

# 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) - **Cochercheuse 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)

# Rapport de recherche intégral

## Table des matières

Liste des tableaux.....	2
Liste des figures .....	2
Liste des sigles et acronymes.....	3
Glossaire des terminologies employées .....	5
<b>PARTIE A – Contexte de la recherche</b> .....	8
1- Problématique.....	8
2- Principales questions de recherches et ou hypothèses .....	10
3- Objectifs du projet.....	11
<b>PARTIE B – Pistes de solutions en lien avec les résultats, retombées et implications des travaux</b> .....	12
1. Types d’auditoire .....	12
2. Principales conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants	12
3. Retombées immédiates ou prévues des travaux sur les plans social, économique, et politique .....	13
4. Limites et niveau de généralisation de la recherche.....	14
5. Messages clés .....	15
6. Principales pistes de solution.....	16
<b>PARTIE C – Méthodologie</b> .....	18
<b>PARTIE D – Résultats</b> .....	20
<b>I – Typologie</b> .....	20
Principaux attributs de la rémunération médicale.....	20
Évolution des modèles.....	23
Temporalité des modèles de rémunération.....	27
Constats.....	29
<b>II – Contextes</b> .....	32
Facteurs systémiques liés à la rémunération médicale .....	32
Autres facteurs contextuels associés à l’organisation des soins et à la pratique médicale .....	37
Constats.....	39
<b>III – Impacts</b> .....	40
Constats.....	46
<b>PARTIE E – Pistes de recherche</b> .....	50
<b>PARTIE F – Références et bibliographie</b> .....	52

# Rapport de recherche intégral

## Liste des tableaux

Tableau 1. Modèles de rémunération de base.....	22
Tableau 2. Modèles de rémunération complémentaires.....	22
Tableau 3. Modèles de rémunération selon les types de soins dispensés.....	25
Tableau 4. Modèles de rémunération des médecins de soins primaires selon leur organisation de soins de santé primaire en Ontario, années 2010 .....	25
Tableau 5. Modèles de rémunération des médecins au Québec et leur importance relative dans la rémunération globale des médecins, %, 2013-2014.....	26
Tableau 6. Tableau Modèles dominants de rémunération des médecins, .....	29
Tableau 7. Part de la RA dans les paiements cliniques bruts moyens, .....	30
Tableau 8. Arguments traditionnellement évoqués caractérisant.....	41
Tableau 9. Arguments traditionnellement évoqués caractérisant.....	42
Tableau 10. Effets observés des modèles de rémunération de base .....	44
Tableau 11. Effets attendus, observés, inattendus et méconnus des modèles de rémunération hétérogènes .....	45

## Liste des figures

Figure 1. Évolution des modèles de rémunération des médecins, .....	24
Figure 2. Figure Temporalité des modèles de rémunération.....	28

## Rapport de recherche intégral

### Liste des sigles et acronymes

<b>ACO</b>	Accountable Care Organization
<b>AMO</b>	Association médicale ontarienne
<b>CAPI</b>	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
<b>CCM</b>	Comprehensive Care Model
<b>CMS</b>	Center for Medicare and Medicaid services
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CSBE</b>	Commissaire à la santé et au bien-être
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRG</b>	Diagnostics regroupés pour la gestion (Diagnosis Related Group)
<b>ENMR</b>	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
<b>FHG</b>	Family Health Group
<b>FHN</b>	Family Health Network
<b>FHO</b>	Family Health Organization
<b>FMOQ</b>	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
<b>FMSQ</b>	Fédération des médecins spécialistes du Québec
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>ICIS</b>	Institut canadien d'information sur la santé
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OHSRC</b>	Ontario's Health Services Restructuring Commission
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé

## Rapport de recherche intégral

<b>PCMH</b>	Patient-centered medical home
<b>PCN</b>	Primary Care Networks
<b>PEMS</b>	Patient Enrolment Models
<b>QOF</b>	Quality and Outcomes Framework
<b>RA</b>	Rémunération à l'acte
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>RAP</b>	Rémunération à la performance
<b>RBRVS</b>	Resource-based relative value scale
<b>REPMS</b>	Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société
<b>RM</b>	Rémunération médicale
<b>ROSP</b>	Rémunération sur objectifs de santé publique
<b>VBP</b>	Value-Based Purchasing

## Rapport de recherche intégral

### Glossaire des terminologies employées

Terminologie	Définition
Autres programmes et avantages prévus <i>Applicables au Québec</i>	Catégorie de rémunération comprenant la rémunération des médecins travaillant à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Est également incluse la part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle des médecins payée par le gouvernement
Diagnosics regroupés pour la gestion (DRG)	classification des patients dans des groupes homogènes (pathologies de même nature et traitements équivalents en coût et en durée de séjour dans un établissement).
Family Health Organization (FHO) ou Organisation de santé familiale (OSF) et Family Health Network (FHN) ou Réseau de santé familiale (RSF)	«Un groupe de médecins (trois ou plus) qui dispensent aux patients inscrits des soins primaires complets 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (pendant leurs heures de bureau et à l'aide de services téléphoniques de consultation), et qui sont rémunérés par capitation et à l'acte. Un RSF et un OSF se distinguent principalement par les taux de base de la rémunération et par l'ensemble des services de base offerts. » (Price, 2015, p. 42)
Family Health Group (FHG) ou Groupe de santé familiale	«Un groupe de médecins (trois ou plus) qui offrent aux patients inscrits des soins primaires complets 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (pendant leurs heures de bureau et à l'aide de services téléphoniques de consultation)» (Price, 2015, p. 42)
Compréhensive Care model (CCM) ou Modèles de soins complets	«Un médecin seul qui fournit des services complets de soins primaires aux patients inscrits et quelques services après les heures normales.» (Price, 2015, p. 42)
Rural and Northern Physician Group Agreement (RNPGA) ou Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord (EGMMRN)	«Ententes spéciales avec les fournisseurs de soins primaires dans des contextes particuliers : régions rurales ou du Nord de l'Ontario, populations à besoins élevés, etc.» (Price, 2015, p. 43)
Gaming	Situation dans laquelle les participants trouvent des moyens de maximiser les résultats attendus en fonction de leurs préférences individuelles sans pour autant contribuer à atteindre la finalité collective recherchée par l'incitatif. Le phénomène du gaming a été constaté en Angleterre, suite à l'introduction de la publication du système de « star rating » pour les organisations de santé publique (Custers, 2008).
Honoraires forfaitaires <i>Appliqués au Québec</i>	Comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière. Le tarif pour la demi-journée concerne les médecins spécialistes, tandis que la rémunération à la vacation, basée sur une période de travail de trois heures, est réservée aux médecins omnipraticiens.
Mesures particulières <i>Appliquées au Québec</i>	Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à

## Rapport de recherche intégral

Terminologie	Définition
	<p>y rester. Elles comprennent, entre autres, les primes d'éloignement, de ressourcement et de rétention ainsi que le programme de formation continue.</p> <p>Elles incluent également les allocations ou les indemnités versées aux médecins dans des situations particulières. Les congés de maternité ainsi que les programmes d'allocation de fin de carrière, de départ assisté ou de réorganisation volontaire de la pratique professionnelle sont des exemples de mesures particulières</p>
Modèle de rémunération	« Modèle » au lieu de « mode » parce que la rémunération médicale est constituée d'une combinaison de diverses modalités de rémunération (salarial, forfait, incitatives, dissuasives, collectives, individuelles, etc.) qui est mieux représentée par le terme « modèle »
Modèle de rémunération base (salarial, acte, capitation, capitation ajustée)	Modèles traditionnellement utilisés dans les systèmes de santé sur lesquels s'ajoutent des modèles complémentaires
Modèle de rémunération hétérogène	Combinaison de modèles de rémunération de base et complémentaires; distinct de l'appellation « mixte » qui renvoie au Québec à un modèle particulier de rémunération des médecins
Modèle de rémunération complémentaire (RAP, paiements liés, globaux et participation aux gains)	Modèle de rémunération qui s'ajoute et se combine au modèle de rémunération de base
Multitasking	Connu dans la littérature économique (Rosenthal, 2006; Holmstrom, 1991), est une situation où le payeur instaure un programme d'incitatifs qui poursuit des objectifs multidimensionnels, dont toutes les dimensions ne sont pas soumises à une évaluation. Alors, les activités des dimensions évaluées et récompensées peuvent atténuer (détourner) les efforts destinés aux dimensions non évaluées (Custers, 2008).
Paiements cliniques bruts versés aux médecins Applicable au Canada seulement	Paiements versés pour des services médicaux couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie au Canada
Patient Enrolment Models (PEMs) ou Modèle d'inscription des patients (MIP)	Le modèle d'inscription des patients est un système d'inscription volontaire de patients auprès d'un médecin de soins primaires participant à l'un des modèles de soins primaires ontariens. MIP a été mise en place en Ontario dans le but de mieux dispenser les soins de santé primaires en évitant les retombées négatives de la rémunération à l'acte traditionnelle.

## Rapport de recherche intégral

<b>Terminologie</b>	<b>Définition</b>
Rémunération à forfait et à primes (mesures incitatives) <i>Appliquée au Québec</i>	La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient, vulnérable ou non. Elle varie selon l'âge de celui-ci, son état de santé et son lieu de suivi ». Les primes font majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne
Rémunération mixte <i>Appliquée au Québec</i>	Pour les spécialistes : comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Cette rémunération touche les médecins qui exercent leur profession dans un département clinique, un service clinique ou un secteur d'activité d'un établissement ». Pour les omnipraticiens travaillant notamment au service des urgences d'un hôpital ou rendant des services en vertu d'ententes particulières : versement d'honoraires forfaitaires auxquels s'ajoute un pourcentage du tarif de l'acte
Salaire et honoraires fixes <i>Appliqués au Québec</i>	Dans les ententes, le terme « salaire » est réservé aux médecins spécialistes et le terme « honoraires fixes », aux médecins omnipraticiens. Ces deux types de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier. Des avantages sociaux sont rattachés à ces types de rémunération. Ils s'appliquent, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires (CLSC) ou une direction de la santé publique.
Système de paiement de soins intégrés	Système de paiement qui couvre les coûts d'un ensemble de soins de santé dont la rémunération du médecin (soins intégrés dispensés dans un même lieu de prestation (intégration verticale), soins intégrés dispensés sur différents lieux de prestation (intégration horizontale). Il peut s'agir de soins primaires, de soins traitant une maladie chronique, etc.

