

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

La rémunération des médecins dans un centre de médecine de famille

AVRIL 2016

CONSEIL PRATIQUE – LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DANS UN CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE

La façon dont les médecins sont payés — communément appelé la rémunération des médecins — est un élément clé des pratiques de médecine familiale et du système de santé dans son ensemble. La rémunération des médecins peut servir à encourager certains comportements de la part des médecins et influencer les résultats pour les patients. Selon la province ou le territoire, il existe différents modèles de rémunération et mesures incitatives.

Dans le cadre de la promotion du Centre de médecine de famille* et de ses piliers par le CMFC, ce guide examine dans quelle mesure certains modèles de rémunération des médecins peuvent influencer les tendances avantageuses en matière de soins et de pratique, et améliorer les soins de santé aux patients. Ce guide a aussi comme objectif de permettre aux décideurs de mieux comprendre la perspective de la médecine familiale afin d'analyser quels modèles de rémunération conviennent le mieux dans diverses communautés.

Comme chaque modèle de rémunération a ses propres forces et faiblesses, il est important de comprendre quel modèle convient le mieux pour répondre aux besoins d'une communauté. Même si les médecins n'ont pas nécessairement de contrôle direct sur le modèle utilisé dans leur pratique à l'échelle individuelle, le fait de parler des diverses caractéristiques des modèles guidera l'élaboration des futures politiques. Les recommandations présentées dans le présent guide illustrent certains exemples de la mise en application de divers modèles de rémunération dans plusieurs contextes, en fonction de leurs objectifs particuliers.

Il existe plusieurs types de modèles de rémunération au Canada et certains sont propres à des régions particulières. Les modèles et les mécanismes de paiement les plus courants au Canada comprennent :

- **La rémunération à l'acte :** Les médecins sont rémunérés par l'assureur (le gouvernement) pour chaque service rendu (p. ex., visite en cabinet, test diagnostique, etc.).
- **Le salaire :** Les médecins touchent un salaire, selon un modèle de rémunération semblable à celui d'autres travailleurs sur le marché du travail. Le salaire est souvent basé sur des unités de temps et payé par versements périodiques. Cette entente est souvent accompagnée d'un contrat qui stipule les responsabilités et les privilèges liés à la pratique.
- **La capitation :** Les médecins reçoivent des honoraires fixes pour chaque patient sur leur liste; ces honoraires peuvent être ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la morbidité ou d'autres facteurs.
- **À la vacation/au remplacement :** Sur une base contractuelle — les médecins reçoivent des honoraires pour le temps consacré à prodiguer des soins aux patients.



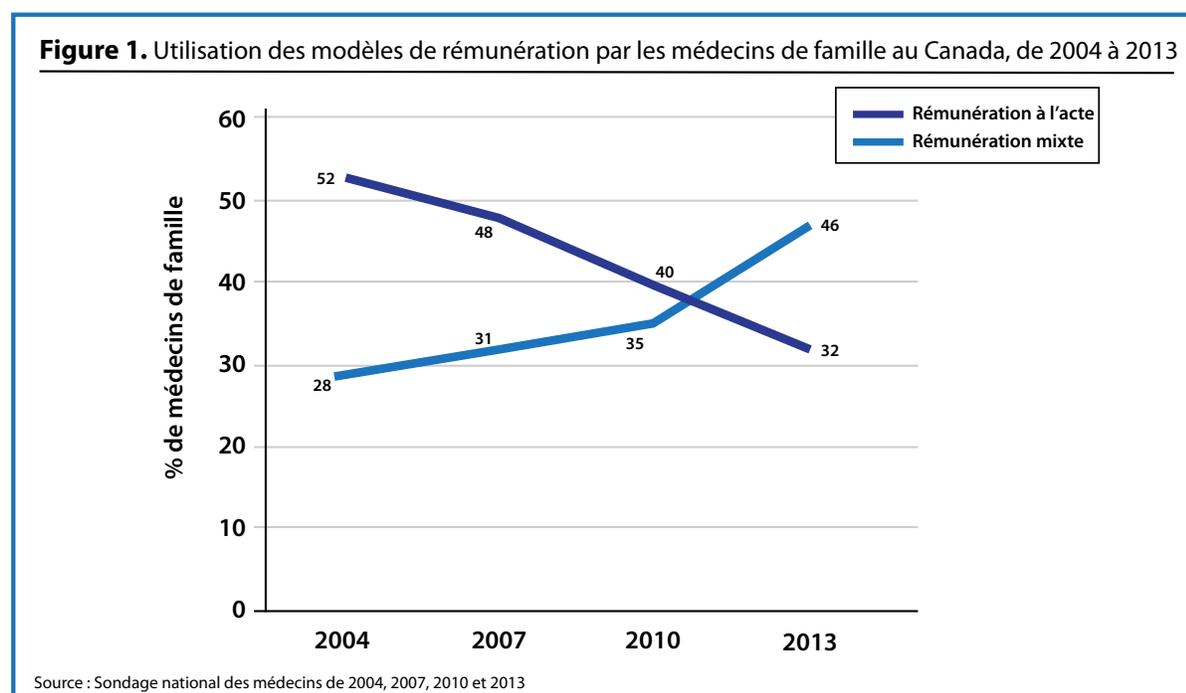
*Centre de médecine de famille, <http://centremedecinedefamille.ca>.

- **Des mesures incitatives et des primes :** Plusieurs provinces et territoires modifient les méthodes susmentionnées en offrant des mesures incitatives ou des primes en sus des honoraires de base afin d'encourager la prévention et la prise en charge de cas complexes.
- **Des modèles mixtes/combinés :** Les modalités de paiement sont basées sur une combinaison de plusieurs modèles, notamment la capitation, la rémunération à l'acte et le salaire.

