée au privé • Incapacité de distinguer l'impact des bonus ; d'autres facteurs ont pu influencer le recours au test (ex. : déductibles d'assurances)	Armour, 2004
RAP individuelle (avec risque financier limité)	Données annuelles de facturation pour 334 mds généralistes exerçant en solo ou dans des groupes de petite taille entre 1999 et 2004	Étude de cohorte rétrospective (3 ans avant- après)	• L'évaluation de la phase initiale du programme lors duquel les mds étaient exposés à un risque financier limité (5 %), relativement à leur	Young, 2007

	– Rochester Individual Practice Association		performance comparée aux autres mds, démontrait une amélioration modeste de la conformité aux standards de qualité pour une seule mesure du diabète • Il manque à l'étude la rigueur attendue d'un essai randomisé pour l'évaluation d'un programme de RAP	
RAP collective	Données dans 22 sites ambulatoires de soins primaires, incluant 5824 patients pour 33 mesures de qualité entre janvier et décembre 2007 et entre juillet 2008 et juin 2009 – *Bronx Community Health and Acute Medical Performance Improvement Organizational Network (Bronx CHAMPION) program*	Recherche évaluative, modèle de régression incluant des covariables significatives	• De 2007 à 2009, des améliorations significatives des mesures de processus ont été observées pour tous les patients des groupes minoritaires dans chacun des cinq domaines de qualité, à l'exception des soins pour l'insuffisance cardiaque pour les patients hispaniques / latinos • Incapacité à démontrer que l'impact du programme est dû à une tendance séculaire	Bhalla, 2013

RAP collective	Analyse de documentation – contrats introduits par 5 plans commerciaux majeurs au Massachusetts touchant 5350 mds dans 154 groupes de soins primaires, incluant diverses spécialités entre 2001 et 2003, questionnaire annuel auprès des mds séniors	Étude quasi-expérimentale, analyse stratifiée centrée sur les groupes de mds exposés aux incitations les plus élevées	• Les contrats de RAP n'étaient pas associés à une amélioration de la qualité comparativement à la tendance séculaire • Incapacité à déterminer comment les incitations étaient distribuées à l'intérieur de chaque groupe ni les montants des contrats attribués aux groupes ayant atteint les cibles	Pearson, 2008
Modèles hétérogènes à base de RA avec différentes proportions de capitation, incluant parfois une composante de RAP	Données de la *Community Tracking Study* ; entrevues auprès de 270 mds – exécutifs et représentants associatifs – dans des hôpitaux et réseaux de taille importante et 75 informateurs clés entre septembre 2002 et mai 2003 ; données complémentaires sur les revenus des mds	Recherche qualitative, analyse de contenu thématique	• Dans un contexte de pression financière, et en dépit des différences entre les marchés, les mds avaient tendance à augmenter le volume de leurs services, plutôt que de favoriser l'efficience et la qualité, et d'augmenter les prix des services, tout en se retirant des activités moins lucratives	Pham, 2004
Angleterre				

Salariat	Questionnaire dans 46 *Personal medical services pilotes sites* en 1998, recherche documentaire (ex. : description d'emploi, contrat)	Recherche exploratoire, analyse de contenu	• Le salariat semblait avoir un avantage comparatif modeste sur la capacité à recruter dans les zones défavorisées sur le plan de l'offre de soins ; les principales incitations offertes par les contrats salariés étaient l'horaire régulier de travail et l'absence de responsabilités administratives ; la majorité des candidats était des jeunes hommes • L'absence de sites comparatifs équivalents sous le contrat standard est une limite importante de l'étude	Williams, 2001
RAP collective à la prescription	Questionnaire dans 113 organisations de soins primaires sur 2 ans en 2000 et en 2001	Étude longitudinale, modèle de régression linéaire	• Les incitations financières à la prescription peuvent avoir contribué à la maîtrise du budget global • Incapacité de mesurer l'impact (*outcomes*) sur la qualité	Ashworth, 2004

RAP collective	Entrevues semi-structurées auprès de 21 mds, 20 infirmières, et de 22 représentants des mds généralistes entre février et août 2007 dans le cadre du QOF	Recherche qualitative exploratoire	• La RAP aurait atteint certains objectifs : amélioration de la qualité des processus pour certaines conditions, augmentation des revenus des mds, systématisation de la collecte de données, mais elle aurait affecté négativement les relations médecins-infirmières et médecins-patients, et aurait créé un agenda dual entre les patients • L'étude n'inclut pas les perspectives des patients, ce qui aurait été utile pour explorer les perceptions de changement dans la consultation et l'agenda dual	Campbell, 2008
RAP collective	Données patients dans 42 équipes de soins primaires représentatives au plan national avant (1998 et 2003) et après (2005 et 2007)	Analyse de séries temporelles interrompues	• Après 2005, le taux d'amélioration de la qualité n'a pas changé pour l'asthme et le diabète et a diminué pour les maladies coronariennes ; le	Campbell, 2009

	l'introduction du QOF, questionnaire d'évaluation de la satisfaction envoyé à un échantillon aléatoire de 200 patients inscrits		niveau de continuité des soins, qui avait été constant, a chuté après l'introduction du programme et est resté stable • Programme implanté simultanément à l'échelle du pays (pas de groupe de contrôle) ; les conditions étudiées faisaient déjà l'objet d'une forte volonté d'amélioration avant l'introduction de la RAP	
RAP collective	Données dans 8105 équipes de soins primaires pour 65 indicateurs de qualité dans le cadre du QOF d'avril 2005 à mars 2006	Modèle de régression linéaire multiple	• D'avril 2005 à mars 2006, les mds ont exclu une médiane de 5,3% des patients (intervalle interquartile, 4,0 à 6,9) des rapports de performance dans le programme de RAP (moyenne [± SD], 5,3 ± 2,5) ; la mesure d'exception a généré des dépenses de 34, 4 millions de dollars, soit 1,5 % du coût total du QOF	Doran, 2008

RAP collective	Données dans 148 équipes de soins primaires (653 500 patients) pour 23 activités incluses dans le cadre du QOF et 19 non incluses, de 2000-2001 à 2002-2003, puis de 2004-2005 à 2006-2007	Étude longitudinale, modèle de régression logistique mixte, régression multivariée	• L'introduction de la RAP a accéléré la tendance à l'amélioration de la qualité des soins primaires observée depuis le début des années 2000, mais a rapidement atteint un plateau, au détriment de certains aspects des soins non incités • Programme implanté simultanément à l'échelle du pays (pas de groupe de contrôle) ; bien que représentatives en termes de caractéristiques démographiques des patients, les équipes de soins sont potentiellement atypiques sur le plan de l'organisation et de la qualité	Doran, 2011
RAP collective	Entrevues semi-structurées auprès de 47 professionnels de la santé dans 23 équipes de soins primaires dans le cadre du QOF	Recherche qualitative, analyse de contenu thématique	• La RAP peut avoir eu un impact négatif sur certains aspects du professionnalisme médical (perception de l'autonomie) et a	Lester, 2013

	entre le 23 mars et le 30 avril 2012		conduit une importante minorité de mds généralistes à prioriser leur intérêt financier plutôt que l'intérêt de leurs patients • La taille de l'échantillon est relativement petite ; biais de sélection des participants	
RAP collective	Observation ethnographique dans 2 équipes de soins primaires dans le cadre du QOF ; entrevues auprès de 12 mds généralistes, 9 infirmières, 4 auxiliaires, et 4 adjoints administratifs, entre novembre 2005 et mai 2006, recherche documentaire	Recherche ethnographique, étude de cas, analyse de contenu thématique	• L'attitude était généralement positive face à la RAP, mais le mécontentement exprimé était plus important dans les équipes avec une surveillance plus importante, la RAP n'a pas semblé avoir endommagé la motivation intrinsèque des mds, bien que les infirmières aient exprimé certaines préoccupations • La recherche intervient dans la première phase du programme et saisit uniquement l'impact à très court terme	McDonald, 2007
Danemark				

Modèle hétérogène à base de RA (70 %) combiné à une composante de capitation	Données (listes de patients, revenus) pour 1039 mds généralistes exerçant en solo en 2006	Modèle théorique de la maximisation de l'utilité adapté d'Iversen (2004), analyses statistiques descriptives, d'équations structurelles, et de corrélation	• Les mds ayant des patients avec des besoins élevés de services de santé choisissaient d'avoir une liste de patients réduite ; bien que l'effet sur le revenu reste ambigu, la RA combinée à une composante de capitation ne semble pas compenser adéquatement les mds ayant des patients aux conditions les plus complexes	Olsen, 2012
Modèle hétérogène avec une composante de RA combinée à une composante de capitation (proportions non précisées)	Données administratives agrégées pour 13 provinces pour les services dispensés par les mds généralistes (système de référencement) en 1982	Étude de cas, analyses de corrélation	• Dans les provinces avec un plus grand nombre de services dispensés par les mds généralistes, le nombre de visites en soins ambulatoires hospitaliers diminuait • Données agrégées au plan provincial ; échantillon de petite taille	Groenewegen, 1991
Norvège				
RA	Données de la *National Insurance*	Étude quasi-expérimentale,	• L'héritage n'entraine pas une réduction dans	Carlsen, 2011

	Administration, formulaires fiscaux pour 66 mds généralistes sous contrat avec héritage, et 1462 sans héritage entre 1995 et 2001	l'héritage comme variable instrumentale, analyses statistiques descriptives, de régression	le niveau de services prodigués par les mds • Ne dispose pas d'information sur les relations entre les donneurs et les héritiers ; comment cela a pu affecter le niveau de services avant de recevoir l'héritage	
Modèle hétérogène à base de capitation combiné à une RA, incluant une composante de co-paiement pour les patients	Données du *Norwegian capitation trial* incluant 250 000 habitants et 150 mds généralistes en pratique privée, entre 1993 et 1996, et cinq années consécutives après la fin de l'essai	Cadre conceptuel du choix optimal, analyses statistiques de corrélation	• Les mds dont la liste de patients était réduite avaient un revenu plus élevé (environ 15 %) par personne inscrite ; la dispensation des services est en partie motivée par le revenu • Il ne peut être exclu que la préférence des mds pour la taille de la liste patients ait évolué durant l'étude, non plus que les caractéristiques personnelles des mds aient influencé le nombre de patients inscrits	Iversen, 2004
Pays-Bas				

Modèle hétérogène à base de RA avec une composante de capitation	Plusieurs sources de données : 1) mds, 2) patients, 3) groupes (ex. : questionnaire, dossiers médicaux, observation vidéo, etc.) entre 2000 et 2002	Étude transversale, analyses de régression logistique multi-niveau	• La taille de la liste est négativement associée à la durée de la consultation, en particulier pour les mds ayant un nombre relativement important de patients inscrits • Des relations causales ne peuvent être démontrées	van den Berg, 2009
Modèle hétérogène à base d'honoraires fixes avec une composante de RAP collective	Entrevues semi-structurées auprès de 26 mds spécialistes sous contrats individuels et exécutifs dans 14 hôpitaux ayant eu lieu au printemps 2010	Recherche qualitative exploratoire basée sur une analyse rétrospective, étude de cas	• La politique du « 6 euros » (le taux horaire pouvait varier de plus ou moins 6 euros selon la performance du md) n'a pas eu d'effet positif sur la relation entre les hôpitaux et les mds ; au contraire, cette initiative aurait généré des tensions à courts ou moyens termes • Étude de cas non généralisable (comparativement à la littérature internationale sur la RAP)	van der Pennen, 2015
Allemagne				