Source : Gagné, F., Sirois, J., MSSS 2016; Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada, 2015 : rapport sommaire*, ICIS, 2016, site TermiumPlus consulté le 20-01-2017; VGQ, 2015; Price 2015

# Rapport de recherche intégral

## **PARTIE A – Contexte de la recherche**

### **1- Problématique**

Parce qu'elle représente la deuxième plus grande catégorie de dépenses de santé du secteur public à l'échelle canadienne, provinciale et territoriale après celles des hôpitaux, les dépenses liées à la rémunération des médecins constituent un intrant majeur des systèmes de santé au Canada (21,6 %, 32,8 G \$, 2014; ICIS, 2015). Durant la période 2010-2011 à 2014-2015, les dépenses liées aux paiements cliniques bruts<sup>i</sup> des médecins ont cru de 8% au Canada, de 4% en Colombie-Britannique, de 3% en Ontario et de 22% au Québec, soit plus rapidement que celles des hôpitaux et des médicaments (ICIS, 2016). Au Québec, en 2014 les dépenses publiques de rémunération médicale, atteignaient 6,8 milliards<sup>ii</sup> \$ et représentaient 21 % des dépenses publiques de santé (ICIS, 2015). Alors que durant la période 2010 à 2015, la croissance annuelle des dépenses publiques de santé et de services sociaux du Québec gravitait autour de 3 %, celle prévue dans les enveloppes budgétaires dédiées à la rémunération des médecins variait de 7,3 % à 9,6 % (VGQ, 2015).

Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé des pays de l'OCDE, confrontés à des situations similaires, ont mis en place de nombreuses réformes au sein desquelles les changements des modèles de rémunération des médecins occupaient un rôle important (OCDE, 2016). Parce que les modèles de rémunération influencent les comportements des médecins, ils sont considérés comme un outil de régulation pouvant favoriser, entre autres,

## Rapport de recherche intégral

la qualité des soins et la performance des systèmes de santé (Esptein, 2004; Marshall 2003; Maynard, 2012; Casale, 2007; Chaix-Couturier, 2000; Flodgren, 2011).

La rémunération a été l'objet d'une littérature scientifique internationale vaste et diversifiée. Au Québec, au fil des ans, un bon nombre d'études traitant de la question ont recommandé le recours à une rémunération hétérogène (combinaison de rémunération à l'acte (RA), salaire, vacation, mesures incitatives, forfaits, etc.) afin de compenser les désavantages et avantages de chaque modèle de rémunération (AQESSS, 2014; CSBE, 2009; VGQ, 2015; MSSS, 2016). La rémunération des médecins payés par la RAMQ est négociée périodiquement par des ententes établies entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les 2 fédérations médicales. Ces médecins perçoivent une rémunération établie sur une combinaison de modèles de rémunération dans laquelle la RA demeure prédominante. La RA représentait en 2013-2014 selon les sources 61,4 % (MSSS, 2016; VGQ, 2015) ou 77,1 % (ICIS, 2015) de l'ensemble des sommes payées aux médecins.

Au Québec comme partout ailleurs dans le monde, l'allocation et l'utilisation des ressources destinées à la rémunération des médecins jouent un rôle central en matière de viabilité et de performance des systèmes. Des pressions sociales se font aussi entendre de façon croissante dans la presse écrite francophone québécoise, où plus d'une soixantaine d'articles sur la rémunération médicale ont été identifiés au cours des derniers mois (annexe 2). Les thèmes les plus fréquemment abordés portent sur les revenus des médecins québécois, l'étalement de leurs hausses salariales et la reddition de

## **Rapport de recherche intégral**

comptes au regard de leur rémunération, les frais accessoires, la part de la rémunération médicale dans les dépenses publiques de santé, etc.

Dans ce contexte, le programme Actions concertées du Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC), du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) et du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a fait faire une analyse comparative, nationale et internationale, des modèles de rémunération des médecins et de leurs effets sur la qualité et la continuité des soins dans différents systèmes de santé.

### **2- Principales questions de recherches et ou hypothèses**

Les 3 questions de recherche qui ont guidé le projet « Regards sur les modes<sup>iii</sup> de rémunération des médecins - Volet 1 » sont: 1) Quels sont les modèles de rémunération des médecins et les incitatifs utilisés dans différentes juridictions au Canada et à l'international pour des systèmes de santé comparables ? 2) Quelles sont : i) les dimensions systémiques et de l'environnement organisationnel liées à l'utilisation des différents modèles de rémunération des médecins et des divers incitatifs ? et ii) quels sont les contextes (juridique, organisationnel, culturel, professionnel et interprofessionnel), approches, processus et stratégies qui favorisent l'introduction de changement et d'innovation en matière de rémunération des médecins ? 3) Quel est l'impact du modèle de rémunération des médecins sur la qualité, les coûts et l'accès aux soins ?

## **Rapport de recherche intégral**

### **3- Objectifs du projet**

Les objectifs du projet sont : i) de dresser une typologie des modèles de rémunération utilisés dans différentes juridictions au Canada et à l'international pour des systèmes de santé comparables, ii) de mieux comprendre les liens entre le recours à différents modèles de rémunération et le contexte social, politique et économique du système de santé incluant les capacités d'expérimentation et d'innovation en cette matière, iii) d'analyser et d'apprécier l'impact de différents modèles (et de leur combinaison) sur la qualité des soins et services incluant les enjeux en matière d'accès, d'équité, de continuité et de globalité des soins et sur les résultats de santé, et iv) de comprendre la synergie entre la rémunération médicale et d'autres leviers dont l'organisation du travail et la collaboration interprofessionnelle susceptibles de favoriser la transformation et l'amélioration de l'offre de soins et services et une utilisation efficiente des ressources. Les résultats, conditionnés par la littérature existante sur le sujet, serviront à tirer des enseignements susceptibles d'informer les politiques en cette matière au Québec.

## **Rapport de recherche intégral**

### **PARTIE B – Pistes de solutions en lien avec les résultats, retombées et implications des travaux**

#### **1. Types d'auditoire**

Les décideurs politiques et de la fonction publique.

Les fonctionnaires du Ministère de Santé et des Services sociaux et du Conseil du Trésor, les organisations gouvernementales (RAMQ, VGQ, INESSS), para gouvernementales et non gouvernementales, organisations du réseau de la santé (CIUSSS, CISSS, etc.).

Les chercheurs et étudiants (faculté de médecine, de gestion de la santé, politique publique, d'économie, de droit...).

Les représentants des médecins (fédérations, associations).

Les représentants des patients.

Et tout citoyen intéressé par la question de la rémunération médicale.

#### **2. Principales conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants**

Dans un premier temps, les responsables ministériels et les fédérations des médecins généralistes et spécialistes jouent un rôle central et déterminant dans l'issue des négociations des ententes sur la rémunération médicale. Ils pourraient bénéficier directement des retombées de l'analyse des connaissances issue de la synthèse de la littérature et des études de cas empiriques sur les manières de réfléchir et d'innover en matière de rémunération médicale.

## Rapport de recherche intégral

### **3. Retombées immédiates ou prévues des travaux sur les plans social, économique, et politique**

**Sur le plan social :** Des pressions sociales se font entendre de façon croissante sur la question de la rémunération des médecins. Les résultats de cette recherche permettront de mieux situer l'enjeu de la rémunération des médecins d'une part au sein du système de santé et d'autre part au regard d'enjeux d'autres secteurs d'activités. Par exemple les connaissances scientifiques issues de cette recherche informent les différents auditoires sur les diverses options en matière d'adéquation entre les besoins des patients, les caractéristiques des modèles de rémunération et les aspirations et motivations des médecins à l'égard des soins dispensés.

**Sur le plan économique :** Les résultats de la recherche soulignent l'importance de mesurer précisément l'incidence nette des effets des combinaisons de modèles de rémunération sur la performance du système de santé. Compte-tenu de la part importante de ressources financières destinée à la rémunération médicale, il devient nécessaire de mieux comprendre et valider l'efficacité de cette dépense, d'autant plus qu'elle pourrait avoir des retombées considérables auprès d'autres secteurs qui ne peuvent bénéficier d'un tel niveau de ressources.

**Sur le plan politique :** Les résultats de la recherche démontrent que l'atteinte d'objectifs d'amélioration de la performance des systèmes de santé ne peut se faire uniquement par l'entremise d'un changement dans les modèles de rémunération. Ainsi, il est plus approprié de considérer les modèles de

## **Rapport de recherche intégral**

rémunération comme un outil de régulation qui doit être associé à d'autres initiatives afin d'en maximiser les retombées.

### **4. Limites et niveau de généralisation de la recherche**

Une première limite a trait à la littérature scientifique disponible sur le sujet. L'analyse de la littérature sur l'impact des modèles de rémunération ne permet pas d'établir clairement la supériorité d'un modèle de rémunération par rapport à un autre. Elle permet par contre de mieux comprendre les effets des différents modèles de rémunération. Une seconde limite porte sur les difficultés d'évaluer l'ensemble des retombées des modèles de rémunération dans un système donné. Au fil des années, alors que les cibles à évaluer au sein d'une même étude se précisent (deviennent plus étroites), la portée des effets observés des différents modèles de la rémunération médicale sur le fonctionnement global d'un système de santé et sa performance et plus spécifiquement sur l'offre de soins s'avère plus difficile à établir.

Les leçons apprises à partir de cette synthèse de connaissances sur les effets des modèles de rémunération médicale sont à considérer avec prudence étant donné : i) la portée scientifique des recherches dans ce secteur, et ii) l'envergure souvent restreinte des études qui apprennent peu sur les contextes institutionnels dans lesquels prennent forme les politiques de rémunération médicale (caractéristiques des systèmes de santé, de la profession médicale et des patients). Ainsi, la généralisation des effets observés des modèles de rémunération médicale est difficile à concevoir sans la prise en compte de facteurs contextuels propres à chaque système de santé.

## Rapport de recherche intégral

### 5. Messages clés

Les messages clés découlant de ce travail de recherche s'adressent à tout type d'auditoire. Cependant, en fonction du niveau d'intérêt des publics cibles l'attention portée à ces derniers pourrait varier.

Certains messages clés suivent :

- Les changements successifs dans les modèles de rémunération conduisent à des combinaisons variées de modèles où interviennent davantage de parties prenantes dans le contrôle et la gestion de la rémunération médicale,
- Les combinaisons des modèles de rémunération, dont les effets sont difficiles à cerner marquent la recherche permanente d'une meilleure convergence entre les objectifs des parties prenantes,
- Plus il y a de combinaisons de modèles de rémunération dans un système de santé plus il est compliqué d'établir clairement qui assume le risque financier lié à la production des soins,
- Selon le contexte et les objectifs visés, les effets d'un même modèle de rémunération peuvent varier et ainsi être favorables ou non, discordants ou cohérents,
- Les systèmes de paiement de soins intégrés – paiement lié, paiement global, participation aux gains – dans lesquels la rémunération des médecins est incluse s'avèrent être une nouvelle façon de faire converger les objectifs des parties prenantes,

## **Rapport de recherche intégral**

- Les modèles de paiement des soins intégrés représentent une opportunité pour répartir le financement des soins entre les parties prenantes et accroître l'efficacité dans la production des soins,
- Les modèles de rémunération peuvent produire des effets sur l'offre, la demande, l'organisation et le financement des soins et la performance des systèmes de santé mais la prudence demeure quant à l'interprétation de leurs effets.