D'autres modèles qui ont été proposés ou testés dans d'autres territoires comprennent, sans toutefois s'y limiter, les systèmes d'enveloppes budgétaires et la participation aux bénéfices basée sur le groupe.¹

Il est important de noter que les modèles de rémunération peuvent faire partie d'un modèle de pratique organisationnel déjà en place. Par exemple, les médecins des centres de santé communautaires du Canada reçoivent un salaire. Bien que les médecins puissent choisir le type de modèle de pratique dans lequel ils aimeraient pratiquer (p. ex., dans un centre de santé communautaire, dans un groupe de médecine de famille, etc.), ils ont peu de flexibilité quant au choix du modèle de rémunération particulier à l'échelle individuelle. Ce guide a comme objectif d'aider les responsables de l'élaboration des politiques à déterminer quels types de rémunérations permettent d'atteindre des objectifs précis.

Ce guide n'a pas comme but de présenter une analyse complète des modèles de rémunération. Il vise plutôt à présenter des renseignements généraux aux médecins de famille et aux responsables de l'élaboration des politiques en santé sur les choix en matière de rémunération, sur la façon dont un modèle de rémunération peut répondre aux différents besoins des communautés et sur les résultats associés aux modèles dans les différents scénarios.



APERÇU DES MODÈLES DE RÉMUNÉRATION AU CANADA

Les taux d'utilisation des différents modèles de rémunération varient partout au Canada. Certains territoires et certaines provinces offrent plusieurs options de rémunération, tandis que d'autres offrent un choix limité. Au cours de la dernière décennie, des changements ont été effectués dans les méthodes de rémunération les plus souvent utilisées.

Les résultats du Sondage national des médecins (SNM) de 2013 constituent le portrait le plus récent des modèles de rémunération des médecins de famille canadiens. À l'échelle nationale, la plupart des médecins de famille sont rémunérés à l'acte. Cependant, la prévalence de cette méthode comme seule source de revenus des médecins est en train de changer.

Tandis que la proportion de médecins rémunérés principalement à l'acte décline, la prévalence de la rémunération mixte augmente (voir la **Figure 1**). De ces modèles de rémunération mixte déclarés, au moins 42 % des revenus provenaient de la rémunération à l'acte, 17 % à la vacation/allocation quotidienne/au taux horaire, et 13 % de la capitation.^{2,3}

Contrairement aux médecins plus âgés qui préfèrent généralement la rémunération à l'acte, les jeunes médecins et les femmes préfèrent généralement les modes de rémunération autre que la rémunération à l'acte. Étant donné les préférences des médecins plus âgés et comme il y a une plus grande proportion de femmes, notamment au sein des plus jeunes cohortes, les modèles de paiement mixtes gagnent en popularité. Il est intéressant de noter qu'un sondage effectué auprès de médecins de famille en début de pratique en Colombie-Britannique a rapporté que plus de 70 % des répondants préféreraient des méthodes de rémunération autres que la rémunération à l'acte, notamment le salaire, la capitation ou les modèles mixtes.⁴

Comme chaque modèle de rémunération a ses propres forces et faiblesses, on ne peut pas dire avec certitude lequel est le « meilleur ». L'analyse de chaque modèle respectif peut permettre de mieux comprendre lesquels conviennent dans différentes pratiques et communautés, tout en appuyant les principes du Centre de médecine de famille. Par exemple, les besoins et les préoccupations en matière de santé évoluent en fonction des changements démographiques au Canada. Les décideurs doivent s'assurer que les modèles de rémunération dans les modèles de pratique organisationnels mis en place dans les provinces et territoires peuvent répondre aux préoccupations changeantes en matière de santé, comme lorsque l'accent est mis sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

Ce guide porte sur les modèles de rémunération les plus courants et les plus étudiés au Canada, c'est-à-dire, la rémunération à l'acte, le salaire et la capitation.



Rémunération à l'acte

Traditionnellement, la rémunération à l'acte était la méthode la plus populaire pour rémunérer les médecins de famille. Récemment, les modèles de rémunération mixtes sont de plus en plus présents. Dans le modèle traditionnel de rémunération à l'acte, les médecins sont des professionnels à leur compte rémunérés pour chaque service rendu (p. ex., visite en cabinet, test diagnostique, etc.). Chaque province et territoire possède un tableau des prestations qui indique les frais payés pour les divers services et interventions offerts par un médecin de famille.

Quelques provinces et territoires offrent aussi des incitatifs et des primes en sus de la rémunération à l'acte prévue dans le tableau des prestations. Ceux-ci peuvent être offerts pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques et complexes, pour un financement garanti pour compléter les paiements de la rémunération à l'acte dans les zones plus rurales ou pour la prestation de soins aux clientèles à besoins particuliers.⁵

Des mesures incitatives et des primes peuvent être ajoutées à la rémunération à l'acte afin d'encourager la réforme désirée dans la pratique des soins primaires. Par exemple, le modèle des Groupes de santé familiale en Ontario, qui utilise une forme de rémunération à l'acte améliorée, est associé à une plus grande productivité des médecins (nombre de patients inscrits, visites des patients et services offerts), à une diminution du nombre de patients référés vers d'autres spécialistes et à une augmentation de la prise en charge de patients nécessitant des soins complexes.⁶

La rémunération à l'acte vise aussi à améliorer les résultats à l'aide de mesures incitatives basées sur le rendement, notamment des primes pour les soins préventifs (tests Pap, mammographies, immunisation des enfants, vaccins contre la grippe), des paiements spéciaux (services hospitaliers, soins palliatifs, soins prénataux, visites à domicile), des frais associés à la prise en charge des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque congestive) et des mesures incitatives pour inscrire les patients qui n'ont pas de médecin de famille régulier.^{6,7}

Il est évident que la rémunération à l'acte est associée à un nombre plus élevé d'heures de travail par semaine à prodiguer directement des soins aux patients comparativement aux autres modèles de rémunération (rémunération à l'acte : 30 heures, mixte : 21 heures, rémunération autre que la rémunération à l'acte : < 15 heures).⁸ Il est intéressant de constater qu'il existe une légère association entre le revenu plus élevé des médecins rémunérés à l'acte et la diminution de la satisfaction des médecins quant à leur vie professionnelle.⁹ Ces résultats se reflétaient aussi dans une autre étude qui rapportait des taux plus élevés de satisfaction professionnelle chez les médecins qui étaient rémunérés par capitation et à salaire, comparativement à ceux qui étaient rémunérés à l'acte.¹⁰ Ces résultats pourraient aussi être liés aux caractéristiques respectives des modèles de pratique organisationnels associés aux modèles de rémunération.