Modèle unique de RA (sous forme de système de points) combiné à un plafond sur la rémunération individuelle pour les patients assurés au public	Données pour 29 132 patients assurés au privé (10,03 %) et au public entre 1995 et 2002 – *German Socio-Economic Panel*	Étude expérimentale naturelle, *hurdle-model*	• Après la réforme de 1997, les patients assurés au privé recevaient plus de visites des mds, comparativement au nombre de visites auprès des patients assurés au public qui avait diminué ; les mds suppléaient ainsi au revenu fermé par une activité non contrainte au plafonnement auprès des patients assurés au privé	Schmitz, 2013
Autres				
RA (Australie)	Données Medicare et d'autres sources gouvernementales entre 1991 et 2004	Analyses statistiques descriptives	• Le « déremboursement » des soins a des implications pour l'accès aux soins primaires, particulièrement pour les personnes à faible revenu ; cette tendance se caractérise par une baisse du niveau de facturation globale (*Bulk billing*) des mds et une augmentation des co-paiements (*out of*	Hopkins, 2005

			pocket) de la part des patients	
RA (France)	Données pour 5 056 mds libéraux généralistes, dont 665 mds à faibles revenus entre 1993 et 2004	Analyses statistiques descriptives et économétriques	• Les mds à faible revenu choisissaient de travailler moins ; ils ne réagissaient pas à une variation positive de la demande en augmentant leur activité • Bien que probable, l'hypothèse que ce statut soit associé à une préférence pour le loisir doit être confirmée (la demande additionnelle ne leur est peut-être pas directement adressée)	Samson, 2011
Modèle de rémunération	**Échantillon**	**Méthode**	**Résultats / Limites**	**Référence**
Analyses comparatives de plusieurs modèles, de base et/ou hétérogènes				
Canada				
RA comparée : salariat combiné à un paiement global au niveau de l'établissement	Données du *Perioperative Council of Toronto's Mount Sinai Hospital* (1994)	Modèle mathématique d'allocation de ressources, tests statistiques	• Aucun mécanisme de financement des hôpitaux et de rémunération des mds n'est sans inconvénients ;	Blake, 2003

			l'objectif est de déterminer quel mécanisme favorise une part importante de coopération entre les mds et l'établissement, tout en protégeant la relation d'agence mds-patients	
RA comparée : capitation, salariat, modèle hétérogène (composantes de rémunération fixe et variable)	Données du *National Physician Survey* (2004) pour les mds généralistes exclusivement	Analyse secondaire des données d'enquête fondée sur la théorie économique	• Du point de vue du régulateur, il demeure incertain s'il est préférable de laisser le md choisir ses différentes composantes de rémunération ou s'il est préférable d'avoir plusieurs modèles uniques selon les mds • Non disponibilité de données d'évaluation rigoureuse et représentative de la performance des mds sous différents modèles de rémunération	Devlin, 2006
RA comparée : modèles alternatifs (modèle hétérogène à	Données du *National Physician Survey* (2004) pour 7352 mds généralistes	Modèle économétrique (nombre de visites comme variable	• Il y a deux types d'effet des modèles de rémunération : l'effet « pur » et l'« effet de sélection » ; les mds	Devlin, 2008

base de RA, non-RA, et salariat)		instrumentale), tests statistiques	qui choisissent une rémunération alternative diffèrent systématiquement de ceux qui choisissent une RA, ces derniers dispensent un plus grand nombre de visites-patients par semaine	
Canada (Québec)				
RA comparée : modèle hétérogène d'honoraires fixes combinés à une RA réduite au prorata	Données du CMQ et de la RAMQ pour les mds en milieu universitaire hospitalier entre 1996 et 2002	Expérimentation naturelle avec groupe expérimental et groupe contrôle, modèle d'écart dans les différences	• Le modèle hétérogène introduit en 1999 a entrainé une augmentation du temps moyen dédié par service (3,81 %) – suggérant une substitution qualité-quantité – et du temps dédié à l'enseignement et aux tâches administratives (7,92 %) • Le temps moyen par service est une mesure imparfaite de la qualité ; les mds passent peut-être plus de temps avec les patients sans toutefois affecter leurs résultats de santé	Dumont, 2008

RA comparée : modèle hétérogène d'honoraires fixes combinés à une RA réduite au prorata	Données du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (n=144 510 observations intra, n=125 291 observations extra) pour les patients ayant été à l'hôpital pour au moins une journée entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2007	Expérimentation naturelle avec plusieurs groupes de contrôle, *two-state transition model* comparable à une approche d'écart dans les différences	• Le passage d'une RA à un *per diem* combiné à une RA réduite au prorata a fait augmenter la durée des séjours, en moyenne de 4,2 %, pour les départements adhérents, tandis que le risque de réhospitalisation n'a pas globalement diminué • Incapacité de réaliser un essai contrôlé	Échevin, 2014
Canada (Ontario)				
RA comparée : AFP avec un budget départemental fermé	9 440 cas de mds spécialistes (anesthésistes) en milieu universitaire hospitalier entre janvier et juin 1994 et entre janvier et juin 1995 – *Queen's University*	Étude de cohorte rétrospective (six mois avant-après) avec groupe de contrôle, analyses statistiques univariées contrôlées pour la temporalité	• L'introduction de l'AFP après juin 1994 a entrainé une légère réduction du nombre moyen de cas (7,2%) par mois, compensée par une augmentation (5,7%) de la durée moyenne des cas ; il n'y a pas eu davantage de temps libéré pour les tâches académiques ni aucun changement dans le volume des procédures urgentes	Duncan, 1997

			• Étude faite sur une courte période de temps	
RA comparée : modèle hétérogène à base de capitation combiné à une composante de RAP	Données d'enquête, administratives, et fiscales pour des mds généralistes exerçant dans trois modèles organisationnels entre 2000-2004 : n=23 RA, n=37 FHG, n=24 FHN	Évaluation non expérimentale pré-post avec groupe de contrôle non équivalent, modèle d'écart des différences, analyses de régression	• Comparativement au groupe de contrôle (RA), les mds ayant adopté le modèle FHN ont fait des gains de salaire allant de 28 % à 33 % ; ceux qui ont adopté le modèle FHG ont vu leur salaire augmenter de 12 % à 18 % en 2004 • Échantillon de taille modeste et taux de réponses bas	Gray, 2015
RA comparée : modèle hétérogène à base de RA combiné à une composante de RAP, modèle hétérogène à base de capitation (non précisé), capitation, salariat	Données administratives, fiscales, questionnaire auto-administré à 220 mds généralistes exerçant dans 5 modèles organisationnels entre 2000-2004 : RA, FHG, FHN, HSO, CHC	Étude transversale, modèle d'écart dans les différences	• Le revenu des mds ayant opté pour le modèle des FHN a augmenté en moyenne de plus de 30%, en moyenne plus de 10 % dans les FHG, tandis que les mds payés à l'acte exclusivement ont perçu des gains minimes ou des diminutions de revenu ; les mds étaient plus	Green, 2009

			satisfaits de leur travail dans les modèles alternatifs à la RA • Taux de participation faible et variable entre les cinq groupes ; effet de sélection des mds dans les différents modèles (échantillon représenterait ceux qui sont le plus susceptibles de bénéficier des changements et d'être le plus insatisfaits de la RA)	
RA comparée : modèle hétérogène à base de RA combiné à une composante de RAP	Données de facturation des mds généralistes exerçant dans deux modèles organisationnels entre 1992-2008 : n=4851 RA, et n=5260 FHG	Étude expérimentale naturelle avant-après avec groupe de contrôle, modèle d'écart dans les différences	• Les mds ayant fait la transition au modèle FHG (introduit en 2003) ont augmenté leur productivité ; diminué leur taux de référencement et pris en charge un peu plus de patients aux conditions complexes, comparativement aux mds payés à l'acte • L'analyse mesure la quantité des soins de santé, cependant, la productivité peut	Kantarevic, 2011

			engendrer des soins inappropriés ou non pertinents	
Modèle hétérogène à base de RA comparé : modèle hétérogène à base de capitation, les deux modèles incluant une composante de RAP	Données administratives pour 1521 mds généralistes exerçant dans le modèle FHO et 2134 dans le FHG entre 2006 et 2010	Expérimentation naturelle, étude de cas – *Diabetes Management Incentive*, modèle d'écart dans les différences	• Les mds exerçant dans le modèle hétérogène à base de capitation (FHO) sont à environ 12 % plus susceptibles de participer au DMI (programme de RAP pour le diabète) que ceux exerçant dans le modèle à base de RA (FHG) • D'autres facteurs que le modèle de rémunération pourraient expliquer ces résultats (ex. : meilleur système d'information dans le modèle FHO, rapport de performance auto-déclaratif)	Kantarevic, 2013
Comparaison des composantes de RA et de capitation dans trois modèles : RA, « RA étendue	Données administratives pour 11 600 911 patients inscrits auprès de 8621 mds généralistes en 2010-2011	Étude transversale, approche relative de distribution (outil statistique non-paramétrique)	• Les mds payés à base de capitation avaient tendance à prendre en charge des patients en meilleure santé (faibles coûts), cependant s'ils	Rudoler, 2015

» *Enhanced FFS* (composante de RAP), modèle hétérogène à base de capitation (composante de RAP)			ne diminuaient pas les soins aux patients les plus malades (coûts élevés), ces derniers n'étaient pas systématiquement inscrits ; la composante de RA découragerait l'inscription et une capitation non ajustée aux morbidités ne permettrait pas de contrôler les coûts • Données sur une année ; incapacité de déduire une relation causale entre le modèle de rémunération et la sélection des patients	
RA comparée : modèles hétérogènes alternatifs (sans RA, 90 % sans RA, à base de RA, hétérogène avec des composantes rétrospectives et prospectives)	Données pour 10 457 mds généralistes du *National Physician Survey* 2004	Modèle économétrique (maximisation de l'utilité), analyses descriptives, régression logistique multinomiale (activité médicale comme variable instrumentale)	• Les mds payés par des modèles alternatifs à la RA passaient moins de temps en soins directs dans le cabinet ou la clinique, mais plus de temps en soins directs hors du cabinet ou de la clinique, et davantage de temps en soins indirects (ex. : enseignement,	Sarma, 2010

			formation continue, recherche, coordination)	
RA comparée : modèle de RA avec un budget global annuel sur 5 ans	Base de données de l'ICIS sur les congés des patients ; données cliniques pour 5 procédures sentinelles plus ou moins discrétionnaires, questionnaire envoyé à 369 mds spécialistes (taux de réponses variable) en milieu universitaire entre janvier 1992 et décembre 1993	Étude expérimentale naturelle (2,5 ans avant et après l'implantation du budget global en 1994), analyses statistiques descriptives, bivariées et multivariées	• Il n'y a pas eu de changement significatif dans le volume des procédures ; pas de diminution sensible des interventions chirurgicales discrétionnaires – connues pour être coûteuses et fait couramment – sous le budget global • Il est possible qu'un changement significatif requière plus de 2,5 années pour être observé	Stanton, 2003
RA comparée : capitation, salariat	Données de 28 patients pour 135 mds généralistes répartis également entre trois modèles d'organisation en 2004-2005 : RA, PCN (capitation), et CHC (salariat)	Étude transversale, modèle de régression logistique	• La capitation (après ajustements) était le modèle de rémunération le plus performant pour les traitements et le contrôle de l'hypertension	Tu, 2009

			• Risque de biais de sélection des mds participants à l'étude (les mds ayant adhéré au modèle innovant des PCN étaient peut-être déjà plus performants)	
Canada (Colombie-Britannique)				
RA comparée : modèles alternatifs (capitation, salariat, « RA étendue » *Enhanced FFS*, incluant une composante de RAP, modèles hétérogènes à composantes prospectives et rétrospectives)	Enquête par questionnaire auprès de 93 mds gradués du programme de résidence de médecine familiale de la *University of British Columbia* entre 2000 et 2009	Analyses statistiques descriptives et de contenu des questions ouvertes	• La majorité des mds gradués interrogés préfèrent une rémunération alternative à la RA • Taux de réponses faible, questions non validées, les répondants étaient peut-être moins favorables à la RA que les non répondants	Brcic, 2012
États-Unis				
Modèles hétérogènes avec différentes proportions de RA, capitation, salariat, et RAP	Données de la *Translating Research Into Action for Diabetes study* pour 10 *managed care plan* et 6194 patients diabétiques en 2000-2001	Modèle de régression logistique multi-niveau	• La variable de rémunération peut difficilement être associée de manière indépendante avec les variables dépendantes de processus de soins pour le diabète à cause	Ettner, 2006

			d'un lien important entre la rémunération et l'organisation • Taille de l'échantillon relativement petite ; données non généralisables	
Modèles hétérogènes avec différentes proportions de salariat (10 % À 90 %)	Données de la *Translating Research Into Action for Diabetes study* pour 1248 mds et leurs 4200 patients inscrits dans 10 *managed care plans* en 2003	Analyse transversale, modèle de régression logistique hiérarchique	• Il n'y a pas d'association significative (après ajustements pour les mds, les patients et les assurances santé) entre la proportion de la composante de rémunération à salaire et la qualité des soins des patients diabétiques • Aucun lien de causalité ne peut être établi en l'absence d'une distribution aléatoire des patients dans les différents modèles de rémunération	Kim, 2007
Modèles hétérogènes (RA, capitation, bonus, salariat) incluant différentes proportions de	Données du *Medical Group Management Association Survey* pour 11 971 mds dans 935 organisations en 1999	Étude transversale, analyses statistiques descriptives, modèle de	• Les mds dont la rémunération est basée sur la performance collective ne sont pas moins productifs que ceux dont la	Pizzini, 2010

RAP collective et/ou individuelle		régression logistique	rémunération est basée sur la performance individuelle ; la capacité d'induire un degré suffisant de monitorage mutuel et de coopération pour prévenir le resquillage constitue un déterminant de l'utilisation d'une RAP collective, ainsi que la petite taille et l'homogénéité du groupe • Aucun lien de causalité ne peut être établi ; des explications alternatives sont plausibles (limites des variables contrôlées)	
RA comparée : capitation	Données de 3780 visites gynécologiques dans une clinique de santé universitaire en 1994 dans le cadre d'un *managed care plan*	Étude rétrospective (6 mois RA / 6 mois capitation)	• Comparativement à la RA, les procédures chirurgicales ont diminué de 15,2 % pendant la durée du programme de rémunération à la capitation, toutefois, les interventions pour les cas sérieux n'ont pas diminué	Ransom, 1996