### **6. Principales pistes de solution**

1. Quelques balises pour orienter les politiques de rémunération médicale dans le système de santé québécois. Ces résultats font ressortir l'importance :

- de mieux appréhender de façon empirique les caractéristiques des modèles de rémunération des médecins payés par la RAMQ,
- d'identifier les enjeux et problèmes prioritaires nécessitant un changement dans les politiques de rémunération,
- de réaliser des expérimentations ciblées et systématiques de modèles alternatifs de rémunération,
- d'établir des stratégies adaptées en matière de législation et de régulation,
- d'étendre la surface de dialogue entre le gouvernement et les fédérations de médecins au-delà de la rémunération, chacune des parties prenantes devant jouer un rôle plus actif, créatif et rigoureux lors de la négociation des ententes.

2. L'adaptation de la pratique médicale à l'évolution des facteurs contextuels (technologies, disponibilités budgétaires, transition épidémiologique,

## **Rapport de recherche intégral**

démographie, etc.) nécessite des ajustements de politiques de rémunération judicieux.

3. De nouvelles politiques de rémunération médicale devront s'inscrire dans une réflexion plus large sur la valorisation des principes d'imputabilité, de co-responsabilité (y compris les patients) et d'inter-professionalisme entre la profession médicale et les autres parties prenantes du système de santé.

## **Rapport de recherche intégral**

### **PARTIE C– Méthodologie**

La méthodologie comprend deux devis de recherche: une analyse systématique de la littérature scientifiques de type synthèse interprétative et des études de cas dans 4 juridictions (États-Unis, France, Ontario, Pays-Bas). Une recherche systématique a été conduite dans les bases de données bibliographiques d'articles scientifiques en matière de politiques de santé à partir d'une liste de mots clés couvrant la période de 1990 à 2015 (annexe 1). Les résumés retenus ont été lus en double lecture indépendante, puis discutés simultanément par trois membres de l'équipe de recherche<sup>iv</sup>. Un total de 253 articles, retenus selon les critères d'inclusion et d'exclusion, ont été analysés en profondeur sur une plate-forme Web<sup>v</sup> (annexe 2 et 3), dont le tiers en double lecture indépendante afin de stabiliser l'appréciation du contenu des articles. Des rencontres d'équipe ont permis de discuter les articles pour lesquels existait un doute sur leur apport aux objectifs de la recherche. Par la suite plus de 65 articles supplémentaires ont été recensés à partir de la technique boule de neige. Une recherche documentaire de littérature scientifique grise a permis de compléter le corpus de connaissances (annexe 1). Des articles de presse provenant de médias francophones ont été recensés, tout au long du projet, afin de mettre en contexte les résultats de notre recherche avec les enjeux de la rémunération médicale au Québec (annexe 4). De plus, des travaux spécifiques ont été menés sur le volet juridique de la rémunération des médecins au Québec et d'autres provinces canadiennes (annexe 5). Les 4 études de cas ont été réalisées à partir de travaux récents d'organisations, d'experts reconnus, d'articles scientifiques, et d'entrevues

## **Rapport de recherche intégral**

semi-structurées (annexes 6 et 7) auprès de personnes ressources pour mieux comprendre les innovations en matière de rémunération médicale, le contexte dans lequel elles prennent forme et mieux faire ressortir la contribution possible de chacun des cas au regard du Québec (annexe 8).

# Rapport de recherche intégral

## **PARTIE D – Résultats**

### **I – Typologie**

La section sur la typologie des modèles de rémunération a été construite à partir de la théorie économique<sup>vi,vii</sup> et de données empiriques provenant des systèmes de santé des pays industrialisés produites dès les années 1960. Elle se distingue des typologies généralement axées sur des définitions et sur les forces et faiblesses des modèles de rémunération car elle s'intéresse à leurs composantes et à leur portée en matière de transfert de risques et procure une perspective évolutive des changements survenus dans les politiques de rémunération médicale au cours des 50 dernières années. Cette section est divisée en 4 parties : les principaux attributs de la rémunération médicale, l'évolution des modèles de rémunération de 1960 à 2016, la temporalité des modèles et certains constats permettant de mieux appréhender les caractéristiques des modèles de rémunération et leur évolution.

#### **Principaux attributs de la rémunération médicale**

À la base, la rémunération médicale est une responsabilité partagée entre trois acteurs centraux : le patient (utilisateur ou payeur de soins), le médecin (dispensateur ou producteur de soins) et le tiers-payant (payeurs de soins financés par des fonds publics ou privés) (Hurley, 2010). Le but de la rémunération est que le tiers-payant propose une rémunération qui soit acceptable par le médecin (Sigsbee, 2010) et qui aboutisse à une utilité maximale pour le patient, tout en sachant qu'une incertitude plane sur le résultat, indépendamment du comportement du médecin, qui dispose d'un savoir médical (asymétrie d'information) (Rochaix, 2004). Cette délégation du

## Rapport de recherche intégral

pouvoir de décision du tiers-payant vers le médecin constitue une relation d'agence<sup>viii</sup> qui est au centre de l'analyse actuelle des politiques de rémunération médicale (Jensen et Meckling, 1976; Domin, 2015).

À l'exception de certaines applications de la RAP<sup>ix</sup>, le médecin est rémunéré en fonction d'un résultat intermédiaire (acte médical: consultation, diagnostic, prescription, intervention chirurgicale, etc.) et non pour un résultat final, qui est l'amélioration de l'état de santé d'un individu<sup>x</sup>.

Le médecin peut être rémunéré par l'organisation de soins ou par une entité indépendante (ex. : RAMQ au Québec). Cela dépend du niveau d'intégration du médecin dans l'organisation de soins. Cette dernière varie selon le système de santé, cela fait en sorte que le médecin peut avoir un statut de travailleur autonome ou d'employé. Le médecin travailleur autonome dans un établissement de santé décide de l'allocation de certaines des ressources (humaines et financières) de l'organisation sans en être entièrement imputable. Cette situation qui demeure fortement étudiée est qualifiée d'« intégration verticale incomplète » entre le médecin et l'organisation de soins (Evans, 1981,1983; Berenson, 2007). Dans le système de santé canadien l'intégration verticale incomplète des médecins aux organisations de santé prévaut (Emery, 1999; Evans, 1984; Lomas, 1992).

Les modèles de rémunération ont été regroupés en 2 catégories « de base »<sup>xi</sup> ou « complémentaire<sup>xii</sup> ». Les 3 modèles de rémunération de base identifiés sont : i) l'acte, ii) le salariat et iii) la capitation<sup>xiii</sup>. Le tableau suivant les définit.

## Rapport de recherche intégral

**Tableau 1. Modèles de rémunération de base**

Modèles	Définition
<b>Rémunération à l'acte</b>	Nombre d'actes médicaux dispensés multipliés par un coût unitaire ou un facteur de conversion monétaire. Forfait pour chaque acte
<b>Salariat</b>	Nombre d'heures travaillées durant une semaine de travail multiplié par un taux horaire ou par un honoraire prédéterminés. Forfait pour une fonction
<b>Capitation</b>	Somme forfaitaire octroyée par patient inscrit dans un environnement donné, indépendamment du volume de soins prodigués. Forfait pour chaque patient
<b>Capitation ajustée</b>	Somme forfaitaire par patient inscrit ajustée en fonction des risques encourus par le patient ou par son environnement

Source : MSSS, 2016; Saint-Lary, 2015.

Parmi les modèles complémentaires les 4 principaux types sont : i) la RAP, ii) le paiement lié<sup>xiv</sup>, iii) le paiement global et iv) le régime d'intéressement collectif. Ils sont définis dans le tableau suivant.

**Tableau 2. Modèles de rémunération complémentaires**

Modèles	Définition
<b>Rémunération à la performance (RAP)</b>	<b>Incitatif financier</b> : paiement additionnel versé au médecin (niveau individuel), une équipe de médecins ou une organisation de soins (niveau collectif), et établi selon l'atteinte d'objectifs : i) qualitatifs ou quantitatifs - vise les soins de qualité fondés sur les données probantes ii) financiers ou non – visant le processus (intégration des fournisseurs de soins pour meilleure coordination des soins). <b>Incitatif non-financier</b> : mécanisme mis en place en vue d'obtenir des comportements souhaités des médecins (reconnaissance sociale, environnement et charge de travail, etc.)
<b>Paiement lié</b>	Forfaits versés à un médecin ou à une organisation de soins rémunérant l'ensemble des actes dispensés sur la base : i) d'un épisode de soins (arthroscopie du genou) ii) de la prise en charge d'un patient ayant un profil pathologique ciblé (maladie chronique)
<b>Paiement global</b>	Paiement octroyé à une (des) organisation(s) de soins afin de couvrir les soins dispensés (pouvant inclure jusqu'aux médicaments) à un nombre défini de patients durant une période donnée.
<b>Participation aux gains/régime d'intéressement collectif</b>	Montant octroyé sous forme de paiement direct ou d'investissement à une organisation de soins provenant des gains financiers ou des économies qu'elle a réalisés sur une base de référence prédéfinie.

Source : <sup>xv</sup>.

Les modèles de rémunération présentent tous un degré de forfaitisation variable. Ainsi, un forfait est versé pour chaque acte (paiement à l'acte), pour chaque patient (capitation), pour un nombre d'heures de travail et une fonction (salariat) (Saint-Lary, 2015), ou pour un épisode de soins (paiement lié).

## Rapport de recherche intégral

Le paiement lié à une pathologie, le paiement global, le régime d'intéressement collectif sont aussi assimilés à des degrés divers à des *systèmes de paiement de soins intégrés*, au sein desquels les médecins sont généralement rémunérés par plus d'un modèle de rémunération. Ces modèles de paiement des soins intégrés représentent des opportunités pour répartir le financement des soins entre les parties prenantes et accroître l'efficacité dans la production des soins.