La préoccupation la plus courante concernant la rémunération à l'acte est sa capacité théorique à encourager une surutilisation des services ainsi que le traitement excessif des patients. On redoute aussi la demande créée par le fournisseur, qui se produit à cause du déséquilibre intrinsèque du pouvoir et du savoir dans la relation médecin-patient.¹¹

On croit aussi que la rémunération à l'acte encourage l'approche « un problème par visite » de la médecine familiale.¹² Bien que cela puisse constituer un problème pour certains patients, il ne semble pas y avoir d'études formelles qui appuient une corrélation directe entre la rémunération à l'acte et cette tendance dans la pratique. Le modèle de rémunération à l'acte est résumé dans le **tableau 1**.

Tableau 1. Résumé du modèle de rémunération à l'acte

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">• Des mesures incitatives et des primes (amélioration de la rémunération à l'acte) qui modifient la pratique de médecine familiale afin d'obtenir les résultats escomptés (prise en charge des patients nécessitant des soins chroniques et complexes, prévention, inscription officielle des patients) sont prises en considération• Augmentation des heures passées à prodiguer directement des soins aux patients (comparativement aux modèles de rémunération autres que la rémunération à l'acte et aux modèles mixtes)• Plus de patients desservis (en visites et services rendus, notamment pour les tests diagnostiques et les services thérapeutiques)¹³	<ul style="list-style-type: none">• Barèmes de tarifs limités, qui ne tiennent pas compte de la prise en charge de cas complexes, de la collaboration et des entretiens autres que les entretiens en personne• Surutilisation des services et traitement excessif des patients• L'approche « un problème par visite » pourrait être encouragée• Diminution possible de la satisfaction professionnelle

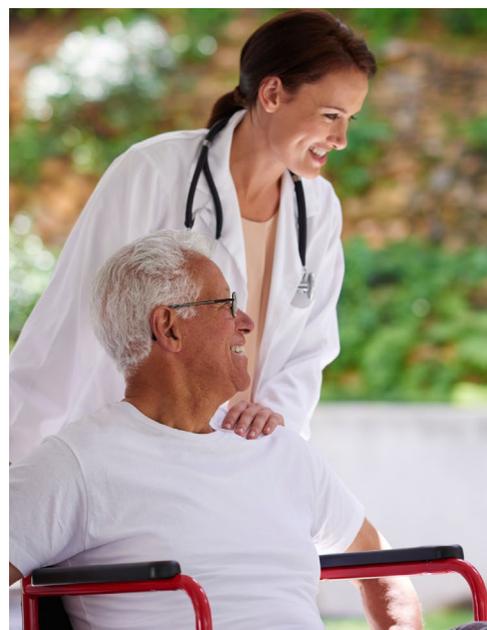
Capitation

Dans le modèle de rémunération par capitation, les médecins sont rémunérés selon des honoraires fixes pour chaque patient inscrit, plutôt que pour le service offert. Ces honoraires fixes peuvent être ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la morbidité ou d'autres facteurs. La capitation encourage les médecins à voir plus de patients, bien que les patients présentant un faible risque soient habituellement préférés.

La capitation peut favoriser la collaboration entre les médecins et d'autres professionnels de soins de santé, accroître la prestation de soins préventifs et promouvoir la santé.¹⁴ Les patients atteints de maladies chroniques changent de fournisseurs de soins moins souvent dans les modèles de pratique où les médecins sont payés selon un modèle de capitation, comparativement à ceux qui sont rémunérés à l'acte, suggérant une augmentation de la satisfaction des patients et une continuité des soins.¹⁵

La capitation nécessite une inscription officielle des patients. Comme il est question dans le guide *Conseil pratique : Sur l'inscription de clientèle en médecine familiale*† du CMFC, l'inscription des patients peut entraîner des avantages qui ont un effet positif sur plusieurs aspects de la pratique. Pour les médecins et les équipes, l'inscription peut aider à mieux définir le nombre de patients attribués à chaque médecin, à organiser la prise de rendez-vous, à faire le suivi des indicateurs et des résultats de santé et à accroître la satisfaction de la clientèle et des membres de l'équipe.¹⁶ Pour les patients et le système de santé, l'inscription des patients accroît la probabilité de continuité des soins, permet d'obtenir un rendez-vous en temps opportun et relie chaque patient plus formellement à son médecin de famille et son équipe.¹⁶

†Conseil pratique: Sur l'inscription de clientèle en médecine familiale, dans : http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_Best_Advice_Rostering_FRE.pdf



Là où le modèle de capitation a été instauré, sa structure tarifaire avait comme objectif d'encourager son adoption. Contrairement aux préoccupations courantes concernant la perte d'un revenu potentiel, une étude en Ontario démontre le contraire. L'étude a montré que comparativement aux médecins de famille dans les pratiques utilisant le modèle de rémunération à l'acte ou à salaire, une plus grande proportion de médecins de famille des pratiques du réseau Santé familiale (RSF) (capitation mixte) rapportait une augmentation de leur revenu net sur cinq ans. Ces observations ont été réitérées dans le Rapport du vérificateur général de 2011.¹⁸

Du point de vue du système, la capitation peut aussi permettre d'avoir des dépenses stables et prévisibles, ce qui constitue un avantage pour les assureurs et les payeurs. Cependant, ceci signifie aussi que si les coûts augmentent — par exemple, à cause de l'inflation — ils pourraient être transférés aux fournisseurs plutôt qu'aux payeurs (en fonction du modèle). Ceci est particulièrement vrai pour les médecins, dont les frais généraux sont estimés comme constituant jusqu'à 28 % à 36 % du revenu brut.¹⁹ Cependant, dans les modèles où les coûts de capital fixe et les frais généraux sont couverts dans une large mesure par le gouvernement, ce facteur est moins préoccupant.