RA comparée : capitation	Données d'un sondage national sur les ménages incluant 22 958 patients assurés au privé en 1996-1997	Modèle économétrique, statistiques descriptives, modèle de régression contrôlé pour l'effet de sélection	• Lorsque les spécialistes étaient payés à l'acte au lieu de la capitation, le taux de chirurgie augmentait de 78 %, en l'absence de contraintes au référencement, et en changeant la rémunération des mds généralistes de la RA à la capitation, le taux de chirurgie augmentait de 35% (substitution nette)	Shafrin, 2010
RA comparée : modèle de paiement unique sur la base d'un épisode de soins (*bundled payment*)	Analyses financières effectuées à partir des grilles tarifaires, et de la facturation professionnelle et technique de mds spécialistes (oncologues) exerçant à l'hôpital	Étude de cas, analyse de documentation	• Dans un environnement contractualisé à la RA, l'innovation peut s'accompagner d'une perte de revenu à cause de processus simplifiés (gains d'efficience) qui éliminent les étapes à partir desquelles des revenus peuvent être tirés ; en revanche, dans un modèle de paiement unique sur la base d'un épisode de soins, le revenu est	Steele, 2015

			prospectif et fixe, et l'adoption de l'innovation permet de réaliser des économies, ce qui la rend plus attractive	
Capitation comparée : modèle hétérogène de RA combiné à une composante RAP	Données d'entrevues avec des gestionnaires exécutifs d'une équipe de soins multispécialités	Étude de cas : *Group Health Associates* (Cincinnati, Ohio), analyse de contenu thématique	• La RA peut stimuler la production de soins inutiles, favoriser le travail après les heures de bureau, et semble avoir créé une incitation pour que les mds voient plus de patients malades (soins curatifs) en moins de temps, alors que sous l'ancien modèle à capitation, les mds pouvaient passer vraisemblablement plus de temps avec chacun des patients sans être pénalisés financièrement	Super, 2006
RA comparé : salariat	Données (trois sources) : *Community Tracking Study Physician Survey*, *Health Tracking Physician Survey*, *Urban*	Modèle de régression non-linéaire multivariée, cadre théorique de Sloan, Mitchell, et Cromwell (1978)	• Les mds les plus sensibles à l'augmentation des honoraires Medicaid sont ceux qui acceptent généralement moins de patients Medicaid ;	Wilkes, 2013

	Institute Physician Survey pour les mds généralistes exerçant dans plusieurs modèles d'organisation (salariat, solo, groupe de plus de 3 mds, HMOs, hôpitaux, autres) en 1996, 1998, 2000, 2004, et 2008		certaines caractéristiques individuelles et organisationnelles favoriseraient déjà la prise en charge des patients Medicaid (HMOs, mds exerçant dans les hôpitaux) • L'efficacité relative des États au plan administratif a pu influencer la participation des mds dans Medicaid	
Comparaison de plusieurs modèles : salariat, modèle hétérogène à base de salariat, RA, modèle hétérogène à base de RA, incluant une composante de capitation et / ou de RAP	Questionnaire auprès de 67 représentants de *Managed Care Organizations* dans l'État de Washington, entrevues auprès de 72 mds, administrateurs et chefs de file dans 31 de ces organisations	Méthode qualitative, analyse de contenu thématique	• La satisfaction des mds quant au modèle de rémunération était élevée dans la mesure où ils pouvaient choisir le modèle qui correspondait le mieux à leurs préférences professionnelles et à leur style de vie • Biais de sélection des participants (échantillon non représentatif) ; biais de désirabilité dans les réponses	Zierler, 1998

Comparaison de plusieurs modèles : RA, capitation, salariat, capitation + RAP, RA + RAP, *Cap with report card* (information sur les services prodigués par les autres sujets)	136 sujets étudiants du Virginia Tec. (dates non précisées)	Étude expérimentale de laboratoire, Phase I, Phase II	• Les motivations intrinsèques des mds jouent un rôle important dans leur prise de décision ; les modèles rétrospectifs auraient tendance à évincer ces motivations ; les sujets payés à salaire ont prodigué des services non nécessaires seulement 8,5 % du temps lors de l'expérience, alors que ceux rémunérés à l'acte avec une RAP l'ont fait 72,1 % du temps • L'expérience des sujets étudiants n'est pas équivalente à la prise de décision des mds en contexte clinique	Green, 2014
RA comparé : RA combinée à des pénalités, capitation	Questionnaire électronique auprès de 151 mds spécialistes (orthopédistes), dont 71 % en pratique privée (28, 3 % en centre universitaire) comprenant trois cas traceurs	Analyse de cas traceurs, statistiques descriptives	• Comparativement au modèle unique de RA, un modèle incluant des pénalités pour les réadmissions et un modèle à capitation peuvent entrainer une augmentation significative du	Ihejirika, 2015

			transfert des cas complexes de traumatismes orthopédiques dans les centres de soins tertiaires • D'autres facteurs (capacité, assurances, ressources) que la rémunération médicale peuvent influencer le transfert des patients	
Salariat comparé : modèles hétérogènes avec diverses combinaisons de RA, capitation, RAP, bonus, pénalités	Données du *Community Tracking Study Physician Survey* pour 6 628 mds exerçant dans différents modèles d'organisation en 2004-2005	Modèle de régression linéaire, cadre d'analyse de la théorie économique, méthode non-paramétrique de validation de l'approche	• Une typologie (continuum de six catégories de classement mutuellement exclusives) permet de saisir la complexité des incitations financières encourageant les mds à produire davantage de services ; le facteur dominant influençant les incitations perçues à la production semble être la propriété (complète ou partielle) de l'organisation • La typologie n'a pas été validée ; l'effet de sélection des mds pour	Landon, 2009

			différentes structures organisationnelles et modèles de rémunération peut limiter la magnitude de la démonstration	
Angleterre				
Modèle hétérogène à base de capitation avec une composante de RA comparé : salariat	Données cliniques, journaux de bord, et questionnaire de satisfaction patients pour 10 organisations pilotes sous contrat salarial et 10 organisations dans le modèle standard en 1998-1999, 1999-2000, et 2001	Étude contrôlée avant-après, Test-t pour échantillons appariés	• La productivité des mds dans les organisations pilotes (salariat) n'a pas changé de manière statistiquement significative • D'autres facteurs liés aux caractéristiques du contrat salarié ont pu influencer les résultats (ex. : gestion, responsabilités, etc.)	Gosden, 2003
Danemark				
Modèle unique à capitation comparé : modèle hétérogène composé de 2/3 RA combiné à 1/3 de capitation	Plusieurs sources de données administratives pour 16 097 nouveau-nés dans le groupe expérimental (ville de Copenhague) et 11 532 dans le groupe de contrôle (région de Copenhague) ; trois ans avant (1984-1987)	Étude expérimentale naturelle avant-après avec groupe de contrôle, modèle d'écart dans les différences	• Les nouveau-nés de plus jeunes mères, exposés aux soins des mds payés par capitation avaient de moins bons résultats de santé que ceux nés de femmes plus âgées, exposés aux soins de mds partiellement rémunérés à l'acte	Jensen, 2014

	et trois ans après (1987-1990) la réforme d'octobre 1987			
Modèle unique à capitation comparé : modèle hétérogène composé de 2/3 RA combiné à 1/3 de capitation	Fiches-patients pour 100 mds généralistes (sélection aléatoire) pour la ville de Copenhague et données agrégées pour 326 mds de la région de Copenhague (groupe de contrôle) en mars 1987, et en mars et novembre 1988, deux temps après la réforme d'octobre 1987	Étude expérimentale naturelle avant-après avec groupe de contrôle, régression de Poisson	• L'introduction d'une composante de RA au modèle standard unique de capitation a induit les mds généralistes de la ville de Copenhague à entreprendre certains services fournis auparavant par les hôpitaux et les spécialistes et conséquemment, à y référer moins de patients • La méthode d'échantillonnage peut avoir introduit des biais de sélection	Krasnik, 1990
Modèle unique à capitation comparé à : un modèle hétérogène composé de 2/3 RA combiné à 1/3 de capitation	Questionnaire auprès de 91 mds généralistes de la ville de Copenhague avant (février 1987) et après (novembre 1989) la réforme d'octobre 1987	Étude observationnelle avant-après, analyses statistiques descriptives	• L'introduction d'une composante de RA au modèle standard unique de capitation a fait augmenter les diagnostics et les services curatifs même si la majorité des	Krasnik, 1991

			répondants a exprimé ne pas avoir perçu ces changements, plutôt une charge de travail accrue et une situation économique améliorée dans leur organisation • La méthode d'échantillonnage n'est pas aléatoire et peut avoir introduit des biais de sélection	
Modèle unique de capitation comparé : modèle hétérogène composé de 2/3 RA combiné à 1/3 de capitation	Questionnaire sur une semaine durant les mois de l'étude auprès de 72 mds généralistes pour la ville de Copenhague et données agrégées pour les 326 mds de la région de Copenhague (groupe de contrôle) en mars 1987 et en novembre 1988	Étude expérimentale naturelle avant-après avec groupe de contrôle, modèle de régression	• Le changement d'un modèle unique de capitation à un modèle hétérogène à base de RA a entrainé une augmentation globale significative des diagnostics et du nombre de services curatifs – le taux d'augmentation diffère selon le degré d'incertitude professionnelle relative des services prodigués • La représentativité des catégories de diagnostic et la fréquence des erreurs de mesure sont les	Flierman, 1992

			principales limites de l'analyse	
Norvège				
RA comparée : salariat	Questionnaire auprès de 1818 mds généralistes contractualisés à l'acte et 564 mds salariés, données administratives additionnelles pour les mds payés à l'acte (revenus / procédures) en 1998	Modèle économétrique adapté d'Evans (demande induite), modèle de régression logistique	• Même si les mds payés à l'acte ont la possibilité d'induire la demande pour leurs services, ils ne se comportent pas de cette façon (les incitations des modèles sont contraintes par des normes autres que l'intérêt personnel) • Les données administratives n'incluent pas les mds salariés ; ce qui exclut une comparaison de la moyenne des procédures spécifiques par consultation entre les deux groupes de mds	Grytten, 2001
RA comparée : modèle alternatif à salariat introduit en 1978 pour les soins curatifs sous	Fiches-patients complétées par 116 mds généralistes (taux de réponse de 73,8 % et 81,9 % pour les	Modèle de régression linéaire, analyses multivariées et multi-niveau	• Le nombre de visites à domicile augmentait avec la densité des mds ; les mds payés à l'acte avaient tendance	Kristiansen, 1993

conditions de consensus de tous les mds d'une municipalité	mds contractualisés à l'acte et salariés respectivement) répartis dans 60 municipalités des zones rurales du nord de la Norvège en 1982		à choisir plus souvent la visite à domicile et moins souvent la consultation pour les cas non urgents, contrairement aux mds salariés (moins bien compensés pour les visites à domicile) • Les mds ont possiblement choisi les municipalités selon leur préférence de modèle de rémunération, ce qui a pu introduire un biais dans l'analyse	
Pays-Bas				
Modèle hétérogène dual – RA (patients assurés au privé) et capitation (patients assurés au public) – comparé : modèle hétérogène composé de RA et de capitation pour tous les patients	Dossiers médicaux électroniques dans 36 à 58 organisations (solo, duo, groupe ou centre de santé) de soins primaires (de 532 800 à 743 961 contacts-patients entre 2002 et 2008), 1994 consultations filmées dans 85 organisations en 2002 et 499 autres dans 16 organisations en 2008	Étude transversale, modèle de régression logistique linéaire, analyses de régression multinominale et multi-niveau	• Le passage de l'ancien modèle de rémunération dual au modèle hétérogène pour tous les patients en janvier 2006 a entrainé une diminution plus importante de la proportion de visites à domicile pour les patients assurés au privé par rapport aux patients assurés au public ; la durée de la	van Dijk, 2014

			consultation a augmenté pour tous les patients entre 2002 et 2008 • Les mds inclus sur la base de la qualité de leurs dossiers médicaux sont possiblement plus performants que la moyenne des mds néerlandais	
Allemagne				
RA comparée : capitation	Analyse secondaire des données de l'étude de laboratoire de Hennig-Schmidt (2011)	Modèle économétrique fondé sur une conceptualisation de l'altruisme médical, modèle de régression logistique mixte, régression multinominale	• L'altruisme – dont le degré varie substantiellement d'un md à l'autre – joue un rôle important pour la plupart des sujets dans leurs décisions (c.a.d. pour le bénéfice des patients et non seulement pour le profit personnel)	Godager, 2013
RA comparée : capitation	42 étudiants en médecine de l'université de Bonn répartis de manière aléatoire : n=20 RA / n=22 capitation	Étude expérimentale de laboratoire (programme informatisé), analyses statistiques descriptives	• Les mds dispensent davantage de services lorsque payés à l'acte qu'à la capitation (33 % moins) ; tandis que les premiers sur-produisent pour les patients en bonne	Hennig-Schmidt, 2011

			santé ou de niveau intermédiaire, les seconds sous-produisent pour les patients en mauvaise santé ou intermédiaire ; les décisions ne sont pas uniquement motivées par le profit personnel, mais également pour le bénéfice des patients • L'expérience des sujets étudiants n'est pas équivalente à la prise de décision des mds en contexte clinique	
Autres				
RA comparée : capitation, salariat, RAP, et différents modèles hétérogènes (France)	Questionnaire auprès de 1717 mds généralistes libéraux dans 5 régions en mars 2007, 2008 et septembre 2009	Analyse secondaire des données de l'enquête, analyse des correspondances multiples, classification ascendante hiérarchique, modèle de régression logistique	• Les mds ont des opinions très partagées (partition en sept classes) au sujet de la rémunération à l'acte (60 % s'en déclarent satisfaits) et de l'introduction de nouveaux modèles de rémunération (61 % y sont favorables) ; leur âge, leur sexe ou leur région d'exercice	Barlet, 2011

			n'apparaissaient pas déterminants	
RA (Allemagne) comparée : modèle hétérogène à base de capitation (Royaume-Uni)	Entrevue, questionnaire, analyse des dossiers médicaux et mesures de prévention des maladies cardiovasculaires pour 778 patients dans 15 organisations de soins primaires réparties en Allemagne et au Royaume-Uni, questionnaire aux mds	Étude transversale, modèle de régression logistique linéaire, régression multiple	• Il n'y a pas d'association significative entre le modèle de rémunération des mds et la classe sociale des patients • La prévention des maladies cardiovasculaires ne représente qu'une petite portion des soins primaires	Donner-Banzhoff, 1998
Modèle hétérogène composé de capitation, salariat et de RA comparé : modèle hétérogène composé de capitation (patients au public) et de RA (patients au privé)	Angleterre, Pays de Galles : 1410 mds généralistes ayant répondu à un questionnaire auto-administré en 1984 Pays-Bas : trois ensembles de données du *Dutch National Survey or Morbidity and Interventions in general practice* avec un taux maximum de 168 mds participants entre 1987 et 1988	Étude comparative Angleterre, Pays de Galles et Pays-Bas, modèle de régression linéaire parallèle et analyse des effets d'interaction	• Dans les deux systèmes et pour les deux modèles de rémunération, la composante de capitation soutenait la continuité des soins tandis que la composante de rémunération à l'acte stimulait la productivité des mds • Données limitées ; hypothèse demeure à tester plus rigoureusement	Calnan, 1992