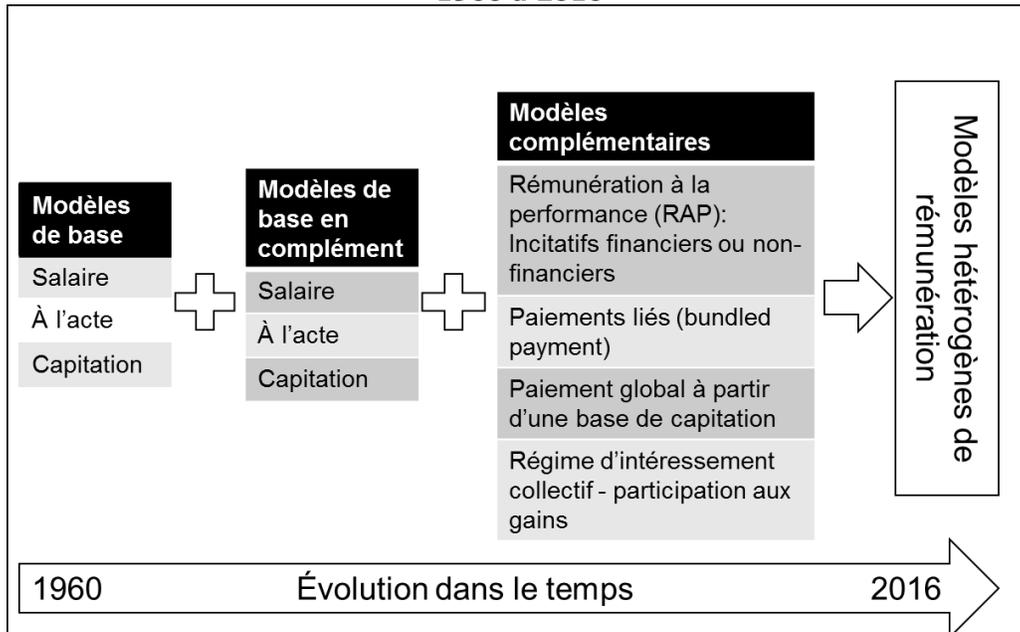
### Évolution des modèles

L'évolution des modèles de rémunération des médecins des années 1960 à ce jour est ponctuée de changements successifs. Dans les années 1960, pour la plupart des systèmes de santé, le salariat et la rémunération à l'acte sont tout d'abord appliqués seuls ou en combinaison avec d'autres modèles de base. La capitation est introduite par la suite pour répondre aux effets observés et non-souhaités (ex. : production d'un volume excessif de soins) de la RA et du salariat; elle semble alors prometteuse en matière de contrôle des dépenses médicales (Zuvekas, 2005). À partir de la fin des années 1970, pour pallier aux inconvénients et capitaliser sur les avantages des 3 modèles de rémunération de base, la théorie économique et les études empiriques en préconisent la combinaison<sup>xvi</sup>. Puis, les limites observées de ces combinaisons stimulent le recours à des modèles de rémunération complémentaires, dont les objectifs sont : i) une meilleure coordination des soins et des professionnels de la santé, ii) une amélioration de la qualité des soins, et iii) une amélioration de l'efficacité dans la dispensation des soins<sup>xvii,xviii</sup>. Les changements successifs conduisent à des combinaisons de modèles de plus en plus variées et complexes, identifiées comme étant des modèles hétérogènes de

## Rapport de recherche intégral

rémunération. L'évolution de ces changements est représentée dans la figure ci-dessous.

**Figure 1. Évolution des modèles de rémunération des médecins, 1960 à 2016**



---

Les changements successifs dans les modèles de rémunération conduisent à des combinaisons variées de modèles où interviennent davantage de parties prenantes.

---

À titre illustratif, les 2 tableaux ci-dessous représentent les formes d'hétérogénéité que peuvent prendre les modèles de rémunération actuels, selon les types de soins dispensés dans certains pays de l'OCDE et en Ontario (hétérogénéité présente dans les soins primaires).

## Rapport de recherche intégral

**Tableau 3. Modèles de rémunération selon les types de soins dispensés selon le pays de l'OCDE, 2012**

Pays	Types de soins		
	Soins de santé primaires	Spécialisés en ambulatoire	Patients hospitalisés <sup>a</sup>
Australie	RA/RAP	RA	DRG
Danemark	RA/Capitation	Autre	Budget global
France	RA/RAP/autre	RA/RAP/autre	DRG
Allemagne	RA	RA	DRG
Canada	Capitation/RA/RAP	RA/budget global/autre	Budget global
Pays-Bas	Capitation/RA/RAP/Budget global	RA/RAP	DRG
Suède	Capitation/RA/RAP	RA/RAP/Budget global	Budget global
Suisse	Capitation/RA	RA	DRG
Royaume-Uni	Capitation/RA/RAP/Autre	RAP/Budget global/autre	DRG
États-Unis	Capitation/RA/RAP/Autre	RA/RAP/Budget global	DRG

Note a : dans les cas de patients hospitalisés, les modèles de rémunération sont variables et rarement précisés dans les études.

RA : Rémunération à l'acte, RAP : Rémunération à la performance, DRG : Diagnostics regroupés pour la gestion

Source : OCDE, 2016. Données provenant des enquêtes sur les caractéristiques de santé des pays de l'OCDE de 2012 et des estimations du secrétariat de l'OCDE.

**Tableau 4. Modèles de rémunération des médecins de soins primaires selon leur organisation de soins de santé primaire en Ontario, années 2010**

Types d'organisation de soins	% médecins participants	Part des modèles de rémunération dominants (autres modèles)
RA Traditionnelle	37%	~ 85 % RA (salaire/capitation/avantages et primes/honoraires)
Organisation familiale de santé / Family Health Organization	29%	~ 70 % salaire/capitation/avantages (RA, primes/honoraires, bonus et frais liés)
Groupes de santé familiale / Family Health Group	26%	~ 80 % RA (salaire/capitation/avantages, primes/honoraires et bonus)
Modèle de soins complets / Comprehensive Care Model	3%	~ 75 % RA (salaire/capitation/avantages, primes/honoraires et bonus)
Réseaux de santé familiale / Family Health Network	3%	~ 65 % salaire/capitation/avantages (RA, primes/honoraires, bonus et frais liés)
Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord / Rural and Northern Physician Group Agreement	1%	~ 75 % salaire/capitation/avantages (primes/honoraires, bonus)

Légende : ~ signifie « approximatif ».

Source : OCDE, 2016.

## Rapport de recherche intégral

Selon les données de l'ICIS (2015), au Québec, la RA représente 77,5% des paiements cliniques bruts des médecins. Bien que le financement pondéré (9,2%) et la vacation (7,4%) soient les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources les plus importantes des paiements cliniques, elles restent marginales (ICIS, 2016). L'importance de la contribution de la RA varie selon les spécialités médicales. En 2014-2015, 68% des paiements cliniques bruts<sup>xix</sup> des médecins de famille provenaient de la RA alors qu'ils constituaient 89% du revenu des spécialistes médicaux (ICIS, 2016).

**Tableau 5. Modèles de rémunération des médecins au Québec et leur importance relative dans la rémunération globale des médecins, %, 2013-2014**

<b>Modèle de rémunération</b>	<b>Part de la rémunération globale % - 2013-2014</b>
Rémunération à l'acte (y compris certaines mesures incitatives)	61,4
Rémunération mixte	22,8
Honoraires forfaitaires	6,3
Salaires et honoraires fixes	1,3
Rémunération à forfait et à primes (RAP)	4,3
Mesures particulières (RAP)	1,2
Autres programmes et avantages prévus	2,7
Total	100

Source : Gagné, F., Sirois, J., MSSS 2016; Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada, 2015 : rapport sommaire*, ICIS, 2016.

Les médecins spécialistes sont rémunérés selon deux principaux modèles dans les pays de l'OCDE : le salariat ou au paiement à l'acte (Paris, 2013) (annexe 9). La rémunération moyenne des spécialistes demeure supérieure à celle des généralistes, et celle-ci varie beaucoup en fonction des spécialités médicales (OCDE, 2015, 2008a, 2008b, ICIS, 2016). Dans certains pays, la rémunération des spécialistes excède de plus de 50% celle des généralistes (OCDE, 2008), et également a tendance à augmenter plus rapidement que celles des

## Rapport de recherche intégral

généralistes (OCDE, 2008). À cet égard, la rémunération selon les spécialités médicales a un impact sur l'attrait financier des différentes spécialités (OCDE, 2015).

---

Les changements successifs dans les combinaisons des modèles de rémunération marquent la recherche permanente d'une meilleure convergence entre les objectifs des parties prenantes

---

### **Temporalité des modèles de rémunération**

La temporalité d'un modèle de rémunération concerne la relation entre le revenu obtenu pour dispenser le soin par le médecin ou l'organisation de soins et les coûts qui ont été engendrés pour le produire, et informe sur la partie prenante qui assume les risques financiers encourus par la production et la dispensation du soin (Hurley, 2010; Jegers, 2002; Rochaix, 2004). Le modèle peut être rétrospectif, où le montant alloué au dispensateur de soins (médecins, organisations de soins) est déterminé après que les soins aient été fournis ou prospectif, où le montant alloué au dispensateur de soins est établi avant que les soins soient prodigués. Dans un système rétrospectif, comme la rémunération est basée sur les coûts de tous les soins dispensés, il y a une faible motivation à les maîtriser ou à les diminuer et donc une inclinaison modérée à stimuler l'efficacité technique<sup>xx</sup>. Dans un système prospectif, comme le dispensateur de soins est rémunéré à partir d'un budget prédéterminé, les incitatifs visant à atteindre l'efficacité technique sont plus grands, car il peut être financièrement imputable ou responsable des coûts

## Rapport de recherche intégral

excédant le budget prédéterminé (Jegers, 2002; Hurley, 2010). La figure suivante présente les composantes de la dépense médicale (valeur totale de la rémunération médicale) des modèles de rémunération selon leurs caractéristiques prospective et rétrospective.

**Figure 2. Figure Temporalité des modèles de rémunération selon les composantes de la dépense médicale**

Modèle de rémunération / système de paiement	Composantes de la dépense de rémunération médicale R: Rétrospectif – P: prospectif				
	\$ / épisode de soins		Quantité de soins		Nombre d'individus recevant des soins
	Coûts/ soins (\$)	Nbre soins/ épisode	Nbre épisode/s maladie	Nbre maladies/ Individu	
À l'acte	P	R	R	R	R
Salaire	P				
Capitation	P				R
Rémunération à la performance (RAP)	P	R	R	R	R
Paiement lié : -Épisode de soins	P	P	R	R	R
-Pathologie	P	P	P	R	R
Paiement global	P				
Participation aux gains	R				

Source : Adapté de Hurley, 2010; Robinson, 2001.

La temporalité<sup>xxi</sup> des modèles de rémunération est appréciée en regard de leur degré de mixité et de l'importance des composantes de la dépense médicale de chaque modèle. Plus il y a de combinaisons de modèles de rémunération dans un système de santé plus la temporalité devient difficile à établir.

## Rapport de recherche intégral

---

Plus il y a de modèles de rémunération différents dans un système de santé, plus il devient difficile d'établir qui assume le risque financier

---

### Constats

Constat 1 :

La rémunération à l'acte demeure le modèle de base prédominant dans les modèles hétérogènes mais son importance tend à diminuer au fil des ans au profit des modèles complémentaires, du salariat et de la capitation (OCDE 2010, Paris & Devaux; ICIS, 2016). Les 2 tableaux suivants indiquent respectivement la répartition du nombre de pays de l'OCDE selon les modèles dominants<sup>xxii</sup> de rémunération et l'importance de la RA dans les grandes familles de spécialités médicales au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique.