Il est intéressant de noter qu'un examen des pratiques basées sur la capitation a révélé que malgré des mesures incitatives supplémentaires visant à encourager une réduction de l'utilisation des services hospitaliers, la capitation ne semblait pas réduire l'utilisation des hôpitaux par les patients.²⁰ Une autre étude a aussi montré que les modèles fondés sur la capitation sont liés à une augmentation des visites aux services des urgences, à une proportion plus élevée de visites semi-urgentes ou non urgentes et à une plus faible proportion de visites aux services d'urgence en dehors des heures normales.²¹ Il est important de souligner que comme ces deux études ont été menées en Ontario, ces observations reflètent peut-être une réalité locale, étant donné que ces résultats n'ont pas été reproduits ailleurs.

De plus, les patients dont les médecins sont rémunérés par capitation présentaient un score plus faible selon des indices de morbidité et de comorbidité.²¹ Cependant, pondérer les coûts de la capitation en fonction de la morbidité et de l'âge pourrait servir à encourager les médecins à inscrire les patients considérés comme plus complexes, comparativement à ceux qui sont en meilleure santé, et plus faciles à soigner. Le **tableau 2** résume le modèle de paiement par capitation.

Tableau 2. Résumé du modèle de paiement par capitation

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration au sein des équipes de soins, augmentation de la prestation de soins préventifs et promotion de la santé • Inscription officielle des patients favorise la continuité des soins, la satisfaction des patients et la prise en charge de maladies chroniques • Instauration de revenus plus élevés pour les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Des patients en meilleure santé pourraient être choisis, privant de soins ceux qui en ont le plus besoin • Aucune diminution de l'utilisation des services hospitaliers/d'urgence, malgré les mesures incitatives • Le refus possible afin d'éviter le transfert de la responsabilité des soins à d'autres pratiques ou d'autres professionnels de la santé; transfert de la responsabilité du comportement du patient au médecin

Salaire

Dans le modèle de rémunération au moyen de salaire, les médecins touchent un salaire, un peu comme les autres travailleurs sur le marché du travail. Les salaires sont souvent basés sur des unités de temps, et payés en versements périodiques. Cette méthode de paiement s'accompagne souvent d'un contrat qui stipule les responsabilités et les privilèges liés à la pratique, dans le cas de la médecine hospitalière.

Les salaires peuvent s'avérer un outil utile pour le recrutement et la rétention des médecins en régions rurales et éloignées. Les revenus dans un système de rémunération à l'acte seraient moins attrayants pour des médecins dans des régions à faible densité de population. En revanche, les salaires offrent un revenu stable, prévisible et suffisant aux médecins pratiquant dans des régions moins peuplées.¹⁴

La rémunération au moyen de salaire est associée au plus faible taux d'utilisation de tests et de référence comparativement aux modèles de rémunération à l'acte et à la capitation.²² En plus d'un nombre plus bas d'interventions effectuées par patient, la rémunération au moyen de salaire est associée à un volume plus bas de patients par médecin, des consultations plus longues, plus de soins préventifs et à des habitudes de consultation différentes comparativement au modèle de rémunération à l'acte.²² Lorsque la prévalence de patients atteints de comorbidités augmente, des consultations plus longues et plus complètes sont préférables à des visites pour un problème à la fois.

Soulignons toutefois qu'aucune preuve significative n'a été présentée sur l'évaluation des répercussions de la baisse du nombre de tests et d'interventions effectués avec le modèle de rémunération au moyen de salaire sur la santé des patients. La plupart des données probantes ont porté sur l'examen des tendances dans les résultats de la pratique plutôt que sur la façon dont ces changements influencent la santé des patients ou les autres mesures de la satisfaction des patients.

Cependant, les données qualitatives suggèrent que le modèle de rémunération au moyen de salaire pourrait avoir des répercussions négatives sur la productivité des médecins. On reproche au modèle de rémunération au moyen de salaire de motiver les médecins à passer plus de temps avec chaque patient. On craint que ce modèle coûte plus cher et qu'il n'entraîne pas un meilleur niveau de services, défini par les responsables comme l'accès pour tous les patients.²³ Le **tableau 3** résume le modèle de rémunération au moyen de salaire.

Tableau 3. Résumé du modèle de rémunération au moyen de salaire

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Revenu stable et prévisible pour les médecins • Augmentation possible du recrutement et de la rétention des médecins dans les régions rurales éloignées • Consultations plus longues avec les patients et augmentation de la prévention comparativement au modèle de rémunération à l'acte • Plus faible utilisation des tests et de référence comparativement aux modèles de rémunération à l'acte et par capitation; ceci pourrait être considéré comme une force en termes de coûts pour le système et de la prestation de tests diagnostiques basés sur des données probantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions d'emploi détaillées et systèmes de surveillance du rendement exigés • La productivité des médecins, en ce qui concerne le volume des services administrés, peut diminuer

Modèles mixtes

On remarque un intérêt accru pour la rémunération mixte, qui allie les avantages de différents modes de rémunération tout en minimisant le potentiel d'incitatifs comportementaux négatifs.