Modèle hétérogène à base de capitation combinée à une composante de RA comparé : même modèle avec l'ajout d'une composante de RAP (Italie)	Banques de données régionales associant les caractéristiques des mds à celles de leurs patients ; et des informations sur l'utilisation des services hospitaliers, données incluant 2 936 834 patients et 3229 mds généralistes entre 2002 et 2004	Étude expérimentale naturelle avec groupe expérimental (laissé tomber la RAP) et deux groupes de contrôle (jamais RAP, resté RAP), modèle d'écart dans les différences	• L'élimination des incitations (groupe expérimental) visant à contenir les dépenses d'hospitalisations n'a pas créé un écart significatif d'avec les deux groupes de contrôle quant au nombre d'hospitalisations évitables et d'admissions totales • L'assignation à des groupes expérimentaux et de contrôle n'était pas aléatoire	Fiorentini, 2013
Modèle hétérogène à base de capitation comparé : modèle hétérogène à base d'honoraires fixes (*time-based contract*) (Finlande)	Données collectées dans 4 centres de santé en mai 2000, 81 mds généralistes participants, 2191 consultations et questionnaires appariés pour 2167 mds et 1777 patients	Étude transversale, modèles de régression logistique binaire et multinominale	• Les mds ayant un contrat à base de capitation ont évalué la qualité de leur travail de manière plus élevée comparativement aux mds payés à base d'honoraires fixes ; la satisfaction des patients ne dépendait pas du type de contrat du md • D'autres sources de données sont nécessaires pour évaluer la validité et la fiabilité de ces résultats	Kuusela, 2004

Annexe 11. Bibliographie des références consultées

Références du rapport de recherche intégré

Albouy, V. e. M. D. (2009/2). Mode de rémunération des médecins. Economie & prévision (n° 188): p. 131-139.

Allard, M., et al. (2014). "Payment mechanism and GP self-selection: capitation versus fee for service." International Journal of Health Care Finance & Economics 14(2): 143-160.

An, L. C. 2008. A Randomized Trial of a Pay-for-Performance Program Targeting Clinician Referral to a State Tobacco Quitline. Arch Intern Med, 168(18): 1993-1999.

AQESSS. « Révision des programmes : une occasion de moderniser notre système public de santé. » Mémoire présenté à la Commission de révision permanente des programmes, septembre 2014.

Armour, B. S., & Pitts, M. M. (2003). Physician financial incentives in managed care. Disease Management & Health Outcomes, 11(3), 139-147.

Arrow, K. J. (2001). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (American Economic Review, 1963). Journal of Health Politics, Policy and Law, 26(5), 851-883.

Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P. Y., & Paris, V. (2013). Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique, (8), 1-12.

Bazzoli, G. J., Dynan, L., Burns, L. R., & Lindrooth, R. (2000). Is provider capitation working? Effects on physician-hospital integration and costs of care. Medical Care, 311-324.

Bazzoli, G. J., Brewster, L. R., Liu, G., & Kuo, S. (2003). Does US hospital capacity need to be expanded?. Health Affairs, 22(6), 40-54.

Berenson, R. A., Ginsburg, P. B., & May, J. H. (2007). Hospital-physicians relations: cooperation, competition, or separation?. Health Affairs, 26(1), w31-w43.

Blumenthal D. and D. Squires, "Physician Dissatisfaction: Diagnosis and Treatment," To the Point, The Commonwealth Fund, Dec. 13, 2016

Bras, P.-L. (2009). « 26. La rémunération des médecins libéraux », in Pierre-Louis Bras et al., Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection »: p. 255-262.

Burns, L. R., & Muller, R. W. (2008). Hospital-physician collaboration: Landscape of economic integration and impact on clinical integration. Milbank Quarterly, 86(3), 375-434.

Cashing C., Chi Y-L., Smith P., Borowitz M., ThomsonS. (2014). Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance

and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability. OECD Publishing.

Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D., & Durieux, P. 2000. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. International Journal for Quality in Health Care, 12(2): 133-142.

Commissaire à la Santé et au Bien-Etre (2009). « Construire sur les bases d'une première ligne de besoin soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications. » Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2009.

Constant, A., Petersen, S., Mallory, C. D., & Major, J. (2011). Research synthesis on cost drivers in the health sector and proposed policy options. Ottawa, ON: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Custers, T., et al. (2008). "Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance." BMC Health Services Research 8: 66-66.

Christianson, J. B., Leatherman, S., & Sutherland, K. (2008). Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs. Medical Care Research and Review, 65(6_suppl), 5S-35S.

Christianson J., Leatherman S., Sutherland K. (2007). Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: A review of the evidence. Quest for Quality and Improved PerformanceThe Health Foundation (London)

D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of interprofessional care, 19(sup1), 8-20.

De Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC health services research, 11(1), 272.

Devlin, R., et al. (2006). "Remunerating Primary Care Physicians: Emerging Directions and Policy Options for Canada." Healthcare Quarterly 9(3): 34-42.

Di Matteo, L. (2014). "Physician numbers as a driver of provincial government health spending in Canadian health policy." Health Policy 115(1): 18-35.

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. OECD Health Working Papers. DELSA/ELSA/WD/HEA (2003)9.

Domin, J. P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs, (17).

Eijkenaar, F., et al. (2013). "Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews." Health Policy 110(2-3): 115-130.

Emanuel, E. J., Ubel, P. A., Kessler, J. B., Meyer, G., Muller, R. W., Navathe, A. S., ... & Sen, A. P. (2015). Using behavioral economics to design physician incentives that deliver high-value care. Annals of internal medicine, 164(2), 114-119.

Emery, J. C. H., Auld, C. J., & Lu, M. (1999). Paying for Physician Services in Canada: The Institutional, Historical and Policy Contexts. Institute of Health Economics.

Emmert, M., Eijkenaar, F., Kemter, H., Esslinger, A. S., & Schöffski, O. (2012). Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. The European Journal of Health Economics, 13(6), 755-767.

Epstein, A. M., Lee, T. H., & Hamel, M. B. 2004. Sounding board. Paying physicians for high-quality care. New England Journal of Medicine, 350(4): 406-410.

Evans Iii, J. H., Kyonghee, K., Nagarajan, N. J., & Patro, S. 2010. Nonfinancial Performance Measures and Physician Compensation. Journal of Management Accounting Research, 22: 31-56.

Evans, R. G. (1984). Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care. Toronto: Butterworth.

Evans, R. G. (1983). Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudomarkets and pseudopolicies. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 468(1), 60-87.

Evans R.G. (1981).Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. Health, Economics and Health Economics, Ven der Gaag and M. Perlman editors. 1981.

Fairbrother, G. 1999. The Impact of Physician Bonuses, Enhanced Fees, and Feedback on Childhood Immunization Coverage Rates. American Journal of Public Health, 89: 171-175.

Fiorentini, G., et al. (2013). "GPs and hospital expenditures. Should we keep expenditure containment programs alive?" Social Science & Medicine 82: 10-20.

Flodgren, G., et al. (2011). "An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes."

Franc, C. (2001). Mécanismes de rémunération et incitations des médecins. Économie publique/Public economics, (09).

Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs, 29(5), 766-772.

Frølich, A., Talavera, J. A., Broadhead, P., & Dudley, R. A. (2007). A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. Health Policy, 80(1), 179-193.

Fujisawa, R. and G. Lafortune (2008), "The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?", OECD Health Working Papers, No. 41, OECD Publishing.

Giuffrida, A., Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sergison, M., Leese, B., ... & Sutton, M. (2000). Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. The cochrane library.

Gosden, T., et al. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review." Journal of Health Services Research and Policy 6(1): 44-55.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., ... & Pedersen, L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. The Cochrane Library.

Gosden, T., Pedersen, L., & Torgerson, D. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. International journal of Medicine (Oxford Press) Qjm, 92(1), 47-55.

Gillam, S. J., et al. (2012). "Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review." Ann Fam Med 10(5): 461-468.

Giuffrida, A., Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sergison, M., Leese, B., ... & Sutton, M. (1999). Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. The cochrane library.

Gosden, T., et al. (1999). "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour." Q J Med(92): 47–55.

Green, M. E., et al. (2009). "Financial and work satisfaction: Impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario." Healthcare Policy 5(2): e161-e176.

Houle, S. K. D., McAlister, Finlay A., Jackevicius, Cynthia A., Chuck, Anderson W., and Tsuyuki, Ross T. (2012). "Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?" Ann Intern Med. 157(12): 889-899.

Hurley Jeremiah E., Health Economics, 1st Edition, McGraw-Hill Ryerson, 2010.

Hussey, P., & Anderson, G. F. (2003). A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform. Health policy, 66(3), 215-228.

Hutchison, B., Birch, S., Hurley, J., Lomas, J., & Stratford-Devai, F. (1996). Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of Health Service Organizations in Ontario. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 154(5), 653.

ICIS (2016) Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins au Canada, 2015 : rapport sommaire. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

ICIS (2015). Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins au Canada 2014 : rapport sommaire. Ottawa, ON : ICIS; 2015.

ICIS (2012). Institut canadien d'information sur la santé, Facteurs d'accroissement des dépenses liées aux médecins — rapport technique, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

Jegers, M., et al. (2002). "A typology for provider payment systems in health care." Health Policy(60): 255–273.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of financial economics, 3(4), 305-360.

Karazivan P. Dumez V., Flora L. , Pomey M-P, Fernandez N, Guadiri S, Del Grande C, Jouet E, Las Vergnas O, Lebel P (2015). The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition. Academy Medicine (AcadMed-D-13-01604). January 20, 2015. Academic Medicine, 90(4), 437-441.

Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. American Journal of Preventive Medicine 1998;14(2):89–95.

Lamarche P. A., Contandriopoulos A-P, Gerbier M., Arweiler D. (2005). Le système de financement des soins du Québec: miroir ou mirage des valeurs collectives? Symposium international de la Conférence luso-francophone de la santé (COLUFRAS). Conférences scientifiques, Montréal 16-18 juin 2005, 37 p.

Langdown, C., & Peckham, S. (2014). The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. Journal of public health, 36(2), 251-258.

Lee, J. Y., et al. (2012). "Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program?" J Prev Med Public Health 45(3): 137-147.

Léger P. T. ().Modes de rémunération des médecins : Un aperçu des possibilités d'action au Canada. Ottawa (ON) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2011.

Letourmy, A. (2000). Les politiques de santé en Europe: une vue d'ensemble. Sociologie du travail, 42(1), 13-30.

Lomas J., Charles C., Greb J. (1992). The price of peace. The structure and process of physician fee negotiation in Canada. Centre for Health Policy and Analysis. June 1992.

Marshall M.N., Roland M.O., Campbell S.M., Kirk S., Reeves D., Brook R., et al. 2003. Measuring General Practice: A Demonstration Project to Develop and Test a Set of Primary Care Clinical Quality Indicators London, UK: The Nuffield Trust.

Maynard, A. (2012). The powers and pitfalls of payment for performance. Health economics, 21(1), 3-12.

McClellan, M. (2011). "Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to Slowing Healthcare Cost Growth While Improving Quality?" Journal of Economic Perspectives 25(2): 69-92.

Miller, H. D. (2010). Pathways for physician success under healthcare payment and delivery reforms. American Medical Association.

McGuire, T. G., (2012). Competition in Health Care Markets. in Handbook of health economics. McGuire, T. G., Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2012). Volume 2 Chap 9, pp. 462-536.