**Tableau 6. Tableau Modèles dominants de rémunération des médecins, pays de l'OCDE, %, 2009**

<b>Modèles de rémunération<sup>a</sup></b>	<b>Soins primaires</b>	<b>Soins ambulatoires spécialisés</b>	<b>Soins en établissements</b>
<b>RA</b>	18/29 (62 %)	17/27 (63 %)	6/23 (26 %)
<b>Capitation</b>	12/29 (41 %)	0	0
<b>Salaire</b>	10/29 (34 %)	17/27 (63 %)	20/23 (87 %)

Note : le numérateur représente le nombre de pays où le modèle est dominant alors que le dénominateur est le nombre total de pays concernés.

Note <sup>a</sup>; parfois, il peut y avoir plus d'un modèle dominant.

Source : adapté de OCDE, 2010, Paris, Devaux.

## Rapport de recherche intégral

**Tableau 7. Part de la RA dans les paiements cliniques bruts moyens, Québec, Ontario et Colombie-Britannique, 2014-2015, en % et \$**

Spécialités	Québec		Ontario		Col.-Brit.	
	%	\$	%	\$	%	\$
<b>Médecine de famille</b>	68,4	248 028	45,3 %	313 804	83,5	220 078
<b>Spécialités médicales</b>	81,7	359 125	82,9 %	335 001	76,4	312 789
<b>Spécialités chirurgicales</b>	89,0	430 602	87,1 %	459 259	84,2	446 234
<b>Total des spécialités</b>	84,2	380 831	84,4 %	370 610	79,5	353 738
<b>Total des médecins</b>	77,5	310 438	63,9 %	363 841	80,6	279 986

Source : ICIS, 2016.

---

Bien que la RA soit prévalente dans les modèles de rémunération hétérogènes, son importance tend à diminuer au fil des ans

---

Constat 2 :

Les modèles hétérogènes s'accompagnent d'un plus grand nombre de parties prenantes et d'un rôle accru pour certaines d'entre elles dans les domaines du contrôle ou de la gestion de la rémunération médicale (Pays-Bas, USA/ACO). Ainsi, le passage d'un modèle où les relations/échanges de services et d'argent se font entre trois acteurs, vers un modèle plus hétérogène marqué par des relations/échanges entre de plus nombreux acteurs représente une complexification des systèmes de paiement des médecins et des enjeux de régulation.

Constat 3 :

Les modèles de paiement plus intégrés (paiements liés ou globaux, participation aux gains), laissent entrevoir des arrangements organisationnels

## **Rapport de recherche intégral**

qui lient davantage les médecins aux organisations de soins et des transferts de tâches des médecins vers du personnel non-médical. Ils permettent dans une certaine mesure de mieux équilibrer le risque financier supporté généralement par les organisations de soins et les tiers-payeurs et ainsi accroître les incitatifs favorables à une plus grande efficacité dans la production collective des soins.

Constat 4 :

La rémunération des spécialistes est supérieure à celle des généralistes et les niveaux de rémunération des généralistes et des spécialistes varient parfois grandement entre les pays (OCDE, 2008, 2015). Dans un certain nombre de pays de l'OCDE (Canada, France, Finlande, Islande, Israël, Mexique, Hongrie), l'écart de revenu entre généralistes et spécialistes s'est accru au cours des 10 dernières années.

Constat 5 :

L'hétérogénéité croissante caractérisée par des combinaisons de modèles prospectifs et rétrospectifs variés qui ciblent séparément des objectifs différents, peut i) inclure des modèles dont les objectifs sont contradictoires et ii) faire en sorte qu'il demeure ardu d'établir clairement leurs retombées sur la performance des systèmes de santé.

---

Les modèles de rémunération hétérogènes ciblent de multiples objectifs parfois contradictoires, qui rendent difficile l'analyse de leurs retombées sur la performance des systèmes de santé.

---

### **II – Contextes**

Les publications consultées accordent peu d'importance aux éléments permettant de cerner les liens entre le contexte, l'introduction d'un nouveau modèle de rémunération et ses effets sur la pratique médicale. Seules certaines études identifient des facteurs pouvant influencer des innovations en matière de rémunération médicale. Cette section présente successivement les facteurs systémiques liés à la rémunération médicale et les autres facteurs.

#### **Facteurs systémiques liés à la rémunération médicale**

Par facteurs systémiques, il est question du cadre juridique<sup>xxiii</sup> et des structures des systèmes de santé qui les composent et des relations entre les principales parties prenantes (prestataires de soins, patients, régulateur et tiers-payants) impliquées dans le financement et la régulation de la rémunération des médecins. Ces facteurs situent la rémunération médicale dans une perspective plus globale. Trois modèles dominants de systèmes de santé se distinguent (OCDE, 2011, Rothgang 2010; Bras, 2009; Lamarche 2005; Docteur, 2003) : systèmes nationaux, systèmes d'assurances et systèmes libéraux.

## Rapport de recherche intégral

Au sein des systèmes nationaux de santé, la gouvernance du système et le financement des soins sont assumés par une même instance administrative (Hussey, 2003), et la gestion de la rémunération médicale peut être centralisée (Angleterre, Canada) (Bras, 2009). En Angleterre, un contrat national (négocié d'une part avec les représentants des médecins généralistes et les spécialistes d'autre part) est signé entre le National Health System (NHS) (tiers-payeur) et les médecins. Au Canada, où le financement est fiscalisé, la gestion et les décisions concernant la rémunération médicale relèvent des provinces qui doivent respecter la Loi canadienne sur la santé (Régis, 2015). Les médecins sont rémunérés selon des ententes continuellement renégociées entre les représentants des médecins (syndicats ou associations) et les ministères provinciaux en charge de la santé. Au Québec, les négociations se déroulent avec chacune des 2 fédérations médicales (FMSQ et FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Régis, 2015; VGQ, 2015). Dans ces systèmes de santé nationaux, l'État intervient en matière de régulation, d'organisation et de financement des soins, et les ententes de rémunération médicale sont négociées selon le niveau de centralisation du système. Les principales parties prenantes impliquées dans la rémunération médicale sont les représentants de la profession médicale et de l'État.

Les systèmes d'assurance maladie sont basés sur des régimes d'assurances maladie (mixtes, privés ou publics) (Allemagne, France, Pays-Bas) et les décisions concernant la rémunération sont négociées entre un plus grand nombre de parties prenantes (patients, assureurs privés et publics, représentants des médecins) (Bras, 2009, Lamarche 2005). Le système des

## **Rapport de recherche intégral**

Pays-Bas est caractérisé par la présence d'assureurs privés (5) en concurrence et les individus choisissent celui qui leur convient. La rémunération des médecins découlent de négociations entre les tiers-payeurs (assureurs, hôpitaux), les associations de médecins (généralistes, spécialistes) et le ministère de la Santé (Schäfer, 2010).

Les systèmes libéraux sont des systèmes de libre marché dans lesquels les assureurs privés occupent une place importante. Le rôle de l'État se focalise autour de la régulation (sécurité et qualité des soins, définition des valeurs de soins) et du financement de soins de clientèles spécifiques. Les patients et les producteurs de soins jouissent d'une certaine autonomie dans le choix de leurs prestataires de soins et de leurs assureurs. Aux États-Unis, une grande partie de la population est couverte par une assurance privée (financée par les employeurs le plus souvent) et les groupes vulnérables sont pris en charge par l'État (Medicare/Medicaid), qui assure un accès à un panier de services de base. Les modalités de paiement des soins et de rémunération médicale sont déterminées entre producteurs de soins et tiers-payants (assureurs publics ou privés) et donnent lieu à une très grande variation dans les soins couverts et les modalités de rémunération médicale.

## Rapport de recherche intégral

---

La rémunération des médecins varie grandement en fonction du type de système, des rôles, de la diversification, de la multiplication, des parties prenantes impliquées. Le pouvoir d'influence de chacune des parties prenantes dans les processus de négociations peut être déterminant dans la définition et les modalités de la rémunération médicale.

---

Les systèmes de santé subissent des transformations dans leur architecture et sont en constante évolution, qualifiée par Tuohy (2012) d'hybridation croissante des systèmes. Face à l'importance des coûts de santé et de la demande croissante de soins, les responsables de politiques sanitaires mettent en place des réformes axées entre autres sur l'organisation globale des systèmes de santé (médecins généralistes comme porte d'entrée du système)<sup>xxiv</sup>, des modèles de prise en charge pour des conditions de santé ou des pathologies spécifiques (*Chronic Care model*, au *Patient-Centered Medical Home*)<sup>xxv</sup>. Ces changements ont des incidences sur les politiques de rémunération médicale. Chaque système intègre des dispositifs qui représentent leur histoire, leurs valeurs, leurs mécanismes de régulation, de financement et d'allocation des ressources dans le secteur de la santé (Letourmy, 2000). De plus, les responsables publics intègrent progressivement dans leurs systèmes de nouveaux dispositifs de régulation autour de la qualité, de la valeur, et de l'imputabilité. Ces arrangements institutionnels peuvent varier de façon importante d'un système à l'autre. Certaines organisations sont

## Rapport de recherche intégral

créées pour élaborer des guides de bonnes pratiques pour favoriser la qualité des soins voir parfois contrôler leur respect.

En guise d'illustration, au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments et rémunère les professionnels de la santé. Dans le cadre de la rémunération des professionnels de la santé, la RAMQ doit s'assurer que cette rémunération est conforme aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux ententes conclues entre les fédérations et associations professionnelles et le ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>xxvi</sup>. Aux États-Unis, en lien direct avec les modalités de rémunération des médecins, la Physician Payment Review Commission (PPRC) et plus récemment, la *National Commission on Physician Payment Reform* (NCPPR) ont été mise en place afin d'évaluer comment et combien les médecins sont payés (Miller, 2010 ; NCPPR 2013, Patel, 2014). Ces organisations de formes juridiques variées (agences, instituts, comités) ayant des compétences dans certains domaines spécifiques liés à l'offre de soins viennent modifier l'environnement dans laquelle se développe la pratique médicale, qui à son tour pourrait avoir des retombées éventuelles sur les modalités de paiements des médecins.

## Rapport de recherche intégral

---

Chaque système de santé intègre des dispositifs de régulation accrue pour mieux adapter l'offre de soins (pratique médicale, organisation des services, qualité des soins) ce qui peut amener à repenser les modalités de rémunération des médecins

---

### **Autres facteurs contextuels associés à l'organisation des soins et à la pratique médicale**

Les autres facteurs contextuels regroupent les facteurs environnementaux et organisationnels tels les contraintes budgétaires, les facteurs sociodémographiques et épidémiologiques, l'évolution des technologies, des connaissances et de la pratique médicales. Ces facteurs influencent les dépenses de santé et l'introduction d'innovation en matière de rémunération des médecins.