Voici quelques exemples de méthodes de rémunération mixte utilisées :

- La rémunération à l'acte combinée à la rémunération par capitation : En fonction des proportions du système, les méthodes de paiement différeront. Par exemple, si la rémunération à

l'acte constitue le modèle principal, les médecins sont rémunérés à l'acte et reçoivent un petit honoraire pour chaque patient dans leur pratique. Cependant, si la rémunération par capitation constitue le modèle principal, les médecins reçoivent des honoraires pour couvrir les services prédéterminés pour chaque patient de leur pratique, tandis que les autres services peuvent être facturés à l'acte.

- Salaire combiné à une rémunération à l'acte : Les médecins reçoivent une somme forfaitaire fixe pour leur pratique et peuvent facturer à l'acte tout en recevant un pourcentage de la facturation comme rémunération supplémentaire.²³

Autres modèles

Peu de régions au Canada se sont éloignées de ces formes principales de rémunération pour les médecins en soins primaires, exception faite du Nunavut et autres régions rurales et éloignées des provinces et territoires qui ont de la difficulté à attirer et à retenir des médecins. Afin d'atténuer la pénurie de médecins, la rémunération est souvent offerte sur une base contractuelle et à court terme. Des contrats à la vacation peuvent offrir la flexibilité de prendre en charge des patients nécessitant des soins complexes ou des soins qui exigent plus de temps et de fournir une assistance à court terme pour le problème du manque de médecins. Il y a peu de données sur ces modèles de rémunération puisqu'ils ne sont pas utilisés à grande échelle et à cause du problème de la taille de l'échantillon.

LES RÉPERCUSSIONS DES STRUCTURES DE RÉMUNÉRATION SUR LES PATIENTS ET LES BESOINS DES COMMUNAUTÉS

Les systèmes de rémunération des médecins peuvent avoir des répercussions sur la santé des patients et être utilisés pour répondre aux besoins d'une communauté. Les facteurs comprennent le nombre de visites des patients, l'efficacité des ressources, la prise en charge des maladies chroniques et les défis à surmonter pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

Visites de patients

Une étude a montré que les médecins rémunérés principalement à l'acte voyaient environ 134 patients en 37 heures (en moyenne) par semaine.²⁴ En comparaison, les médecins salariés voyaient 72 patients en 30 heures de travail par semaine. Les médecins rémunérés par capitation se situaient entre les deux, voyant 96 patients en 33 heures.²⁴

Le nombre moyen de visites de patients varie également pour les médecins travaillant dans des pratiques avec différents modèles de rémunération :

- Les pratiques avec rémunération à l'acte ont le nombre le plus élevé de visites de patients par semaine,
- Les modèles de rémunération mixte du RSF ont un nombre moyen de visites par semaine, et
- Les centres de santé communautaires avec employés salariés ont le nombre le plus faible de visites par semaine⁸

Une étude Cochrane¹⁷ a conclu que la rémunération à l'acte, comparativement à la rémunération

par capitation, entraînant plus de visites en soins primaires et plus de services diagnostiques et thérapeutiques, mais moins d'orientation vers les hôpitaux et moins de répétition d'ordonnances. Une étude norvégienne²⁵ a aussi montré que les médecins rémunérés à l'acte effectuaient un plus grand nombre de visites de patients et d'autres consultations que les médecins salariés. Les auteurs ont conclu que de passer d'un modèle de rémunération à salaire à un modèle de rémunération à l'acte augmenterait la prestation de services de 20 % à 40 %.²⁵

Bien qu'il existe des variations dans les types de modèles et dans la quantité de services de santé offerts, il est important de souligner que ces différences ne tiennent pas compte de la qualité des services rendus. Par exemple, les modèles de rémunération à salaire peuvent compenser pour le volume plus faible de services administrés par la qualité des soins complets et globaux que reçoivent les patients. Les patients ont rapporté que les pratiques rémunérées par capitation — comparativement à celles à rémunération avec salaire, à l'acte et mixte — leur offre le meilleur accès aux soins primaires.²⁶ Par contre, une autre étude a montré que les patients des médecins rémunérés par capitation avaient moins de soins après les heures normales et plus de visites aux services d'urgence comparativement à ceux travaillant dans les pratiques améliorées de rémunération à l'acte.²¹ Les patients ont aussi rapporté qu'ils remarquaient une diminution du niveau de soins axés sur la famille pour chaque 1 000 patients supplémentaires dans une pratique.²⁷ Cependant, nous avons besoin de plus de données probantes pour appuyer ces conclusions.

Efficacité des ressources

Il y a une amélioration de l'efficacité des ressources dans les modèles avec moins de consultations, d'interventions et de tests inutiles. Une étude menée au Québec²⁴ montre que bien que le nombre de services offerts a diminué avec la rigidité du régime de paiement, le temps réel passé à offrir ces services a augmenté, ce qui appuie la notion qu'il pourrait y avoir un équilibre intrinsèque entre la qualité et la quantité dans les régimes de paiement.



Les modèles de rémunération à l'acte peuvent constituer un incitatif pour les médecins à offrir plus de traitements aux patients, étant donné que le paiement dépend de la quantité des services offerts. Ils encouragent également le médecin à demander plus d'interventions et de tests qui sont plus coûteux.

Prise en charge des maladies chroniques

Trois Canadiens sur cinq âgés de 20 ans et plus sont atteints de maladies chroniques et quatre de ceux-ci sont à risque de développer un état chronique.²⁸ Les personnes âgées atteintes de trois états chroniques ou plus représentaient 40 % de l'utilisation rapportée des soins de santé chez les personnes âgées, bien qu'ils ne comptent que pour 24 % de toutes les personnes âgées.²⁹ Reconnaître et éliminer des facteurs de risques et des déterminants de la maladie chronique sont au cœur de la prévention des maladies chroniques.