McGuire, T. G. (2000). Physician agency. In A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Eds.), Handbook of Health Economics, pp. 462–217. North-Holland.Mehrotra, A., et al. (2010). "Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs." American Journal of Managed Care 16(7): 497-703.

Miller, H. D. (2009). "From volume to value: better ways to pay for health care." Health Aff (Millwood) 28(5): 1418-1428.

Miller, H. D. (2009). How to Create Accountable Care Organizations. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. First Edition, September 7, 2009.

MSSS (2016). La rémunération des médecins à travers le monde. Gagné F. et Sirois J. Direction de la planification et des orientations stratégiques. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Janvier 2016.

NCPPR (2013). Report of the National Commission on Physician Payment Reform: «Our nation cannot control runaway medical spending without fundamentally changing how physicians are paid». The National Commission on Physician Payment Reform, March 2013.

Nicholson, S., Pauly, M. V., Wu, A. Y. J., Murray, J. F., Teutsch, S. M., & Berger, M. L. (2008). Getting real performance out of pay-for-performance. The Milbank Quarterly, 86(3), 435-457.

OCDE (2016). Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en

OCDE (2015), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places (titre provisoire), chapitre 1 intitulé « Trends in health

labour markets following the economic crisis and current policy priorities to address health workforce issues », Éditions OCDE, Paris.

OECD (2011), Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en

OECD (2010), *Optimiser les dépenses de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing, Paris.

OCDE (2008a). Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente ? Études de l'OCDE sur les politiques de santé. OCDE 2008.

OCDE (2008b). Fujisawa R. and Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 oecd countries: what are the factors influencing variations across countries? Health Working Papers OECD Health Working Papers No.41.

Oliver-Baxter J, Brown L. (2013). Primary health care funding models. RESEARCH ROUNDup Issue 33. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service.

Olsen, K. R. (2012). "Patient complexity and GPS' income under mixed remuneration." Health Economics 21(6): 619-632.

OMS(2000). Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS; 2000.

Pizzini, M. (2010). Group-based compensation in professional service firms: an empirical analysis of medical group practices. The Accounting Review, 85(1), 343-380.

Paris, V., & Devaux, M. (2013). Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les Tribunes de la santé, (3), 45-52.

Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

Patel, K. K., & Nadel, J. (2014). Improving the quality and lowering the cost of health care: Medicare reforms from the National Commission on Physician Payment Reform. Journal of general internal medicine, 29(5), 703.

Pearson, S. D., et al. (2008). "The Impact of Pay-For-Performance on Health Care Quality in Massachusetts, 2001–2003." Health Affairs 27(4): 1167-1176.

Petersen, L. A., et al. (2006). "Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?" Annals of Internal Medicine 145(4): 265-272.

Pomey M-P, Flora L, Karazivan P., Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, Jouet E. (2015a). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique, 2015/HS S1, p. 41-50.

Pomey M-P, Ghadiri D P, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N, (2015b). The Patient-Health Care Professional Partnership in Practice: The Patients' Perspectives. Published: April 9, 2015. PLOS One.

Price, D., h Baker E., Golden B. and Hannam R. (2015). Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario, Report of the Primary Health Care Expert Advisory Committee, May 2015

Rabinowitz, H. K. 1999. A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas Impact after 22 years Journal of the American Medical Association 281(3): 255-260.

Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources, automne 2015.

Régis C. et MA Edger (2014) Rapport de recherche. Compte rendu de recherche pour le volet juridique : définition du cadre normatif applicable à la rémunération médicale. Juin 2015.

Reynolds M., Goodroe J. (2005). The Return of Gainsharing. Healthc Financ Manage 59 (11), 114-119.

Rischatsch, M. (2015). Who joins the network? Physicians' resistance to take budgetary co-responsibility. Journal of health economics, 40, 109-121.

Ritchie, L. D. 1992. Primary and preschool immunisation in Grampian: progress and the 1990 contract. BMJ, 304: 816-819.

Robinson, J. C. (2001). "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives." Milbank Quarterly 79(2): 149-177.

Rochaix, L. (2004). "Les modes de rémunération des médecins." Revue d'économie financière 76(3): 223-239.

Rosenthal, M. B. 2005. Early Experience with Pay-for-Performance From Concept to Practice. Journal of the American Medical Association, 294(14): 1788-1793.

Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A., Wendt, C. (2015). The State and Healthcare. Comparing OECD Countries. Hurrelmann, A. (Ed), Leibfried, S. (Ed), Martens, K. (Ed), Mayer, P. (Ed). Series Transformation of the State. Palgrave Macmillan UK. XVIII, 278

Rudmik, L., et al. (2014). "Physician payment methods: a focus on quality and cost control." Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery 43(34): 1-5.

Saint-Lary, O., et al. (2015). "Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?" exercer 26(119): 52-61.

Safavi, K. (2006). "Pay for performance. Aligning financial incentives." Journal of Healthcare Management 51(3): 146-151.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1–229.

Schatz, M. (2008). Does pay-for-performance influence the quality of care?. Current opinion in allergy and clinical immunology, 8(3), 213-221.

Sheiman I. (2014). Integrated Health Care Payment Methods: Typology, Evidence And Pre-Conditions Of Implementation. Basic Research Program, Working Papers, Series: Public Administration, WP BRP 18/PA/2014.

Scott, A., et al. (2011). "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians." Cochrane Database of Systematic Reviews(9).

Sempowski, I. (2004). "Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserviced area return-of-service commitments: systematic review of the litterature." Canadian Journal of Rural medicine 9(2): 82.

Shi, L. (2012). The impact of primary care: a focused review. Scientifica, 2012.

Sigsbee, B. 2010. Physician compensation: approach and models in neurological practice. Neurol Clin, 28(2): 339-348.

Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system. Applied Health Economics and Health Policy, 3(1), 39-46.

So, J. P., & Wright, J. G. (2012). The use of three strategies to improve quality of care at a national level. Clinical Orthopaedics and Related Research®, 470(4), 1006-1016.

Sorbero, M. E., Damberg, C. L., Shaw, R., Teleki, S. S., Lovejoy, S. L., DeCristofaro, A. H., ... & Schuster, C. R. (2010). Assessment of pay-for-performance options for Medicare physician services.

Town, R., et al. (2004). "Assessing the Influence of Incentives on Physicians and Medical Groups." Medical Care Research and Review 61(3 suppl): 80S-118S.

Town, R., et al. (2005). "Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review." Am J Prev Med 28(2): 234-240.

Tsiachristas, A., Dikkers, C., Boland, M. R., & Rutten-van Mölken, M. P. (2013). Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. Health Policy, 113(3), 296-304.

Tuohy, C. H. (2012). Reform and the politics of hybridization in mature health care states. Journal of Health Politics, Policy and Law, 37(4), 611-632.

Twardella, D. 2007. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. Tobacco Control, 16: 15-21.

van der Pennen, R., Putters, K., & Berden, B. (2015). Imperfect Performance A Case Study on the Pay-for-Performance Instrument for Physicians in Dutch Hospitals. Administration & Society, 47(7): 881-909.

Vahidi, R. G., Tabrizi, J. S., Iezadi, S., Gholipour, K., Mojahed, F., & Rasi, V. (2013). Organizational Facilitators and Barriers to Implementing Effective Clinical Audit: Systematic Review. Journal of Pakistan Medical Students, 3(1).

Van Herck, P., et al. (2010). "Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care." BMC Health Serv Res 10: 247.

VGQ (2015). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 Vérification de l'optimisation des ressources, Chapitre 2 Rémunération des médecins: conception et suivi des ententes, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Automne 2015.

Wranik, D. W., & Durier-Copp, M. (2010). Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. Health Care Analysis, 18(1), 35-59.

Yan C., Kingston-Riechers J., Chuck A. (2009).Financial Incentives to Physician Practices: A literature review of evaluations of physician remuneration models. Institute of Health Economics (Alberta)

Zuvekas, S. H., & Cohen, J. W. 2005. Trends in provider capitation, 1996–2000. Journal of Economic & Social Measurement, 30(2/3): 145-156.

Références consultées

Références retenues

1. Abecassis, P. e. J.-P. D. (2011/5). "« Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées »." Journal de gestion et d'économie médicales (Volume 29): p. 231-246.
2. Adams, T. L. (1997). "Physician compensation and productivity trends surveyed." Healthc Financ Manage 51(11): 82.
3. Ahgren, B. (2010). "Competition and integration in Swedish health care." Health Policy 96(2): 91-97.
4. Albouy, V. e. M. D. (2009/2). "« Mode de rémunération des médecins »." Economie & prévision (n° 188): p. 131-139.
5. Allard, M., et al. (2014). "Payment mechanism and GP self-selection: capitation versus fee for service." International Journal of Health Care Finance & Economics 14(2): 143-160.
6. Andreae, M. C., et al. (2006). "Physician compensation programs in academic medical centers." Health Care Management Review 31(3): 251-258.

7. Armour, B. S., et al. (2004). "The influence of year-end bonuses on colorectal cancer screening." American Journal of Managed Care 10(9): 617-624.
8. Ashworth, M., et al. (2004). "How are primary care organizations using financial incentives to influence prescribing?" Journal of Public Health 26(1): 48-51.

9. Baerlocher, M. O., et al. (2007). "Impact of physician income source on productivity." Clin Invest Med 30(1): 42-43.
10. Bajekal, M., et al. (2001). "Rationale for the new GP deprivation payment scheme in England: Effects of moving from electoral ward to enumeration district underprivileged area scores." British Journal of General Practice 51(467): 451-455.
11. Bardey, D. (2002/3). "« Demande induite et réglementation de médecins altruistes »." Revue économique (Vol. 53): p. 581-588.
12. Barer, M. L. and J. Lomas (1996). "Re-minding our Ps and Qs: Medical cost controls in Canada." Health Affairs 15(2): 216.
13. Barlet, M. e. a. (2011/2). "« Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? »." Revue française des affaires sociales (n° 2-3): p. 123-155.
14. Beich, J., et al. (2010). "A community-level effort to motivate physician participation in the National Committee for Quality Assurance Diabetes Physician Recognition Program." Population Health Management 13(3): 131-138.
15. Benstetter, F. and A. Wambach (2006). "The treadmill effect in a fixed budget system." Journal of Health Economics 25(1): 146-169.
16. Bhalla, R., et al. (2013). "Pay for Performance Improves Quality Across Demographic Groups." Quality Management in Health Care 22(3): 199-209.
17. Biller-Andorno, N. and T. H. Lee (2013). "Ethical physician incentives--from carrots and sticks to shared purpose." New England Journal of Medicine 368(11): 980-982.
18. Blake, J. T. and M. W. Carter (2003). "Physician and hospital funding options in a public system with decreasing resources." Socio-Economic Planning Sciences 37(1): 45.
19. Bokhour, B. G., et al. (2006). "Incentive implementation in physician practices: a qualitative study of practice executive perspectives on pay for performance." Medical Care Research & Review 63(1): 73S-95s.
20. Brcic, V., et al. (2012). "Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia." Canadian Family Physician 58(5): e275-e281.
21. Buetow, S. and L. Bryant (2008). "Is the rate of generic drug prescribing a fair measure for pay for performance?" Disease Management & Health Outcomes 16(6): 377-380.
22. Bungener, M. e. G. d. P. (2010/5). "« Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l'analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ? »." Les Tribunes de la santé (n° HS 1): p. 53-65.

23. Calnan, M., et al. (1992). "Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison." Social Science and Medicine 35(2): 209-216.
24. Campbell, S. M., et al. (2008). "The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study." Ann Fam Med 6(3): 228-234.
25. Campbell, S. M., et al. (2009). "Effects of pay for performance on the quality of primary care in England." New England Journal of Medicine 361(4): 368-378.
26. Carlsen, F., et al. (2011). "Physician response to fee changes: using inheritance as a quasi-natural experiment." Applied Economics 43(15): 1913-1922.
27. Casalino, L. P. (1992). "Balancing incentives: How should physicians be reimbursed?" Journal of the American Medical Association 267(3): 403-405.
28. Casalino, L. P., et al. (2007). "General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey." Health Affairs 26(2): 492-499.
29. Cave, D. G. (1993). "Incentives and Cost Containment in Primary Care Physician Reimbursement." Benefits Quarterly 9(3): 70-77.
30. Chaix-Couturier, C., et al. (2000). "Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues." International Journal for Quality in Health Care 12(2): 133-142.
31. Chatterjee, A., et al. (2012). "Application of total care time and payment per unit time model for physician reimbursement for common general surgery operations." Journal of the American College of Surgeons 214(6): 937-942.
32. Chien, A. T. and R. A. Dudley (2007). "Pay-for-performance in pediatrics: proceed with caution." Pediatrics 120(1): 186-188.
33. Christianson, J. B., et al. (2008). "Lessons from evaluations of purchaser pay-for-performance programs: a review of the evidence." Medical Care Research & Review 65(6): 5S-35s.
34. Chung, S., et al. (2010). "Does the frequency of pay-for-performance payment matter? Experience from a randomized trial." Health Services Research 45(2): 553-564.
35. Coates, R. G. (2014). "The New Jersey Gainsharing Experience." Physician Executive 40(1): 46-51.
36. Coleman, K., et al. (2007). "The Impact of Pay-for-Performance on Diabetes Care in a Large Network of Community Health Centers." Journal of Health Care for the Poor & Underserved 18(4): 966-983.
37. Collier, R. (2012). "Professionalism: How payment models affect physician behaviour." CMAJ: Canadian Medical Association Journal 184(12): E645-646.