Les transitions sociodémographique et épidémiologique (développement économique, vieillissement, maladies chroniques, multimorbidités) entraînent progressivement une mutation des pratiques médicales et de l'organisation des soins<sup>xxvii</sup>. Les modèles de soins centrés sur le patient ou encore de partenariat avec le patient accordent au patient un rôle plus dynamique<sup>xxviii</sup> en plus d'être représenté au sein de comités et d'associations. L'émergence de ce nouveau rôle et de son influence entraîne de nouvelles dynamiques dans le processus de soins où les savoirs expérientiels des patients sont mieux considérés.

La demande pour de nouvelles technologies médicales (Askenazy, 2013) et leur évolution (ICIS, 2012, Constant et al. 2011) font pression également sur

## Rapport de recherche intégral

les systèmes de soins et les dépenses de santé dans un contexte global de restriction budgétaire (OCDE 2011, OMS, 2000).

De même, la pratique médicale subit également des transformations sous l'influence de ces facteurs. La pratique en solo est délaissée pour la pratique de groupe (di Matteo, 2014) et le lieu de pratique des médecins est de plus en plus relié à un réseau de soins intégré et coordonné appuyé sur une équipe multidisciplinaire<sup>xxix</sup>. Les exigences croissantes de l'État et des assureurs, la complexité des systèmes de soins et la rémunération médicale peuvent générer de l'insatisfaction au sein de la profession médicale (Blumenthal, 2016).

La recherche d'une meilleure convergence entre les motivations des médecins et les objectifs du système de santé devient alors un enjeu important (Fiorentini, 2013; Pizzini, 2010; van der Pennen, 2015). Dans l'ensemble, il appert que les modèles de rémunération médicale ont un impact sur les comportements des médecins et que cet impact serait tributaire d'un ensemble de facteurs contextuels. La RM s'imbrique dans un ensemble de caractéristiques des milieux ou organisations dont les modalités de financement dans lesquels se développe la pratique médicale. De plus, l'organisation de la pratique médicale peut dépendre de différents facteurs dont la propension des médecins valorisant des modes de pratique similaires à se regrouper, l'évolution de la pratique médicale en réponse à l'influence du groupe ou des pairs et le modèle économique adopté au sein d'un groupe. La rémunération individuelle du médecin ne serait donc qu'un des facteurs qui influence son comportement. En conséquence, tout modèle de rémunération

## Rapport de recherche intégral

médicale implique une réflexion essentielle sur le choix des incitatifs à prendre en compte dans le cadre de la régulation de la pratique médicale (Franc 2001, Rochaix 2004) et du contexte organisationnel dans lequel évolue le médecin (Emanuel, 2015).

---

L'évolution de la pratique médicale et de l'organisation des soins amènent à une réflexion sur ou à l'introduction de nouveaux modèles de rémunération médicale

---

### Constats

#### Constat 1 :

Les rôles des principales parties prenantes impliquées dans la rémunération médicale varient selon le système de santé. Le financement de la rémunération médicale peut être assuré par un payeur unique ou par de multiples payeurs. Les processus de négociation peuvent être menés entre l'État (régulateur), des tiers-payants et des associations/syndicats représentant les médecins. Ces processus de négociation entre divers parties prenantes, déterminent les modalités de paiement des médecins. La rémunération médicale est devenue un outil complexe de plus en plus utilisé pour maîtriser les coûts de santé et adapter l'offre de soins (qualité des soins, contrôle des dépenses, amélioration de l'accès, etc.).

## **Rapport de recherche intégral**

Constat 2 :

Dans le but d'améliorer la qualité des soins et la performance des systèmes de santé, différents instruments sont mobilisés tels les lois, des ententes spécifiques pour de nouveaux modèles de compensation des médecins, règlements, et création de structures de régulation. La rémunération médicale fait partie d'un ensemble de leviers utilisés en vue d'influencer la pratique médicale, l'organisation des soins et de mieux adapter l'offre de soins.

Constat 3 :

La prise en compte des facteurs contextuels amène les responsables de politiques de santé à réorganiser la dispensation des soins (soins intégrés, équipe multidisciplinaire, sécurité des soins). Cette réorganisation entraîne des changements dans la manière d'aborder la question de la rémunération médicale.

### **III – Impacts**

Cette section présente les résultats d'études sur les impacts des modèles de rémunération médicale. Les 2 parties qui la composent traitent successivement des arguments traditionnellement évoqués pour caractériser les effets des modèles de rémunération et de l'analyse des résultats de revues systématiques et d'études individuelles.

Les arguments traditionnellement évoqués<sup>xxx</sup> caractérisant les effets des modèles de rémunération sont une forme de présentation synthétique des effets fréquemment évoqués dans la littérature scientifique. Ils contribuent à

## Rapport de recherche intégral

caractériser les modèles de rémunération en fonction des effets qu'ils peuvent avoir sur les comportements des médecins, en regard des objectifs tels l'accès, la qualité des soins ou la maîtrise des coûts. Les 2 tableaux qui suivent présentent respectivement ces effets pour les modèles de rémunération de base et complémentaires.

**Tableau 8. Arguments traditionnellement évoqués caractérisant les effets des modèles de rémunération de base**

<b>Modèles de rémunération de base</b>	<b>Arguments évoqués</b>
<b>À l'acte</b>	Favorise le volume de soins Demande induite de soins -risque de « sur-dispensation » Contribue peu au contrôle des coûts N'incite pas à offrir des soins de grande qualité Moindres références aux spécialistes N'encourage pas la pratique en équipe
<b>Salaire</b>	Dissuade la dispensation de soins Durée plus longue de la consultation Ne motive pas vers la performance individuelle Permet de contrôler les coûts Minimise la demande induite
<b>Capitation</b>	Dissuade le recours à des soins supplémentaires (↓risque moral ex post) Encourage le recours à des soins préventifs (↓risque moral ex ante) Encourage le recours aux soins spécialisés Encourage la pratique en équipe Écrémage de la patientèle en faveur des moins malades

Source : Devlin, 2006; OCDE, Fujisawa, 2008; Goldfarb, 2014; Gosden, 2001; Léger, 2011; MSSS, 2016; OCDE, 2016; Robinson, 2001; Rochaix, 2004; Rudmik, 2014.

## Rapport de recherche intégral

**Tableau 9. Arguments traditionnellement évoqués caractérisant les effets des modèles de rémunération complémentaires**

<b>Modèles de rémunération complémentaires</b>	<b>Arguments évoqués</b>
<b>Rémunération à la performance : incitatifs financiers</b>	Contribue à la performance des médecins et des équipes soignantes Incite à s'occuper des patients plus à risque ou mal desservis Favorise le développement de systèmes d'information et d'outils de mesure Accroît la transparence du système d'incitatifs financiers Accroît les tâches de micro-gestion
<b>Paiements liés Épisode de soins</b>	Contribue à l'efficacité productive des systèmes Contribue à la pertinence et à la qualité des soins Contribue à la coordination entre professionnels Moindres références aux spécialistes
<b>Paiement global</b>	Dissuade la surutilisation Peut inciter les médecins à dispenser moins de soins
<b>Participation aux gains</b>	Encourage la collaboration médecin/organisation à des fins de meilleur contrôle des coûts et du maintien de la qualité des soins Peut devenir un outil de réduction des coûts au lieu d'en être un d'amélioration de la performance

Source : Albouy, 2009; Rochaix, 2013; Jegers, 2002, Cashin, 2014; Miller, 2009; Reynolds, 2004; Safavi, 2006; Léger, 2011.

Afin de mieux comprendre la nature des effets des différents modèles, une première étape d'analyse des impacts a été effectuée à partir de 36 documents (revues systématiques, revues de revues systématiques, revues de littérature et revues des données probantes)<sup>xxx</sup> publiées entre 1990 et 2015. Parmi celles-ci, 20 ont été exclues<sup>xxxii</sup> et 16 ont fait l'objet d'analyses approfondies (voir tableau en annexe 10). De ces 16 revues, 5 portent sur les modèles de rémunération de base et les premiers modèles de paiements ciblés<sup>xxxiii</sup>, 11 sur la rémunération à la performance (RAP)<sup>xxxiv</sup> et aucune sur les autres modèles complémentaires. Afin de clarifier la nature des impacts identifiés dans les revues systématiques, certaines études provenant de ces dernières (An, 2008; Fairbrother, 1999; Hutchison, 1996; Kouides, 1998; Rabinowitz, 1999; Ritchie, 1992; Rosenthal, 2005; Twardella, 2007) ont aussi été analysées. Compte tenu que les études sur les effets des modèles complémentaires autres que la RAP mis en place plus récemment étaient peu nombreuses, une recherche

## Rapport de recherche intégral

additionnelle a permis de retenir de nouvelles études (n=11). Celles-ci présentent les résultats de quatre expériences récentes illustrant des modèles complémentaires<sup>xxxv</sup> : 1-le paiement global en Ontario (médecine spécialisée en centre de santé universitaire), 2-les paiements liés dans le cadre d'une innovation (oncologie d'intervention) aux États-Unis, 3-les paiements liés aux Pays-Bas (diabète de type 2), et 4-l'ACO (4 organisations de soins publiques et 1 privée) aux États-Unis.

Il a été possible de classer les principaux effets des modèles de rémunération selon quatre types : 1) attendus, 2) observés, 3) inattendus, et 4) méconnus. Par attendus, il est question des effets postulés dans les devis d'étude. Les effets observés correspondent aux effets rapportés dans les études, tandis que les effets inattendus réfèrent aux effets constatés, mais non anticipés. Enfin, les effets méconnus correspondent à la fois à des effets qui n'ont pu être mesurés dans les études et à l'analyse rapportés par les auteurs. Il est à noter qu'aucune valeur favorable ou défavorable n'a pas été attribuée aux effets recensés dans les tableaux. L'appréciation de ces effets dépend du contexte et des objectifs poursuivis au sein d'un système de santé.

---

4 types d'effets des modèles de rémunération ont été identifiés : attendus, observés, inattendus, et méconnus.

---

Le tableau ci-après présente les effets observés des modèles de rémunération de base et paiements ciblés, classés selon les comparaisons faites dans les

## Rapport de recherche intégral

études, sans distinction pour les soins primaires ou spécialisés et les juridictions concernées. Il est à noter que ces comparaisons apportent des évidences sur un vecteur limité d'indicateurs. Ces résultats montrent des effets identifiés de longue date dont, l'acte qui encourage la production de volume de soins plus élevé que la capitation et, le salariat favoriserait un volume moins élevé. Il importe de noter que ces effets attendus ne sont pas constants pour l'ensemble des études consultées.