Les études ont montré que la façon de prendre en charge les maladies chroniques dans la pratique générale peut être influencée par les facteurs organisationnels, comme des incitatifs financiers, des structures de paiement par capitation, une amélioration de l'infrastructure technologique sur Internet et l'utilisation plus répandue des professionnels de la santé non médicaux.³⁰

Une étude menée en 2009³⁰ a examiné comment la prise en charge des maladies chroniques différait en fonction des modèles de pratique en Ontario. L'étude a rapporté³¹ que les centres de santé communautaires[§] avaient un taux de rendement plus élevé pour la prise en charge des maladies chroniques (de 10 % à 15 %) comparativement aux milieux préconisant la rémunération à l'acte, la rémunération par capitation ou des modèles de rémunération mixte.³⁰ Ceci peut être attribuable à un meilleur rendement dans les processus fondés sur les données probantes associées aux soins aux diabétiques.** Les cliniciens faisant l'objet de l'étude ont rapporté que les centres de santé communautaires avaient plus tendance à offrir des soins de haute qualité grâce à des consultations plus longues et une collaboration entre les différents professionnels.³⁰

Une étude effectuée en 2015 a évalué la transition des médecins en soins primaires vers des modèles de rémunération par capitation et les soins dispensés en équipe en Ontario, ainsi que l'effet de cette réforme sur la prise en charge et la prévention des maladies chroniques.³² L'étude a rapporté qu'au fil du temps, les patients dans les établissements de soins qui rémunéraient l'équipe de soins par capitation étaient plus susceptibles que ceux qui étaient soignés dans un milieu où les médecins sont rémunérés à l'acte de bénéficier d'une surveillance de leur diabète (39,7 % c. 31,6 %), d'une mammographie (76,6 % c. 71,5 %) et d'un dépistage du cancer colorectal (63,0 % c. 60,9 %).³² Le passage à la rémunération par capitation et l'ajout de soins dispensés en équipe en Ontario ont été associés à une amélioration modérée des processus liés aux soins des patients diabétiques, tandis que les répercussions sur le dépistage du cancer étaient moins évidentes.³²

[†]Les soins axés sur la famille tiennent compte de la famille dans la prise en charge d'un cas clinique, ainsi que des maladies héréditaires dans la famille du patient, du revenu familial et des conditions de vie.

[§]Les centres de santé communautaires emploient des médecins salariés, sont administrés par la communauté, ont comme objectif de répondre aux besoins de la clientèle, fournissent des services de promotion de la santé et d'éducation, et mettent l'accent sur les populations mal desservies.

**L'évaluation des processus incluait si : un examen du pied avait été documenté au cours des 2 dernières années, un examen des yeux avait été effectué au cours des 2 dernières années, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) avaient été prescrits au cours des 2 dernières années, et des tests de dosage de l'HbA_{1c} avaient été effectués au cours de la dernière année.

Compte tenu des changements démographiques au Canada, la prévalence des maladies chroniques changera aussi. Les modèles qui mettent l'accent sur la prise en charge des maladies chroniques aideront à réduire ce taux et à mettre l'accent sur la prévention des maladies chroniques.

Les déterminants sociaux de la santé

Comme expliqué dans le *Conseil pratique : Sur les déterminants sociaux de la santé*^{**} du CFPC, les médecins de famille ont évoqué la rémunération comme un des problèmes les plus courants au travail « en amont » dans le milieu de la santé et à l'adoption de mesures visant à traiter les déterminants sociaux de la santé.³³ Presque tous les fournisseurs de soins interrogés ont mentionné que la rémunération à l'acte les dissuadait de travailler avec des patients pour améliorer leurs déterminants sociaux de la santé.³³



Une structure offrant un soutien et des mesures incitatives

adéquats peut aider à surmonter ces obstacles. Le modèle de soins du Centre de médecine de famille facilite la prise en charge des patients par une équipe de soins, ce qui peut libérer du temps pour des cas complexes, qui sont plus susceptibles d'être présents au sein des populations marginalisées. Par exemple, les centres de santé communautaires de l'Ontario offrent des soins dispensés en équipe et d'autres stratégies de rémunération que la rémunération à l'acte. Une étude effectuée en 2012 par l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques a montré que les centres de santé communautaires étaient plus susceptibles de desservir des populations des quartiers à faible revenu, notamment les clientèles vulnérables comme les nouveaux immigrants et les personnes qui reçoivent de l'aide sociale.³⁴

GUIDER LES DÉCIDEURS

Les pratiques en soins primaires ne font pas appel à une approche universelle pour répondre aux besoins d'une communauté. En fonction de la pratique, les médecins peuvent être limités à plusieurs facteurs, notamment si un modèle de rémunération est offert ou non dans une province particulière, le contexte géographique de la pratique, les types de modèles de pratique organisationnels offerts et les besoins de la communauté desservie par la pratique. Comme mentionnés, les différents types de modèles de rémunération ont chacun leurs propres limites et avantages. Grâce à ces renseignements, il peut être bénéfique de comprendre quels modèles de rémunération fonctionnent le mieux dans différents types de scénarios.

À mesure que les modèles de soins de santé primaires évoluent, il est important que les modes de paiement correspondants évoluent aussi afin de répondre aux besoins de la communauté. Voici quelques exemples qui illustrent dans quels contextes certains modèles de rémunération fonctionnent le mieux.