38. Collier, R. (2015). "Exploring physician compensation." Cmaj 187(3): 169-170.

39. Collier, R. (2015). "Doctors v. government: a history of conflict." Cmaj 187(4): 243.
40. Collier, R. (2015). "Physician income: a look behind the numbers." CMAJ: Canadian Medical Association Journal 187(6): 396-396 391p.
41. Conrad, D. A. and J. B. Christianson (2004). "Penetrating the "Black Box": financial incentives for enhancing the quality of physician services... including commentary by Landon BE." Medical Care Research & Review 61(3): 37S-75s.
42. Conrad, D. A., et al. (2006). "Paying physicians for quality: evidence and them from the field." Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources 32(8): 443-451.
43. Cotter, T. J. and R. G. Bonds (1995). "Structuring competitive physician compensation programs." Healthc Financ Manage 49(12): 52-56, 58-59.
44. Culyer, T. (2006). "Paying for performance: neither the end of the beginning nor the beginning of the end." Healthcare Papers 6(4): 34-38.
45. Curtin, K., et al. (2006). "Return on investment in pay for performance: a diabetes case study... including commentary by Lutz JA." Journal of Healthcare Management 51(6): 365-376.
46. Da Silva, N. (2013/1). "« Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale »." Revue du MAUSS (n° 41): p. 93-108.
47. Damberg, C. L., et al. (2009). "Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines." Health Affairs 28(2): 517-525.
48. De Brantes, F. S. and B. G. D'Andrea (2009). "Physicians respond to pay-for-performance incentives: larger incentives yield greater participation." American Journal of Managed Care 15(5): 305-310.
49. Devi, S. (2008). "New York moves to tackle shortage of primary-care doctors." Lancet 371(9615): 801-802.
50. Dhalla, I. A. and A. S. Detsky (2011). "Aligning incentives for academic physicians to improve health care quality." Jama 305(9): 932-933.
51. Dikolli, S. S. (2010). "DISCUSSION OF Nonfinancial Performance Measures and Physician Compensation." Journal of Management Accounting Research 22: 57-64.
52. Di Matteo, L. (2014). "Physician numbers as a driver of provincial government health spending in Canadian health policy." Health Policy 115(1): 18-35.
53. Dolor, R. J. and K. A. Schulman (2013). "Financial incentives in primary care practice: the struggle to achieve population health goals." JAMA: Journal of the American Medical Association 310(10): 1031-1032.
54. Donner-Banzhoff, N., et al. (1998). "Family practitioners' remuneration and patterns of care - Does social class matter?" Sozial- und Praventivmedizin 43(2): 73-79.
55. Doran, T., et al. (2008). "Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians." New England Journal of Medicine 359(3): 274-284.

56. Doran, T., et al. (2011). "Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework." BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition) 343(7814): 83-83.
57. Dowling, D. A. (2010). "Interview with a quality leader: Michael Bailit on pay-for-performance." Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare 32(1): 10-12.
58. Dunbar, J. A. (2010). "The quality and outcomes framework reduces disparities in health outcomes for cardiovascular disease." Journal of Epidemiology & Community Health 64(10): 841-842.
59. Duncan, P. G. and M. Ballantyne (1997). "Does the method of payment affect anaesthetic practice? An evaluation of an alternate payment plan." Journal canadien d'anesthesie [Canadian journal of anaesthesia] 44(5 Pt 1): 503-510.
60. Dunn, A. and A. H. Shapiro (2014). "Do Physicians Possess Market Power?" Journal of Law & Economics 57(1): 159-193.
61. Emery, D., et al. (2003). "Evaluating Risk: Global Fees and Episodic Care." Physician Executive 29(1): 36.
62. Emery, S. E. and C. Gregory (2006). "Physician incentives for academic productivity. An analysis of orthopaedic department compensation strategies." Journal of Bone & Joint Surgery, American Volume 88A(9): 2049-2056.
63. Epstein, A. M., et al. (2004). "Paying physicians for high-quality care." New England Journal of Medicine 350(4): 406-410.
64. Ettner, S. L., et al. (2006). "Are physician reimbursement strategies associated with processes of care and patient satisfaction for patients with diabetes in managed care?" Health Services Research 41(4 Part 1): 1221-1241.
65. Evans Iii, J. H., et al. (2010). "Nonfinancial Performance Measures and Physician Compensation." Journal of Management Accounting Research 22: 31-56.
66. Fiorentini, G., et al. (2013). "GPs and hospital expenditures. Should we keep expenditure containment programs alive?" Social Science & Medicine 82: 10-20.
67. Flierman, H. A. and P. P. Groenewegen (1992). "Introducing fees for services with professional uncertainty." Health Care Financing Review 14(1): 107-115.
68. Franc, C. e. R. L. (2004/5). "« Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention »." Revue économique (Vol. 55): p. 901-922.
69. Gaynor, M. and P. Gertler (1995). "Moral hazard and risk spreading in partnerships." RAND Journal of Economics (RAND Journal of Economics) 26(4): 591-613.
70. Gellman, D. D. (1992). "Growing medical income disparities threaten fee-for-service medicine." Cmaj 147(11): 1682-1686.
71. Georgescu, I. e. N. C. (2011/6). "« Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins »." Journal de gestion et d'économie médicales (Vol. 29): p. 294-304.

72. Gillam, S. and N. Steel (2013). "The quality and outcomes framework - Where next?" BMJ (Online) 346(7903).
73. Glaser, W. A. (1993). "How expenditure caps and expenditure targets really work." Milbank Quarterly 71(1): 97.
74. Glass, K. P., et al. (1999). "Incentive-based physician compensation models." Journal of Ambulatory Care Management 22(3): 36-36.
75. Godager, G. and D. Wiesen (2013). "Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism." Journal of Health Economics 32(6): 1105-1116.
76. Golden, B. R., et al. (2012). "Managing the supply of physicians' services through intelligent incentives." CMAJ: Canadian Medical Association Journal 184(1): E77-80.
77. Goldfield, N. (2000). "An overview: physician payment reform-the key step in health system improvement." Journal of Ambulatory Care Management 23(1): 39-39.
78.. Gosden, T., et al. (2001). "Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review." Journal of Health Services Research and Policy 6(1): 44-55.
79.. Gosden, T., et al. (2003). "Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England." Health Policy 64(3): 415-423.
80.. Gray, B. H. (2001). "In This Issue." Milbank Quarterly 79(2): 145.
81.. Gray, B. H. (2004). "Individual incentives to fix organizational problems?" Medical Care Research & Review 61(3): 76S-79s.
82.. Gray, D., et al. (2015). "Did Family Physicians Who Opted into a New Payment Model Receive an Offer They Should Not Refuse? Experimental Evidence from Ontario." Canadian Public Policy 41(2): 151-165.
83.. Green, E. P. (2014). "Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives." Journal of Economic Behavior & Organization 106: 367-378.
84.. Green, M. E., et al. (2009). "Financial and work satisfaction: Impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario." Healthcare Policy 5(2): e161-e176.
85.. Groenewegen, P. P. (1991). "Substitution of primary care and specialist care: A regional analysis in Denmark." Social Science and Medicine 33(4): 471-476.
86.. Grytten, J., et al. (1995). "Supplier inducement in a public health care system." Journal of Health Economics 14(2): 207-229.
87.. Grytten, J. and R. Sørensen (2001). "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway." Journal of Health Economics 20(3): 379-393.
88.. Heller, J. (2012). "Medical Professionalism, Revenue Enhancement, and Self-Interest: An Ethically Ambiguous Association." HEC Forum 24(4): 307-315.
89.. Hennig-Schmidt, H., et al. (2011). "How payment systems affect physicians' provision behaviour-An experimental investigation." Journal of Health Economics 30(4): 637-646.

90.. Hopkins, S. and N. Speed (2005). "The decline in 'free' general practitioner care in Australia: reasons and repercussions." Health Policy 73(3): 316-329.
91.. Hurley, J. and R. Labelle (1994). "Relative fees and the utilization of physicians' services in Canada." Ontario: CHEPA: 94-96.
92., Hurley, J. and J. Lomas (1997). "Physician responses to global physician expenditure budgets in Canada: A common property perspective." Milbank Quarterly 75(3): 343.
93.. Ihejirika, R. C., et al. (2015). "Healthcare reimbursement models and orthopaedic trauma: will there be change in patient management? A survey of orthopaedic surgeons." Journal of Orthopaedic Trauma 29(2): e79-84 71p.
94.. Iliffe, S. (1992). "Thinking through a salaried service for general practice." British Medical Journal 304(6840): 1456-1457.
95.. Iversen, T. (2004). "The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients." J Health Econ 23(4): 673-694.
96.Jensen, V. M. (2014). "HAPPY DOCTOR MAKES HAPPY BABY? INCENTIVIZING PHYSICIANS IMPROVES QUALITY OF PRENATAL CARE." Review of Economics & Statistics 96(5): 838-848.
97.Kantarevic, J. and B. Kralj (2013). "Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in ontario." Health Economics 22(12): 1417-1439.
98.Khullar, D., et al. (2015). "Behavioral economics and physician compensation--promise and challenges." New England Journal of Medicine 372(24): 2281-2283p.
99.Kim, C., et al. (2007). "Physician compensation from salary and quality of diabetes care." J Gen Intern Med 22(4): 448-452.
100. Krasnik, A., et al. (1990). "Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice." British Medical Journal 300(6741): 1698-1701.
101. Krasnik, A., et al. (1991). "General practitioners' attitudes to a recent change in their remuneration system." Scandinavian Journal of Primary Health Care 9(2): 83-87.
102. Kristiansen, I. S. and K. Holtedahl (1993). "Effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits." Journal of Epidemiology and Community Health 47(6): 481-484.
103. Kuusela, M., et al. (2004). "The quality of GP consultation in two different salary systems: A Finnish experience." Scandinavian Journal of Primary Health Care 22(3): 168-173.
104. Laugesen, M. J. (2009). "Siren song: Physicians, congress, and Medicare fees." Journal of Health Politics, Policy and Law 34(2): 157-179.
105. Laugesen, M. J., et al. (2012). "In setting doctors' Medicare fees, CMS almost always accepts the relative value update panel's advice on work values." Health Aff (Millwood) 31(5): 965-972.

106. Leger, P. T. (2000). "Quality control mechanisms under capitation payment for medical services." Canadian Journal of Economics 33(2): 564.
107. Lester, H., et al. (2013). "Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction." British Journal of General Practice 63(611): 408-415.
108. Li, J., et al. (2014). "Physician response to pay-for-performance: evidence from a natural experiment." Health Economics 23(8): 962-978.
109. Lord Jr., R. W. (2011). "High Physician Fees And High Health Spending." Health Affairs 30(12): 2457.
110. Marinoso, B. G. and I. Jelovac (2003). "GPs' payment contracts and their referral practice." Journal of Health Economics 22(4): 617-635.
111. Meadows, T., et al. (2011). "Physician "Costs" in Providing Behavioral Health in Primary Care." Clinical Pediatrics 50(5): 447-455.
112. Mehrotra, A., et al. (2007). "The response of physician groups to P4P incentives." American Journal of Managed Care 13(5): 249-255.
113. Mehrotra, A., et al. (2010). "Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs." American Journal of Managed Care 16(7): 497-703.
114. Mehta, S. and S. Manaker (2014). "Should we pay doctors less for colonoscopy?" American Journal of Managed Care 20(9): 3.
115. Midkiff, H. and E. Cordaro (2012). "Developing work RVUs for production-based physician compensation programs." hfm (Healthcare Financial Management) 66(6): 140-145.
116. Miller, R. D. (2005). "Academic anesthesia faculty salaries: Incentives, availability, and productivity." Anesthesia and Analgesia 100(2): 487-489.
117. Moore, K. (2002). "Salaried FP, A productivity primer." Family Practice Management 9(5): 72.
118. Moore, K. J. (1999). "Salaried FP. Evaluating bonuses and incentives: the basics." Family Practice Management 6(6): 53.
119. Moses, R. E. and D. S. Jones (2013). "PPACA Quality Reporting for 2014 and Beyond: Quality-Based Physician Fee Schedule Reductions." Journal of Health Care Compliance 15(5): 13-18.
120. Nakhla, M. (2010/3). " « Conception de mécanismes de rémunération variable des médecins et incitation au développement de l'activité »." Journal de gestion et d'économie médicales (Volume 28): p. 127-140.
121. Newhouse, J. P. (2005). "Medicare's Challenges in Paying Providers." Health Care Financing Review 27(2): 35-44.
122. Nicholson, S., et al. (2008). "Getting Real Performance out of Pay-for-Performance." The Milbank Quarterly 86(3): 435-457.
123. Nunlist, M., et al. (2014). "Gambling on the transition from fee-for-service to value-based care." Family Practice Management 21(5): 2.