**Tableau 10. Effets observés des modèles de rémunération de base et paiements ciblés dans les études consultées**

<b>Comparaisons des modèles de base et paiements ciblés</b>	
<b>À l'acte vs salaire</b>	
-Volume et qualité des soins similaires	-Plus grande continuité des soins
-Davantage de conformité avec le nombre de visites recommandées	-Moindre satisfaction des patients en matière d'accès
<b>À l'acte vs capitation</b>	
-Plus de consultations	-Moindres références hospitalières
-Plus de diagnostics et soins curatifs	-Moindres renouvellements d'ordonnances
<b>À l'acte vs à l'acte combiné à des paiements ciblés</b>	
-Données insuffisantes (présence de facteurs confondants)	
<b>Salaire vs à l'acte</b>	
-Meilleur accès aux soins	-Plus grande satisfaction du patient
-Consultations plus longues	
<b>Salaire vs capitation</b>	
-Meilleur accès aux soins	-Plus grande satisfaction du médecin
-Maintien de la qualité des soins	
<b>Salaire vs capitation ou rémunération à l'acte</b>	
-Moindre recours aux tests par patient	-Plus de soins préventifs
-Moins d'actes dispensés par patient	-Moindres références aux spécialistes
-Consultations plus longues	-Diminution des activités professionnelles (ex. : enseignement, recherche)
<b>Capitation vs à l'acte</b>	
-Taux similaires d'utilisation de la ressource hospitalière par les patients	
<b>Capitation combinée à l'acte vs modèle unique de capitation</b>	
-Plus grand volume de soins	-Plus grande satisfaction des médecins
-Moins de références aux spécialistes	
<b>Capitation combinée à des paiements ciblés</b>	
-Inefficace pour réduire l'utilisation de la ressource hospitalière par les patients	
<b>Paiements ciblés vs à l'acte</b>	
-Données insuffisantes (présence de facteurs confondants)	

En plus de rapporter des effets observés des modèles complémentaires, la littérature scientifique ainsi que les études de cas (Pays-Bas, Ontario, France,

## Rapport de recherche intégral

États-Unis)<sup>xxxvi</sup> informent sur 3 autres types d'effets : attendus, inattendus et méconnus. Le tableau qui suit en fait état des effets recensés dans la littérature scientifique ainsi que les études de cas (Pays-Bas, Ontario, France, États-Unis).

**Tableau 11. Effets attendus, observés, inattendus et méconnus des modèles de rémunération hétérogènes**

<b>Modèles complémentaires et systèmes de paiements</b>	
<b>Rémunération à la performance (RAP)</b>	
<b>Effets attendus</b>	
-Amélioration de la qualité (processus intermédiaires de soins) -Prise en charge de pathologies ou maladies chroniques à prévalence élevée ou mal desservies -Adoption des pratiques fondées sur les données probantes (standardisation)	-Transparence dans l'évaluation de la performance -Informatisation des organisations -Optimisation de la prescription (pertinence et réduction des coûts)
<b>Effets observés</b>	
-Progression modeste pour certains indicateurs de qualité (prévention : ex. : dépistage, vaccination), surtout la première année du programme -Réduction des coûts liés à la prescription	-Amélioration de l'accès aux soins pour certains groupes de patients -Recrutement de médecins à court terme dans les régions éloignées ou mal desservies
<b>Effets inattendus</b>	
-Diminution de l'accès pour certains groupes de patients (ex. : femmes et personnes plus âgées dans le cadre du QOF) -Systématisation de la saisie de données des patients	-Détérioration de l'approche centrée sur le patient (consultation et continuité des soins) - <i>Gaming</i> pour une minorité de médecins (maximisation des intérêts individuels sans toutefois contribuer aux objectifs collectifs)
<b>Effets méconnus</b>	
-Coûts -Gamme des comportements des médecins -Motivations des médecins -Expérience des patients -Incentifs non financiers pouvant expliquer les effets de la RAP (ex. : rétroaction)	-Mesures concomitantes pouvant expliquer les effets de la RAP (campagne de prévention, couverture médicamenteuse) - <i>multitasking</i> (objectifs multidimensionnels pouvant s'atténuer ou se contrecarrer) -Résultats en matière de santé des patients
<b>Paiements liés et innovation en oncologie d'intervention</b>	
<b>Effets attendus</b>	
-Meilleure acceptabilité de l'innovation	-Réduction des coûts de procédures et de main d'œuvre par rapport à l'acte
<b>Effets observés</b>	
-Réduction des coûts de procédures et de main d'œuvre par rapport à l'acte	
<b>Effets inattendus</b>	
-Estimation de gains nets dus à l'utilisation de l'innovation avec les paiements liés et de pertes de revenus avec l'acte	
<b>Certains effets méconnus</b>	
-Acceptabilité des médecins et des hôpitaux quant à l'introduction de l'innovation	
<b>Paiement global : centre de santé universitaire</b>	
<b>Effets attendus</b>	

## Rapport de recherche intégral

-Libération de temps pour les activités académiques (non cliniques)	-Dissociation du volume d'activité du médecin de son revenu
-Amélioration de la pertinence et de la qualité des soins	-Correspondance entre l'activité du médecin et les besoins du patient (élimination des soins non nécessaires)
<b>Effets observés</b>	
-Aucune différence significative dans le volume d'activités par rapport à l'acte	
<b>Effets inattendus</b>	
-Absence de changements significatifs dans l'activité des médecins	
<b>Certains effets méconnus</b>	
-Caractéristiques du milieu clinique (centre universitaire) pouvant expliquer l'absence de changements significatifs dans l'activité des médecins	
<b>Participation aux gains : Accountable Care Organization</b>	
<b>Effets attendus</b>	
-Amélioration de l'expérience du patient	-Réduction des coûts
-Amélioration de la santé populationnelle	
<b>Effets observés</b>	
-Amélioration ou maintien de l'expérience du patient	-Résultats mitigés pour la santé populationnelle
-Réduction des coûts ou augmentation inférieure au modèle standard à l'acte	
<b>Effets inattendus</b>	
-Manque d'éducation à la santé pour les patients aux conditions chroniques	-Inadéquation entre les mesures de qualité clinique et les besoins des patients
<b>Certains effets méconnus</b>	
-État de santé populationnelle	-Incidence de l'organisation sur la rémunération médicale (modèle et niveau de revenu du médecin)
-Degré d'intégration organisationnelle et inter-professionnelle du médecin	

### Constats

Constat 1 :

Les effets rapportés sur les modèles de rémunération médicale indiquent qu'ils ont tous une capacité à produire des effets sur l'offre et la demande de soins, l'organisation et le financement des soins et par ricochet sur la performance des systèmes de santé mais la prudence est exigée quant à leur interprétation. Des recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les effets spécifiques des différents modèles de rémunération et de leur combinaison.

Constat 2 :

Les effets des modèles de rémunération de base et les premiers modèles de paiements ciblés, pris séparément ou comparés, suggèrent la présence d'effets

## **Rapport de recherche intégral**

contrastés et dans plusieurs cas conformes à ce qui est connu dans ce domaine. L'ampleur de ces effets dépend probablement du contexte qui prévaut dans un système de santé donné. D'autre part la qualité des études est inégale.

### Constat 3 :

Les effets des modèles complémentaires, recensés à partir d'un grand volume d'études traitant principalement de la RAP, ont permis d'apprécier un éventail plus large d'effets produits par ces modèles aux effets inattendus (souvent non souhaités) et aux effets méconnus. Comme c'est le cas pour les modèles de base, les résultats suggèrent la présence d'effets contrastés et des effets qui ne peuvent être facilement généralisés. Toutefois, ces résultats soulignent l'importance de: i) circonscrire les contextes dans lesquels évoluent ces modèles, et ii) développer davantage les recherches sur les effets inattendus, particulièrement ceux qui sont non-souhaitables, et ceux qui sont méconnus.

### Constat 4 :

Les effets des modèles de rémunération hétérogènes combinant les modèles de base et complémentaires sont très peu analysés. Bien qu'ils représentent la norme des modèles de rémunération médicale dans un bon nombre de pays industrialisés, les études consultées n'abordent pas simultanément l'analyse des effets de tous les modèles de rémunération en vigueur dans un système de santé.

## Rapport de recherche intégral

---

Malgré leur présence importante dans les systèmes de santé, les effets globaux des modèles hétérogènes sont rarement analysés alors que des sommes importantes leurs sont consenties.

---

### Constat 5 :

Les effets recensés qui sont nombreux, fort diversifiés et parfois contre-intuitifs informent mais rendent difficiles l'établissement d'une direction (neutre, positive, négative) des résultats analysés. Cela pourrait s'expliquer par des facteurs confondants (contextuels, systémiques, cliniques, démographiques, organisationnels) non pris en compte dans les études. Il peut être question de tendance séculaire (éducation, amélioration de la qualité) ou encore de finalités contradictoires entre les objectifs des modèles de rémunération et ceux de facteurs de l'offre de soins autres que la rémunération ou de facteurs de la demande de soins. Par exemple, en présence d'un mécanisme de régulation de la demande de soins (co-paiement pour l'utilisateur) l'application de la RA pourrait avoir pour effets une réduction de la dispensation de soins.

## Rapport de recherche intégral

---

Les effets nombreux et diversifiés des modèles de rémunération rendent difficiles l'établissement d'une direction claire à privilégier. Malgré ces limites, il importe de développer des alternatives en matière de politiques de rémunération médicale pour répondre à des enjeux prioritaires sur le plan de l'adaptation de l'offre de soins et des systèmes de santé.

---

### Constat 6 :

Les effets recensés informent rarement sur la santé populationnelle, l'adéquation des mesures de qualité clinique avec les besoins des patients ou encore le degré d'intégration du médecin à l'organisation.

### Constat 7 :

Les résultats suggèrent que la recherche de convergence entre des objectifs très précis et certains modèles de rémunération semble réaliste. Toutefois, il demeure difficile de se prononcer sur le recours systématique à un modèle plutôt qu'à un autre.

---

La grande diversité des effets recensés et la faiblesse de certains d'entre eux rendent difficile une régulation adéquate (ou un suivi adéquat) des modèles de rémunération d'où l'importance de conduire des expérimentations ciblées

---

## Rapport de recherche intégral

### **PARTIE E – Pistes de recherche**

1. Les dépenses de rémunération médicale déjà considérables au regard des dépenses totales de santé posent constamment la question de leur financement, de leur efficacité et de leur équité. À système de santé comparable (France, Angleterre, Pays-Bas, États-Unis) et entre les provinces canadiennes, il serait intéressant de mieux connaître les causes des disparités entre les revenus moyens des médecins et des salariés moyens.

2. Les résultats des recherches suggèrent des effets mitigés quant à leurs combinaisons, chaque modèle peut contribuer à atteindre des objectifs d'amélioration ou de valorisation de la pratique médicale en lien ou pas avec d'autres professionnels de la santé afin de mieux répondre aux besoins de certaines patientèles. La portée des évidences laisse entrevoir qu'il est difficile pour le régulateur d'exploiter tout le potentiel des modèles hétérogènes et de déterminer ses limites. Des connaissances approfondies sur ces deux aspects viendraient combler ces besoins.