^{**}*Conseil pratique : Sur les déterminants sociaux de la santé*, dans : http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialD_FRE_WEB_Links.pdf

1. Recrutement et rétention/Faible densité de population

Les médecins de famille en régions rurales et éloignées ont plus de difficulté à réaliser des revenus suffisants lorsqu'ils sont rémunérés à l'acte ou par capitation à cause de la faible densité de population. La rémunération à l'acte établit des limites quant à l'intégration de soins collaboratifs étant donné que les médecins sont payés seulement en fonction des services rendus. Ainsi, les salaires offrent un revenu stable et prévisible aux médecins qui considèrent s'établir dans les régions nordiques, rurales ou éloignées. Plusieurs contrats à salaire offrent aussi des avantages supplémentaires.²³

2. Prise en charge des maladies chroniques

Les pratiques qui mettent l'accent sur la prise en charge des maladies chroniques, comme les soins aux diabétiques, sont celles qui bénéficieraient le plus d'un modèle de rémunération par capitation. Des recherches effectuées en Ontario montrent que les médecins rémunérés par capitation sont plus susceptibles d'utiliser le paiement incitatif de la province pour la prise en charge du diabète que les médecins rémunérés à l'acte, même quand il n'y a pas de différence en valeur monétaire pour les deux groupes. Le nombre de patients inscrits pour les services de soins aux diabétiques est aussi 8 % plus élevé dans les pratiques avec rémunération par capitation.⁷

3. Populations complexes et vulnérables

Les médecins offrant des soins de santé tout en étant rémunérés selon des régimes de paiement moins variables (p. ex., un salaire) ont tendance à accepter des patients plus complexes, notamment des patients autochtones, des patients à faible revenu, ainsi que des patients souffrant de toxicomanie, de maladies mentales et d'itinérance. En moyenne, les médecins salariés voient deux à trois fois plus de patients complexes que les médecins rémunérés à l'acte, tandis que les médecins avec rémunération mixte voient environ 1,5 à 2 fois plus de ces patients que les médecins rémunérés à l'acte.³⁵ Une étude effectuée en 2012 par l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques a montré que les centres de santé communautaires, qui offrent une rémunération à salaire, étaient plus susceptibles de desservir des populations des quartiers à faibles revenus, notamment les clientèles vulnérables comme les récents immigrants et les prestataires d'aide sociale.³⁴

4. Promotion de la santé et soins préventifs

Les modèles collaboratifs et interdisciplinaires fonctionnent parfois mieux quand les objectifs sont de favoriser la collaboration entre les médecins et avec d'autres professionnels de la santé afin d'accroître la prestation de services de soins préventifs et de promouvoir la santé. Une étude a montré que les médecins dans les centres de santé communautaires (salariés) et les Organismes de services de santé familiaux (OSSF) de l'Ontario (modèle de rémunération mixte par capitation) étaient plus susceptibles de voir la promotion de la santé comme une partie intégrante des soins primaires offerts aux patients, comparativement aux médecins dans des pratiques traditionnelles rémunérés à l'acte.³⁶ Une autre étude a aussi montré que les médecins des OSSF ont davantage tendance à atteindre les objectifs cibles des soins préventifs (p. ex., vaccins contre la grippe pour les personnes âgées, mammographies, tests Pap, immunisation des enfants et dépistage du cancer colorectal) que les médecins des Groupes de santé familiale (modèle de rémunération à l'acte).⁷

5. Cliniques très achalandées

Les modèles de rémunération à l'acte peuvent bien fonctionner dans les cliniques achalandées, comme les cliniques d'urgence ou les cliniques sans rendez-vous. Quand les objectifs sont la quantité des soins et l'acceptation des risques, la rémunération à l'acte peut fonctionner étant donné que ce modèle encourage l'acceptation du patient et l'augmentation de la prestation de services. Les pratiques avec rémunération à l'acte comptent plus de visites de patients que celles où les médecins sont rémunérés à salaire ou par capitation,²⁵ et la rémunération à l'acte incite les médecins à augmenter le volume de services offerts aux patients. Cette mesure incitative a des répercussions positives sur la productivité des médecins, ce qui peut améliorer l'accès pour les patients, notamment dans les cliniques très achalandées.³⁷

6. Atteinte de plusieurs objectifs

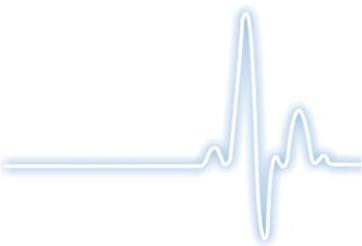
Bien qu'il y ait peu de recherche sur les répercussions des modes de paiement mixtes, leur structure est conçue pour allier les avantages de plusieurs formes de rémunération en un seul modèle. Par exemple, la combinaison du mode de rémunération par capitation et de celui de la rémunération à l'acte peut aider à favoriser la promotion de la santé et la prévention des maladies, tout en conservant la productivité des médecins et l'égalité de l'accès pour les patients.³⁸ À l'Île-du-Prince-Édouard, un modèle mixte offre aux médecins de famille rémunérés à l'acte des paiements supplémentaires s'ils offrent des services particuliers, comme de la réadaptation, des soins en toxicomanie et des soins palliatifs.²³

Avec le vieillissement de la population canadienne et le nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques et complexes, les méthodes de rémunération vont sans doute devoir changer. Les médecins devraient pouvoir travailler dans une pratique qui les encourage à maximiser le temps passé avec leurs patients, au lieu de se sentir obligé de mettre fin à la visite si un patient prend « trop de temps ». Les médecins de famille sont les mieux placés pour comprendre les besoins de leurs patients, et les modèles de rémunération devraient évoluer en conséquence, le cas échéant.

CONCLUSION

Le CMFC maintient qu'une approche universelle de la rémunération des médecins limite la capacité du système de soins primaires de répondre aux besoins contextuels, qu'ils soient géographiques, démographiques ou temporels. Selon les données probantes mentionnées dans ce document, il est évident que les résultats de certaines pratiques peuvent être encouragés ou structurés en fonction du modèle de rémunération. Chaque option de rémunération a ses forces et ses limites théoriques. Les modèles de rémunération mixte offrent le plus de flexibilité dans les options en matière de politique, pour les médecins, les assureurs et les patients. Chaque territoire ou province doit d'abord établir quels résultats de soins elle désire prioriser et adapter la rémunération de façon à atteindre ces résultats.