124. O'Brien, J. M., Jr., et al. (2013). "Does Value-Based Purchasing Enhance Quality of Care and Patient Outcomes in the ICU?" Critical Care Clinics 29(1): 91-112.
125. Olsen, K. R. (2012). "Patient complexity and GPS' income under mixed remuneration." Health Economics 21(6): 619-632.
126. Paris, V. e. M. D. (2013/3). "« Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE »." Les Tribunes de la santé (n° 40): p. 45-52.
127. Pearson, S. D., et al. (2008). "The Impact Of Pay-For-Performance On Health Care Quality In Massachusetts, 2001–2003." Health Affairs 27(4): 1167-1176.
128. Petersen, L. A., et al. (2006). "Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?" Annals of Internal Medicine 145(4): 265-272.
129. Pham, H. H., et al. (2004). "Financial Pressures Spur Physician Entrepreneurialism" Health Affairs 23(2): 70-81.
130. Pierce, R. G. M. D., et al. (2007). "Pay for Performance in Orthopaedic Surgery". [Miscellaneous Article], Clinical Orthopaedics & Related Research April 2007;457:87-95.
131. Pizzini, M. (2010). "Group-Based Compensation in Professional Service Firms: An Empirical Analysis of Medical Group Practices." Accounting Review 85(1): 343-380.
132. Pizzo, J. J., et al. (2015). "Building the right physician platform." Healthc Financ Manage 69(7): 54-61.
133. Ramsay, S. (1995). "Cautious start to UK local pay scheme." The Lancet 345(8947): 446.
134. Ransom, S. B., et al. (1996). "The effect of capitated and fee-for-service remuneration on physician decision making in gynecology." Obstet Gynecol 87(5 Pt 1): 707-710.
135. Reynolds, M. and J. Goodroe (2005). "The return of gainsharing." hfm (Healthcare Financial Management) 59(11): 114-119.
136. Rischatsch, M. (2015). "Who joins the network? Physicians' resistance to take budgetary co-responsibility." Journal of Health Economics 40: 109-121.
137. Robeznieks, A. (2011). "Bad timing? AAFP desire to boost payment may face opposition." Modern Healthcare 41(37): 7-7.
138. Robeznieks, A. (2011). "Par for doc pay?" Modern Healthcare 41(29): 22-22.
139. Robeznieks, A. (2012). "Market pricing." Modern Healthcare 42(29): 17-26.
140. Robinson, J. C., et al. (2004). "The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physician Organizations." Health Services Research 39(5): 1589-1606.
141. Rochaix, L. (1993). "Financial incentives for physicians: the Quebec experience." Health Econ 2(2): 163-176.
142. Roland, M. (2004). "Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom." New England Journal of Medicine 351(14): 1448-1454.

143. Rosenberg, M. (2010). "Physician payment in a medical home." Pediatric annals 39(4): 5.
144. Safarov, A. (2011). "Family physician remuneration patterns in 2010." Canadian Family Physician 57(10): 1164.
145. Safavi, K. (2006). "Pay for performance. Aligning financial incentives." Journal of Healthcare Management 51(3): 146-151.
146. Saint-Lary, O., et al. (2012). "Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France." Journal of Medical Ethics 38(8): 485-491.
147. Samai, C. and R. Campbell (2013). "Leading Effective Change in Physician Compensation and Practice Coverage." Physician Executive 39(6): 22-26.
148. Samson, A.-L. (2009/1). "« Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? »." Regards croisés sur l'économie (n° 5): p. 144-158.
149. Samson, A.-L. (2011). "Do French low-income GPs choose to work less?" Health Economics 20(9): 1110-1125.
150. Sarma, S., et al. (2010). "Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity." Health Policy 98(2–3): 203-217.
151. Scott, A., et al. (2006). "An extra pair of hands? Evaluation of salaried payment for general practitioners." Primary Health Care Research & Development 7(02): 165-171.
152. Scott, A., et al. (2011). "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians." Cochrane Database of Systematic Reviews(9).
153. Shafrin, J. (2010). "Operating on commission: analyzing how physician financial incentives affect surgery rates." Health Economics 19(5): 562-580.
154. Share, D. A. and M. H. Mason (2012). "Michigan's Physician Group Incentive Program Offers A Regional Model For Incremental 'Fee For Value' Payment Reform." Health Affairs 31(9): 1993-2001.
155. Shugarman, L. R. and D. O. Farley (2003). "Shortcomings In Medicare Bonus Payments For Physicians In Underserved Areas." Health Affairs 22(4): 173-178.
156. Shvarts, S., et al. (1999). "From socialist principles to motorcycle maintenance: the origin and development of the salaried physician model in the Israeli Public Health Services, 1918 to 1998." American Journal of Public Health 89(2): 248-253.
157. Sibbald, B. (1999). "Is fee-for-service on the way out for Ontario FPs?" Canadian Medical Association Journal 161(7): 861.
158. Sigsbee, B. (2010). "Physician compensation: approach and models in neurological practice." Neurol Clin 28(2): 339-348.
159. Singh, M. and D. B. Nash (2006). "PAY FOR PERFORMANCE--A BONUS FOR QUALITY." Journal of Financial Service Professionals 60(2): 10-12.

160. Srinivasan, M. and M. Schwartz (2014). "Do We Get What We Pay For? Transitioning Physician Payments Towards Value and Efficiency." Journal of General Internal Medicine 29(5): 691-692.
161. Steele, J. R., Jones, A. Kyle, Ninan, Elizabeth P., Clarke, Ryan K., Odisio, Bruno C., Avritscher, Rony, Murthy, Ravi, and Armeen Mahvash (2015). "Why Bundled Payments Could Drive Innovation: An Example From Interventional Oncology." Journal of Oncology Practice 11 (2): e199-205.
162. Storfa, A. H. and M. L. Wilson (2015). "Physician productivity: issues and controversies." American journal of clinical pathology 143(1): 6-9.
163. Super, N. (2006). "From Capitation To Fee-For-Service In Cincinnati: A Physician Group Responds To A Changing Marketplace." Health Affairs 25(1): 219-225.
164. Szabo, J. (2010). "With physician employment on the rise, new compensation models emerge." H&HN: Hospitals & Health Networks 84(12): 10-10.
165. Tarantino, D. P. (2002). "Determining physician compensation--Part I." Physician Exec 28(2): 58-60.
166. Teleki, S. S., et al. (2006). "Will Financial Incentives Stimulate Quality Improvement? Reactions From Frontline Physicians." American Journal of Medical Quality 21(6): 367-374.
167. Tisnado, D. M., et al. (2008). "Financial incentives for quality in breast cancer care." American Journal of Managed Care 14(7): 457-466.
168. Town, R., et al. (2004). "Assessing the Influence of Incentives on Physicians and Medical Groups." Medical Care Research and Review 61(3 suppl): 80S-118S.
169. Tu, K., et al. (2009). "Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension." Canadian Family Physician 55(7): 719-727.
170. Van der Pennen, R., et al. (2015). "Imperfect Performance." Administration & Society 47(7): 881-909.
171. Van Dijk, C., et al. (2014). "Changes in the remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length." The European Journal of Health Economics 15(1): 83-91.
172. Vertesi, L. (2006). "Mixing the Oil with the Water: Pay-for-Performance in Canadian Healthcare." HealthcarePapers 6(4): 62-66.
173. Vogel, L. (2010). "Uncertainties surround new funding for “Most Responsible Physicians”." Canadian Medical Association Journal 182(13): E637-E638.
174. Vogel, L. (2013). "Physician pay should reflect workloads, say economists." CMAJ: Canadian Medical Association Journal 185(16): 1386-1387.
175. Weeks, W. B. and A. E. Wallace (2003). "Time and money: A retrospective evaluation of the inputs, outputs, efficiency, and incomes of physicians." Archives of Internal Medicine 163(8): 944-948.
176. Weil, T. P. (1999). "Pay physicians more to practice in underserved areas." Physician Executive 25(1): 53.

177. Wilensky, G. R. (2007). "Pay for performance and physicians--an open question." hfm (Healthcare Financial Management) 61(2): 40-42.
178. Wilensky, G. R. (2014). "Medicare Physician Payment Reform in 2014 Is Looking Unlikely." The Milbank Quarterly 92(2): 182-185.
179. Williams, J., et al. (2001). "A profile of PMS salaried GP contracts and their impact on recruitment." Family Practice 18(3): 283-287.
180. Williams, R. (2006). "Medicare system for reimbursement of nephrologists suboptimal?" Nature Clinical Practice Nephrology 2(1): 6.
181. Woodson, S. B. (1999). "Making the Connection between Physician Performance and Pay." hfm (Healthcare Financial Management) 53(2): 39.
182. Wright, D. J. (2007). "Specialist payment schemes and patient selection in private and public hospitals." Journal of Health Economics 26(5): 1014-1026.
183. Wynia, M., et al. (1997). "Physicians' views on capitated payment for medical care : does family foster acceptance ?" The American journal of Managed Care 3(10): 1497.
184. Young, G. (2013). "Redefining payer-provider relationshipsin an era of pay for performance: A social capital perspective." Quality Management in Health Care 22(3): 187.
185. Zierler, B. K., et al. (1998). "Effect of compensation method on the behavior of primary care physicians in managed care organizations: evidence from interviews with physicians and medical leaders in Washington State." Am J Manag Care 4(2): 209-220.
186. Zismer, D. K. (2013). "Physician Compensation in a World of Health System Consolidation and Integration." Journal of Healthcare Management 58(2): 87-91 85p.
187. Zun, L. S. and D. Moss (1996). "Bonus/incentive programs to increase physician productivity in academic emergency medicine." The American Journal of Emergency Medicine 14(3): 334-336.
188. Zuvekas, S. H. and J. W. Cohen (2005). "Trends in provider capitation, 1996–2000." Journal of Economic & Social Measurement 30(2/3): 145-156.

Références recherche additionnelle

1. Bras, P.-L. (2009). La rémunération des médecins libéraux. *Traité d'économie et de gestion de la santé*(Hors collection), 255-262.
2. Contandriopoulos, D., & Perroux, M. (2013). Fee Increases and Target Income Hypothesis: Data from Quebec on Physicians' Compensation and Service Volumes. *Healthcare Policy, 9*(2), 30-35. doi:10.12927/hcpol.2013.23613
3. Custers, T., Hurley, J., Klazinga, N. S., & Brown, A. D. (2008). Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Serv Res, 8*, 66-66.
4. Da Silva, N. (2011). Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ? *Journal de*

gestion et d'économie médicales, 29(8), 351. doi:10.3917/jgem.118.0351
5. Da Silva, N. (2012). Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de « crowding out effect ». *Éthique et économique/Ethics and Economics, 9*(2), 66-84.
6. de Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res, 11*, 272. doi:10.1186/1472-6963-11-272
7. Deber, R., Hollander, M. J., & Jacobs, P. (2008). Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework. *CANADIAN PUBLIC ADMINISTRATION / ADMINISTRATION PUBLIQUE DU CANADA, 51*(3), 381–405.
8. Devlin, R., Sarma, S., & Hogg, W. (2006). Remunerating Primary Care Physicians: Emerging Directions and Policy Options for Canada. *Healthcare Quarterly, 9*(3), 34-42. doi:10.12927/hcq..18225
9. Devlin, R. A., & Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *J Health Econ, 27*(5), 1168-1181. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.05.006
10. Domin, J.-P. (2008). La réforme du médecin traitant : l'émergence d'une régulation par la demande. *Journal de gestion et d'économie médicales, 26*(6), 303. doi:10.3917/jgem.086.0303
11. Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N., & Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ, 27*(6), 1436-1450. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.010
12. Echevin, D., & Fortin, B. (2014). Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: evidence from a natural experiment. *J Health Econ, 36*, 112-124. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.03.008
13. Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics, 14*(1), 117-131. doi:10.1007/s10198-011-0347-6
14. Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy, 110*(2-3), 115-130. doi:10.1016/j.healthpol.2013.01.008
15. Emanuel, E. J., Ubel, P. A., Kessler, J. B., Meyer, G., Muller, R. W., Navathe, A. S., . . . Volpp, K. G. (2016). Using Behavioral Economics to Design Physician Incentives That Deliver High-Value Care. *Ann Intern Med, 164*(2), 114-119. doi:10.7326/M15-1330
16. Ferrall, C., Gregory, A. W., & Tholl, W. G. (1998). Endogenous Work Hours and Practice Patterns of Canadian Physicians. *CANADIAN JOURNAL OF ECONOMICS/REVUE CANADIENNE D`ECONOMIQUE, 31*(1), 1-27.
17. Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., Beyer, F. R., & Eccles, M. P. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare

professional behaviours and patient outcomes. doi:10.1002/14651858.cd009255
18. Franc, C. (2001). Mécanismes de rémunération et incitations des médecins. *économie publique*(9), 13-36.
19. Frølich, A., Talavera, J. A., Broadhead, P., & Dudley, R. A. (2007). A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy, 80*(1), 179-193. doi:10.1016/j.healthpol.2006.03.001
20. Gillam, S. J., Siriwardena, A. N., & Steel, N. (2012). Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med, 10*(5), 461-468. doi:10.1370/afm.1377
21. Giuffrida A, G. T., Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. (2009). Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*(Issue 1), 1-12.
22. Gosden, T., Pedersen, L., & Torgerson, D. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *Q J Med*(92), 47–55.
23. Gosden T, F. F., Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. (2011). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). *The Cochrane Library, 10*, 1-29.
24. Houle, S. K. D., McAlister, Finlay A., Jackevicius, Cynthia A., Chuck, Anderson W., and Tsuyuki, Ross T. . (2012). Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? *Ann Intern Med., 157*(12), 889-899.
25. Humphrey, C., & Russell, J. (2004). Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the national health service and do private practice. *Soc Sci Med, 59*(6), 1241-1250. doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.019
26. Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*(60), 255–273.
27. Kantarevic, J., Kralj, B., & Weinkauf, D. (2011). Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from Family Health Groups in Ontario. *J Health Econ, 30*(1), 99-111. doi:10.1016/j.jhealeco.2010.10.005
28. Khullar, D., Kocher, R., Conway, P., & Rajkumar, R. (2014). How 10 leading health systems pay their doctors. *Healthc (Amst), 3*(2), 60-62. doi:10.1016/j.hjdsi.2014.11.004
29. Kok, L., Boyle, S., Lammers, M., & Tempelman, C. (2015). Remuneration of medical specialists. Drivers of the differences between six European countries. *Health Policy, 119*(9), 1188-1196. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.003
30. Kralj, B., Kantarevic, Jasmin (2013). Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health

organizations in Ontario. *Canadian Journal of Economics / Revue canadienne d'Économique, Vol. 46*(No. 1), 208–238.
31. Landon, B. E., Reschovsky, J. D., Pham, H. H., Kitsantas, P., Wojtuskiak, J., & Hadley, J. (2009). Creating a parsimonious typology of physician financial incentives. *Health Serv Outcomes Res Methodol, 9*(4), 213-233. doi:10.1007/s10742-010-0057-z
32. Latham, L. P., & Marshall, E. G. (2015). Performance-based financial incentives for diabetes care: an effective strategy? *Can J Diabetes, 39*(1), 83-87. doi:10.1016/j.jcjd.2014.06.002
33. Lee, J. Y., Lee, S. I., & Jo, M. W. (2012). Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health, 45*(3), 137-147. doi:10.3961/jpmph.2012.45.3.137
34. Martin, W. M. (2014). Physician Compensation: Are Physicians Paid to Promote Health and Well-Being? *Compensation & Benefits Review, 46*(3), 152-160. doi:10.1177/0886368714554534
35. McClellan, M. (2011). Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to Slowing Healthcare Cost Growth While Improving Quality? *Journal of Economic Perspectives, 25*(2), 69-92. doi:10.1257/jep.25.2.69
36. McDonald, R., Harrison, S., Checkland, K., Campbell, S. M., & Roland, M. (2007). Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ, 334*(7608), 1357. doi:10.1136/bmj.39238.890810.BE
37. Mechanic, R. E., & Altman, S. H. (2009). Payment reform options: episode payment is a good place to start. *Health Aff (Millwood), 28*(2), w262-271. doi:10.1377/hlthaff.28.2.w262
38. Miller, H. D. (2009). From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood), 28*(5), 1418-1428. doi:10.1377/hlthaff.28.5.1418
39. Morra, D., Nicholson, S., Levinson, W., Gans, D. N., Hammons, T., & Casalino, L. P. (2011). US Physician Practices Versus Canadians: Spending Nearly Four Times As Much Money Interacting With Payers. *Health Aff (Millwood), 30*(8), 1443-1450. doi:10.1377/hlthaff.2010.0893
40. Munk, P. L. (2012). Fiscal belt tightening: The continuing trend of radiologists seeing less pay for more work. *Canadian Association of Radiologists Journal, 63*(3), 159. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.carj.2012.06.001
41. Nassiria, A., Rochaix, Lise. (2006). Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. *Health Econ., 15*, 49–64.
42. Petch, J., Dhalla, I. A., Henry, D. A., Schultz, S. E., Glazier, R. H., Bhatia, S., & Laupacis, A. (2012). Public payments to physicians in Ontario adjusted for overhead costs. *Healthc Policy, 8*(2), 30-36.

43. Rizzo, J. A., & Blumenthal, J. A. (1996). Is the target income hypothesis an economic heresy? *Med Care Res Rev, 53*(3), 243-266; discussion 267-293.
44. Rizzo, J. A., & Zeckhauser, R. J. (2003). REFERENCE INCOMES, LOSS AVERSION, AND PHYSICIAN BEHAVIOR. *Review of Economics & Statistics, 85*(4), 909-922.
45. Robinson, J. C. (2001). Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly,, 79*(2), 149-177.
46. Rochaix, L. (2004). Les modes de rémunération des médecins. *Revue d'économie financière, 76*(3), 223-239. doi:10.3406/ecofi.2004.4923
47. Rudmik, L., Wranik, D., & Rudisill-Michaelsen, C. (2014). Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 43*(34), 1-5.
48. Rudoler, D., Laporte, A., Barnsley, J., Glazier, R. H., & Deber, R. B. (2015). Paying for primary care: A cross-sectional analysis of cost and morbidity distributions across primary care payment models in Ontario Canada. *Social Science & Medicine, 124*, 18-28. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.001
49. Saint-Lary, O., Franc, C., Raginel, T., Cartier, T., Vanmeerbeek, M., Widmer, D., & Ruelle, Y. (2015). Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? *exercer, 26*(119), 52-61.
50. Schmitz, H. (2013). Practice budgets and the patient mix of physicians - the effect of a remuneration system reform on health care utilisation. *J Health Econ, 32*(6), 1240-1249. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.09.013
51. Scott, A., & Hall, J. (1995). Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. *Health Policy*(31), 183-195.
52. Sempowski, I. (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserviced area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med., 9*(2), 82-88.
53. Sibley, L. M., & Glazier, R. H. (2012). Evaluation of the equity of age–sex adjusted primary care capitation payments in Ontario, Canada. *Health Policy, 104*(2), 186-192. doi:10.1016/j.healthpol.2011.10.008
54. Stanton, S., & Shortt, S. E. D. (2003). THE INFLUENCE OF PAYMENT METHOD ON PATTERNS OF PHYSICIAN PRACTICE: EXPERIENCE AT A CANADIAN ACADEMIC HEALTH CENTER. *Research in Healthcare Financial Management, 8*(1), 43.
55. Thornton, J. (1998). The labour supply behavior of self-employed solo practice physicians. *Applied Economics, 30*(1), 85-94.
56. Thornton, J., & Eakin, B. K. (1997). The Utility-Maximizing Self-Employed Physician. *Journal of Human Resources, 32*(1), 98-128.
57. Town, R., Kane, R., Johnson, P., & Butler, M. (2005). Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *Am J Prev Med, 28*(2), 234-240. doi:10.1016/j.amepre.2004.10.013
58. Tsiachristas, A., Dikkers, C., Boland, M. R., & Rutten-van Molken, M. P. (2013). Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy, 113*(3), 296-304. doi:10.1016/j.healthpol.2013.07.007

59. Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M., Elliot, R. F., Busse, R., van Exel, J., . . . team, M. (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy, 119*(9), 1176-1187. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.001
60. van den Berg, M. J., de Bakker, D. H., Westert, G. P., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2009). Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? *BMC Health Serv Res, 9*, 39. doi:10.1186/1472-6963-9-39
61. van Dulmen, A. M. (2000). Physician Reimbursement and the Medical Encounter: An Observational Study in Dutch Pediatrics. *Clin Pediatr.*(39), 591-601.
62. Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res, 10*, 247. doi:10.1186/1472-6963-10-247
63. Wilk, A. S. (2013). Research Paper. Differential Responses among Primary Care Physicians to Varying Medicaid Fees. *Inquiry (00469580), 50*(4), 296-311. doi:10.1177/0046958014522914
64. Wranik, D. W., & Durier-Copp, M. (2010). Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. *Health Care Anal, 18*(1), 35-59. doi:10.1007/s10728-008-0105-9
65. Young, G. J., Meterko, M., Beckman, H., Baker, E., White, B., Sautter, K. M., . . . Burgess, J. F., Jr. (2007). Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med, 22*(6), 872-876. doi:10.1007/s11606-007-0185-5

[i] www.ars.sante.fr.
[ii] OCDE, 2016.
[iii] Cour des Comptes, 2014.
[iv] Comptes nationaux de la santé 2013, édition 2014 (CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES).
[v] CNAMTS, 2016.
[vi] Mousquès, 2015.
[vii] OCDE, 2016; CNAMTS, 2016.
[viii] Les autres aspects que la réforme vise à éviter sont : le manque de communication et de partage d'informations dans le secteur des soins de santé, la fragmentation des soins lorsque les patients voyagent à travers le système de santé, l'accès inégal aux soins primaires et le nombre croissant de pratiques solo de médecins de soins primaires.

[ix] **Tableau Modèles de rémunération des médecins de soins primaires selon l'organisation de soins de santé primaire, Ontario, années 2010**

Types d'organisation de soins	**Part des modèles de rémunération dominants (autres modèles)**
RA traditionnelle	~ 85 % RA (salaire/capitation/avantages et primes/honoraires)
Organisation familiale de santé / Family Health Organization	~ 70 % salaire/capitation/avantages (RA, primes/honoraires, bonus et frais liés)
Groupes de santé familiale / Family Health Group	~ 80 % RA (salaire/capitation/avantages, primes/honoraires et bonus)
Modèle de soins complets / Comprehensive Care Model	~ 75 % RA (salaire/capitation/avantages, primes/honoraires et bonus)
Réseaux de santé familiale / Family Health Network	~ 65 % salaire/capitation/avantages (RA, primes/honoraires, bonus et frais liés)

Légende : ~ signifie « approximatif ». Source : OCDE, 2016. Site : http://www.healthforceontario.ca/fr/Home/M%C3%A9decin/Formation_%7C_Pratique_en_Ontario/R%C3%B4les_des_m%C3%A9decins/Mod%C3%A8les_d%E2%80%99exercice_de_la_m%C3%A9decine_familiale consulté le 30 janvier 2017.

[x] La réforme de 2006 concerne uniquement le programme d'assurance sociale obligatoire couvrant les soins de santé courants (Health Insurance Act, ZVW). Les grandes lignes de la réforme de 2006 (de Bakker, 2012) : i) offrir une assurance universelle obligatoire assumée uniquement par des assureurs privés, ii) d'Introduire progressivement des changements importants dans les modes de rémunération des généralistes et des spécialistes, de iii) mettre en place des mécanismes d'économie de marché tant dans le financement que dans la production de soins, iv) de créer de la concurrence entre les assureurs privés de v) de négocier les coûts des services de santé achetés auprès des fournisseurs de soins (hôpitaux, cliniques, centres de soins intégrés, groupes de pratique) et vi) de donner la possibilité aux assurés d'obtenir les soins qu'ils requièrent au meilleur rapport qualité/prix.

[xi] Tableau : Modèles de rémunération des généralistes au Pays-Bas depuis 2006

Composantes du modèle de rémunération des généralistes	**Montants alloués ***
Capitation (droit annuel d'enregistrement par patient, règlementé et plafonné)	52 euros/ patient inscrit/an
Rémunération à l'acte pour une consultation type de 10 min. (règlementée et plafonnée) – tarifs fixes dans la pratique	9 euros/consultation
Rémunération additionnelle : soins préventifs, diagnostics spécifiques, traitements qui permettent d'améliorer l'efficience des généralistes ou de se substituer aux soins de santé secondaire	n.d.
Tarif horaire pour des consultations dispensées en dehors des heures normales	n.d.
Rémunération couvrant les services de consultation d'une infirmière praticienne le cas échéant	n.d.

Source : HIT, Netherlands, 2010 – p. 95; *Maarse, Hans, Hastings Institute, 2011; OCDE, 2012; Kroneman, extrait site HSPM en mai 2016.

[xii] Sous le modèle de paiement lié au diabète, les assureurs privés doivent acheter un ensemble de soins de santé intégrés (produit unique) pour traiter le diabète en payant un prix global auprès de nouvelles entités identifiées comme étant des « Care groups » (groupes de soins intégrés).

[xiii] Le « Care group » est composé de plusieurs fournisseurs/ dispensateurs de soins, responsables de pratiques cliniques et du financement des soins dispensés aux patients inscrits dans le programme national du diabète. Le « Care group » peut dispenser les soins (groupes de médecins) ou encore sous-contracter à d'autres fournisseurs de soins (assureurs), tels qu'à des généralistes, spécialistes, laborantins, nutritionnistes qui ne font pas partie du « care group ».

Le principal objectif est d'inciter les dispensateurs de soins à améliorer la qualité, la coordination des soins, la coopération multidisciplinaire et à accroître la transparence des soins qui sont dispensés aux malades chroniques afin d'améliorer l'efficience et la qualité des soins et d'assurer des coûts abordables. Cette forme de paiement lié à une maladie chronique a tout d'abord été expérimentée aux Pays-Bas de 2007 à 2009 puis elle a été instaurée à plus long terme dès le 1er janvier 2010. En 2010, près de 100 *Care Groups* pour le diabète était en opération (Struijs, 2012).

[xiv] Il ne s'agit que de quelques résultats car les effets recensés de la réforme sont beaucoup plus nombreux. Seuls ceux pouvant avoir un lien avec les généralistes et leur rémunération et le BDBP ont été retenus.

[xv] La plupart de ces constats provient des analyses des premiers résultats recensés entre 2008 et 2012