3. Les potentiels des modèles de base autre que la RA et des modèles complémentaires autres que la RAP sont à explorer par des expérimentations ciblées et adéquatement évaluées auprès de groupes de patients ou de pathologies jugés prioritaires de par leur coût et/ou les déficits de prise en charge actuels (et ceci, pour la médecine de famille et la médecine spécialisée). L'exploration de modèles de rémunération médicale doit s'accompagner d'une analyse qui dépasse leurs avantages et désavantages présumés et s'intéresser

## **Rapport de recherche intégral**

aux différentes composantes de la rémunération en particulier en ce qui à trait aux effets des éléments prospectifs et rétrospectifs sur le comportement du médecin.

4. Il importe de poursuivre les travaux sur la rémunération médicale en identifiant la portée de facteurs contextuels dans lesquels évolue la pratique médicale.

5. Un travail supplémentaire serait de poursuivre l'analyse des politiques de rémunération en s'assurant: i) que le soin dispensé et son paiement soient adéquats, et que ii) les effets observés soient cohérents à plusieurs niveaux (sociétal, système de santé, services de soins).

## Rapport de recherche intégral

### PARTIE F – Références et bibliographie

- 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.
- 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.
- Berenson, R. A., Ginsburg, P. B., & May, J. H. (2007). Hospital-physicians relations: cooperation, competition, or separation?. *Health Affairs*, 26(1), w31-w43.
- Cashing C., Chi Y-L., Smith P., Borowitz M., Thomson S. (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.
- 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.
- Devlin, R., et al. (2006). Remunerating Primary Care Physicians: Emerging Directions and Policy Options for Canada. *Healthcare Quarterly* 9(3): 34-42.
- 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.
- 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. (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.

## Rapport de recherche intégral

- 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.
- 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.
- 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.
- Jegers, M., et al. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*(60): 255-273.
- 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.
- 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.
- Maynard, A. (2012). The powers and pitfalls of payment for performance. *Health economics*, 21(1), 3-12.
- Miller, H. D. (2009). "From volume to value: better ways to pay for health care." *Health Aff (Millwood)* 28(5): 1418-1428.

## Rapport de recherche intégral

- 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 (2010), *Optimiser les dépenses de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OECD Publishing, Paris.
- OCDE (2008). 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

## Rapport de recherche intégral

- 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.
- 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.
- Sigsbee, B. 2010. Physician compensation: approach and models in neurological practice. *Neurol Clin*, 28(2): 339-348.
- 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.
- 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.
- Zuvekas, S. H., & Cohen, J. W. 2005. Trends in provider capitation, 1996-2000. *Journal of Economic & Social Measurement*, 30(2/3): 145-156.

---

<sup>i</sup> Les paiements cliniques bruts des médecins sont définis comme les paiements versés pour des services médicaux couverts par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie au Canada. Les spécialistes de l'imagerie et de laboratoire ne sont pas inclus dans les calculs (ICIS, 2015, Rapport médecins, sommaire).

<sup>ii</sup> Cette somme inclut la rémunération versée aux médecins travaillant pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ne sont pas rémunérés à partir des sommes comprises dans les enveloppes budgétaires globales (VGQ, 2015).

<sup>iii</sup> Le terme « modèle » a été préféré à celui de « mode » car la rémunération médicale actuelle prend la forme d'une combinaison de différents « modes » et en cela elle est mieux représentée par le terme « modèle ». Le terme « mode » n'a été conservé que dans le titre initialement donné au projet.

<sup>iv</sup> À la suite de l'élimination des doublons, 4191 titres et résumés ont fait l'objet d'une sélection selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Le chercheur principal et la co-chercheuse principale du projet ont fait une relecture d'un sous-échantillon des résumés en utilisant les mêmes critères de sélection afin de valider les résultats de la sélection des trois membres de l'équipe. En cas de désaccord, une discussion additionnelle a permis d'établir un consensus.

<sup>v</sup> La plateforme utilisée est Distiller SR qui est un logiciel de revue systématique de littérature (<https://distillercer.com/products/distillersr-systematic-review-software/>)

<sup>vi</sup> La théorie économique, qui considère le médecin comme étant un offreur de services de santé qui se distingue des autres types d'offreurs de services de par la nature particulière du bien santé, modélise le comportement du médecin et s'intéresse aux formes que prend sa rémunération.

<sup>vii</sup> Réf. : Bazzoli, G., 2003; Arrow, 1963; McGuire -in Handbook of Health Economics, vol. 1- 2000; Nicholson -in Handbook of Health Economics vol.2- 2012.

<sup>viii</sup> Les relations d'agence découlent de la théorie de l'agence qui tire ses fondements dans la prise en compte de l'imperfection de l'information qui caractérise certaines décisions, et repose sur l'idée selon laquelle les rapports entre les parties prenantes sont marqués par une répartition asymétrique de l'information. La définition de la relation d'agence reste assez générale, elle recouvre un grand nombre de cas dans des domaines autres que celui de la santé où la situation d'une personne dépend de l'action de l'autre (Domin, 2015; McGuire, 2000).

<sup>ix</sup> Selon cette approche, les médecins se voient récompensés pour leurs méthodes (façons de faire) ou les résultats concernant la santé de leurs patients (efficacité des traitements offerts) (réf. : Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 2011).

<sup>x</sup> L'état de santé des individus est aussi tributaire des déterminants sociaux de la santé qui « *sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les*

---

*politiques sociales et la politique* » (extrait le 27/12/2016 du site : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)).

<sup>xi</sup> Ils sont dits « de base » parce qu'ils ont été implantés dans les années 1950 et qu'ils demeurent à ce jour des modèles de rémunération prédominants dans les systèmes de santé des pays industrialisés.

<sup>xii</sup> Ils sont dits complémentaires car ils se s'ajoutent aux modèles de rémunération de base.

<sup>xiii</sup> Réf. : MSSS, 2016 – Gagné et Sirois; OCDE, 2008; HSCS, 2014; Rischatsch, 2015; Hurley, 2010; Bazzoli, 2000.

<sup>xiv</sup> Fait référence au « bundled payment ».

<sup>xv</sup> Réf. : Burns, 2008; Gagné, MSSS, 2016; Cashin, Observatoire européen, 2014; OCDE, 2016; Robinson, 2001; Evans III, 2010; Miller, H.D., Center for Health care and quality reform, first edition; Nicholson, 2008; Safavi, 2006; Sheiman, 2014; Tsiachristas, 2013; Léger, 2011; McClellan, 2011; Berenson, 2006.

<sup>xvi</sup> Réf. Albouy, 2009; Rudmik, 2014; Saint-Lary, 2015; Olsen, 2012; Simoens, 2004.

<sup>xvii</sup> L'efficacité se mesure sous la forme d'un rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

<sup>xviii</sup> Réf. : Gosden, 1999, Giuffrida 1999; Emmert, 2012; Rochaix, 2004; Olsen, 2012; Petersen, 2006; Simoens, 2004; Wranik, 2010, Albouy, 2009; Rudmik, 2014; Saint-Lary, 2015; Olsen, 2012.

<sup>xix</sup> L'expression « paiements cliniques bruts » provient de l'ICIS et correspond à la somme des paiements versés aux médecins, à l'acte ou selon d'autres modèles de rémunération. Les spécialistes de l'imagerie et de laboratoire ne sont pas inclus dans les calculs (ICIS, 2016).

<sup>xx</sup> Dans ce cas-ci, l'efficacité technique représente la relation coût-efficacité du service dispensé.

<sup>xxi</sup> Pour établir la temporalité d'un modèle de rémunération ou d'un système de paiement, il est nécessaire de décomposer le coût d'un soin en trois composantes distinctes qui sont respectivement le coût par épisode de soins, la quantité de soins et le nombre d'individus recevant les soins.

<sup>xxii</sup> Dominant signifie qu'il représente très souvent plus de 50% des revenus des médecins.

<sup>xxiii</sup> Voir en annexe 5 les travaux de C. Régis et MA Edger sur le cadre juridique du Québec de 3 provinces canadiennes

<sup>xxiv</sup> OCDE, 2010c; Allard, 2014; Friedberg, 2010; Oliver-Baxter, 2013

<sup>xxv</sup> OMS, 2009 Shi, 2012

<sup>xxvi</sup> Source : site web RAMQ :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/optometristes/facturation/verification-controlle/Pages/role.aspx>

<sup>xxvii</sup> Chaix-Couturier, 2000; Frolich, 2007; Miller, 2009; Van Herck, 2010; OCDE, 2016

<sup>xxviii</sup> D'Amour & Oandasan, 2005, Pomey 2015 a,b; Karazivan, 2015

<sup>xxix</sup> Cashin, 2014, Bras, 2009.

<sup>xxx</sup> Ces arguments évoqués se différencient des impacts par le fait qu'ils sont présentés sous une forme générale, sans détail sur les modalités spécifiques des modèles et les contextes dans lesquels ils sont implantés et évalués.

---

<sup>xxx</sup><sub>i</sub> Armour, 2003; Chaix-Couturier, 2000; Christianson, 2007, 2008; Custers, 2008; De Bruin, 2011; Eijkenaar, 2013; Emmert, 2012; Flodgren, 2011; Frolich, 2007; Gillam, 2012; Giuffrida, 2000; Gosden, 1999, 2000, 2001; Greene, 2009; Houle, 2012; Langdown, 2014; Lee, 2012; McLelland, 2011; Mehrotra, 2010; Pearson, 2008; Petersen, 2006; Rochaix, 2004; Rosenthal, 2006; Saint-Lary, 2015; Schatz, 2008; Scott, 2011; Sempowski, 2004; So, 2012; Sorbero, 2006; Town, 2004, 2005; Vahidi, 2013; Van Herck, 2010; Yan, 2009.

<sup>xxx</sup><sub>ii</sub> Les critères d'exclusion étaient entre autres : la qualité de la revue et la clarté des résultats, la redondance des études incluses dans les revues, le niveau de représentation du modèle de rémunération. Voir la liste complète des références des revues systématiques à l'annexe 10.

<sup>xxx</sup><sub>iii</sub> Il est intéressant de noter qu'au cours des années 1966 à 1997, le vocable rémunération à la performance (RAP) n'étant pas encore utilisé couramment, il était plutôt question des paiements ciblés (« target payment »).

<sup>xxx</sup><sub>iv</sub> La RAP a fait l'objet d'un nombre très important et croissant d'études à partir des années 2000.

<sup>xxx</sup><sub>v</sub> La majorité des expériences des modèles complémentaires (excluant la RAP) n'a pas fait l'objet de revues systématiques et peu d'évaluations sont disponibles (OCDE, 2016).

<sup>xxx</sup><sub>vi</sub> L'annexe 8 présente le sommaire de quatre études de cas sur certains aspects des politiques de rémunération médicale dans quatre juridictions: États-Unis, France, Pays-Bas et Ontario.