Références

1. Léger PT, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Modes de rémunération des médecins : Un aperçu des possibilités d'action au Canada*. Ottawa (ON) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2011. Dans : www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/CHSRF_Physician_Renumeration_FR-final.pdf?sfvrsn=0 <http://site.ebrary.com/id/10465283>. Date de consultation : 10 février 2015.
2. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins — Q6a Modes de rémunération. *Sondage national des médecins, 2013*. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/10/2013-National-FR-Q6a.pdf>. Date de consultation : 2 février 2015.
3. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe et âge — Q22 Principale méthode de rémunération. *Sondage national des médecins, 2010*. Publié au : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/08/2010-National-Q22-FR.pdf>. Date de consultation : 4 février 2015.
4. Brcic V, McGregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Can Fam Physician*. 2012;58(5):e275-e281.
5. Association médicale canadienne. *Module 8 : Modes de rémunération des médecins*. AMC; 2012. Dans : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/practice-management-and-wellness/module-8-physician-remuneration-options-e.pdf>. Date de consultation : 10 janvier 2016.
6. Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D. Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from Family Health Groups in Ontario. *J Health Econ*. 2011;30(1):99-111. doi:10.1016/j.jhealeco.2010.10.005.
7. Kantarevic J, Kralj B. Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario. *Health Econ*. 2013;22(12):1417-39. doi : 10.1002/hec.2890.
8. Sarma S, Devlin RA, Belhadji B, Thind A. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy*. 2010;98(2-3):203-217. doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.019.
9. Institut canadien d'information sur la santé. *Understanding Physician Satisfaction at Work: Results from the 2004 National Physician Survey*. Ottawa (ON) : ICIS; 2006.
10. Green ME, Hogg W, Gray D, Manuel D, Koller M, Maaten S et collab. Financial and Work Satisfaction: Impacts of Participation in Primary Care Reform on Physicians in Ontario. *Healthcare Policy*. 2009;5(2):e161-e176.
11. Richardson JRJ, Peacock SJ. Supplier-Induced Demand. *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5(2):87-98. doi:10.2165/00148365-200605020-00003.
12. Fullerton M. Understanding and improving on 1 problem per visit. *Can Med Assoc J*. 2008;179(7):623, 625. doi:10.1503/cmaj.081239.
13. Hutchinson JM, Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *Can Med Assoc J*. 1999;160(7):1013-1017.
14. Wranik D, Durier-Copp M. Framework for the design of physician remuneration methods in primary health care. *Soc Work Public Health*. 2011;26(3):231-259. doi:10.1080/19371911003748968.
15. Sorbero MES, Dick AW, Zwanziger J, Mukamel D, Weyl N. The Effect of Capitation on Switching Primary Care Physicians. *Health Serv Res*. 2003;38(1 Pt 1):191-209.
16. Collège des médecins de famille du Canada. *Conseil pratique : Sur l'inscription de clientèle en médecine familiale*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2012.
17. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et coll. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD002215. doi:10.1002/14651858.CD002215.
18. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Section 3.06 Diversification des modes de financement pour les médecins de famille. Dans : *Rapport annuel de 2011*. Toronto (ON) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 2011. Dans : www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/areports/fr11/306fr11.pdf. Date de consultation : février 2016.
19. Buske L. Net earnings for FPs, specialists. *Can Med Assoc J*. 2002;167(5):535. doi:10.1002/hec.2890.
20. Hutchison B, Birch S, Hurley J, Lomas J, Stratford-Devai F. Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of Health Service Organizations in Ontario. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1996;154(5):653-661.
21. Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2009;180(11):E72-E81. doi:10.1503/cmaj.081316.
22. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM*. 1999;92(1):47-55. doi:10.1093/qjmed/92.1.47
23. Wranik DW, Durier-Copp M. Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. *Health Care Anal*. 2010;18(1):35-59. doi:10.1007/s10728-008-0105-9.
24. Dumont E, Fortin B, Jacquemet N, Shearer B. Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ*, 2008;27(6):1436-50. doi : 10.1016/j.jhealeco.2008.07.010.

25. Sørensen R J, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*. 2003;66(1):73-93.
26. Muggah E, Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Kristjansson E, Muldoon L et coll. Patient-reported access to primary care in Ontario: effect of organizational characteristics. *Can Fam Physician*. 2014;60(1) : e24-e31.
27. Mayo-Bruinsma L, Hogg W, Taljaard M, Dahrouge S. Family-centred care delivery. *Can Fam Physician*, 2013;59(11):1202-10.
28. Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL, Driscoll ER, Jayaraman G, Pelletier L. Monitoring chronic diseases in Canada: the Chronic Disease Indicator Framework. *Chronic Dis Inj Can*. 2014;34(suppl. 1):1-30.
29. Institut canadien d'information sur la santé. *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques?* ICIS; 2011. Dans : https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf. Date de consultation : 14 décembre 2015.
30. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):309-318.
31. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Community Health Centres*. Dans : www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/chc/. Date de consultation : 11 novembre 2015.
32. Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Glazier RH. Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2015; 187(17):E494-502. doi : 10.1503/cmaj.150579.
33. Collège des médecins de famille du Canada. *Conseil Pratique : Sur les déterminants sociaux de la santé*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2015.
34. Glazier RH, Zagorski BM, Rayner J. *Comparaison des modèles de soins de santé primaires en Ontario selon la démographie, la casuistique et l'utilisation des unités d'urgence, de 2008-2009 à 2009-2010*. Toronto (ON) : Institut pour les sciences évaluatives cliniques; 2012.
35. Devlin, RA, Sarama S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *J Health Econ*. 2008;27(5):1168-81. doi : 10.1016/j.jhealeco.2008.05.006.
36. Hogg W, Dahrouge S, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon L et coll. Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine*. 2009;3(3):e165-e173
37. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada*. CFHI-FCASS; 2012. Dans : www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-F.pdf. Date de consultation : le 14 décembre 2015.
38. Rudmik L, Wranik D, Rudisill-Michaelsen C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;43(1):34.

**THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA**



**LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA**