

Rapport
de recherche
PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec

Chercheur principal

Damien Contandriopoulos, Université de Montréal
Astrid Brousselle, Université de Sherbrooke

Cochercheurs

Mylaine Breton, Université de Sherbrooke
Arnaud Duhoux, Université de Montréal
Catherine Hudon, Université de Sherbrooke
Alain Vadeboncoeur, Institut de cardiologie de Montréal

Collaborateurs et professionnels de recherche

Marc-André Fournier, Geneviève Champagne, Martin Sasseville, Damien Sainte-Croix, Karine Lachapelle, Dominique Laroche, Mélanie Perroux, Camille Butzbach

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Montréal

Numéro du projet de recherche

2015-BE-187183

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,
le Fonds de recherche du Québec - Société et culture et
le Fonds de recherche du Québec - Santé

Équipe de recherche

Chercheurs principaux : Damien Contandriopoulos et Astrid Brousselle

Co-chercheurs : Mylaine Breton, Arnaud Duhoux, Catherine Hudon et Alain Vadeboncœur

Collaborateurs et professionnels de recherche : Marc-André Fournier, Geneviève Champagne, Martin Sasseville, Damien Sainte-Croix, Karine Lachapelle, Dominique Laroche, Mélanie Perroux, Camille Butzbach

Remerciements :

Nous tenons à remercier tous les médecins et experts qui ont accepté de participer à ce projet pour la confiance qu'ils nous ont accordée. Leur participation a été précieuse pour sa bonne réalisation et déterminante pour la qualité de nos données. Leur participation est d'autant plus importante que le projet porte sur une thématique politiquement sensible.

Nous avons aussi pu bénéficier de l'expertise de Paul Lamarche (ESPUM, Université de Montréal), de Serge Dulude et de son équipe (FMOQ) de Réjean Hébert (ESPUM, Université de Montréal) et de Jean-Louis Denis (ESPUM, Université de Montréal) qui ont accepté de commenter une version préliminaire du présent rapport.

Nous tenons à remercier chaleureusement le Commissaire à la santé et au bien-être, le Fonds de recherche du Québec – société et culture et le Fonds de recherche du Québec – santé pour leur important soutien à la réalisation de ce projet. Nous souhaitons aussi souligner le soutien de l'Association médicale du Québec et de l'Association médicale du Canada pour la diffusion des résultats du projet.

Citer comme:

Contandriopoulos D. Brousselle, A. Breton M. Duhoux, A. Hudon, C. Vadeboncœur A. Fournier M.-A. Champagne G. Sasseville. M. & Sainte-Croix D. (2018) *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
TABLE DES MATIÈRES	VI
1) OBJECTIF	1
2) NOTES MÉTHODOLOGIQUES	1
3) ANALYSE DES MODES, DES MODALITÉS ET DES MONTANTS	2
A) MODES DE RÉMUNÉRATION	2
I) L'ACTE	2
II) RÉMUNÉRATION EN MODE MIXTE	4
B) MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION	5
I) DÉTERMINATION DES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION	5
II) MODIFICATIONS AUX MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION	6
C) ÉVOLUTION DES MONTANTS	9
I) RÉMUNÉRATION TOTALE	9
II) RÉMUNÉRATION PAR GROUPE	9
4) ANALYSE DE LA PRODUCTION DES SOINS	11
A) EFFECTIF MÉDICAL	11
B) VOLUME D'ACTES	12
C) NOMBRE DE VISITES	13
D) JOURS TRAVAILLÉS	16
E) VISITES PAR JOUR	17
F) INSCRIPTION ET ASSIDUITÉ	18
G) ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN	20
5) ANALYSE DE L'INFLUENCE DU MODE DE RÉMUNÉRATION SUR LA PRATIQUE DES MÉDECINS ET SUR CERTAINES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS	21
A) LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS	21
I) INFLUENCE DU LIEU DE PRATIQUE	21
II) FACTURATION	22
III) RELATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS	23
IV) IMPACTS DES FORFAITS ET INCITATIFS	23
V) PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VULNÉRABLES	24
VI) PRODUCTIVITÉ, DEMANDE INDUITE ET « RENTABILITÉ »	24
VII) MOTIVATION EXTRINSÈQUE ET « CROWDING-OUT EFFECT »	25
B) LES MÉDECINS SPÉCIALISTES	25
I) LA PSYCHIATRIE	25
II) LA RADIOLOGIE	27
III) LA CARDIOLOGIE	28
IV) L'OPHTALMOLOGIE	29
6) SYNTHÈSE	30

7) RECOMMANDATIONS	32
8) ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	A
A) ANALYSE DES RÈGLES DE FACTURATION	A
I) MÉDECINS OMNIPRATICIENS	A
II) MÉDECINS SPÉCIALISTES	A
B) COMPOSANTE QUANTITATIVE: DONNÉES DE LA RAMQ	A
I) LES GROUPES DE MÉDECINS	B
II) MÉDECINS ACTIFS	B
III) MONTANT DES PRIMES ET SUPPLÉMENTS	B
IV) DOLLARS COURANTS ET CONSTANTS	B
V) ACTES CLINIQUES	B
VI) NOMBRE D'ACTES ET NOMBRE D'ACTES AJUSTÉS	B
VII) NOMBRE DE VISITES ET NOMBRE DE VISITES AJUSTÉES	C
VIII) NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	C
IX) LIEU DE TRAITEMENT ET TYPE DE SERVICE	C
X) ASSIDUITÉ AUPRÈS DU MÉDECIN ET AUPRÈS DE LA CLINIQUE	C
XI) STATUT DE VULNÉRABILITÉ DES PATIENTS	D
XII) NOMBRE DE JOURS TRAVAILLÉS	D
XIII) EFFECTIF MÉDICAL AJUSTÉ EN ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET (ETC) DE 2006	D
C) COMPOSANTE QUALITATIVE : ENTREVUES EN PROFONDEUR	E
9) RÉFÉRENCES	G

1) Objectif

Ce projet est le second d'une série de deux projets sur le sujet menés dans le cadre d'une action concertée financée par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et gérée par le Fonds de recherche du Québec — société et culture (FRQSC) en collaboration avec le Fonds de recherche du Québec — santé (FRQS).

L'objectif principal du présent projet de recherche est de comprendre de quelle manière et dans quelle mesure les modes de rémunération influencent la pratique médicale et de cerner l'impact de ces facteurs sur la performance du système de santé du Québec.

La définition de la performance utilisée ici est inspirée des travaux de Shortell et coll. [1] (voir [2] pour une présentation plus détaillée). Notre définition conçoit la performance d'un modèle de soins comme la combinaison de quatre composantes 1) l'accessibilité, 2) la qualité des soins, 3) l'efficacité et 4) les capacités d'apprentissage collectives [2]. Le modèle de conceptualisation de la performance et de ses sous-composantes est illustré dans la Figure 1 (ci-contre). Nous n'analysons pas de manière systématique l'impact des modes de rémunération sur chaque dimension de la performance. En revanche, nous portons un jugement systémique sur la manière dont les modes de rémunération interagissent avec différents autres déterminants de la pratique médicale pour influencer la performance du système de soins.

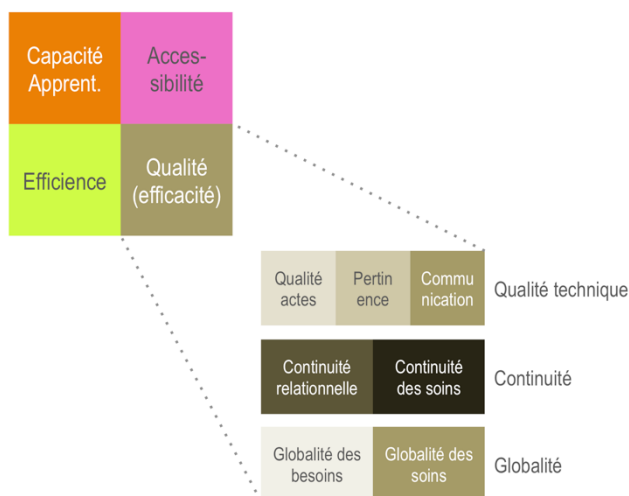


Figure 1: Conceptualisation de la performance

Le rapport est structuré en quatre parties. Nous commençons par analyser les modes, les modalités et les montants investis dans la rémunération des médecins. Par la suite, nous présentons l'analyse de l'évolution de la production des soins entre 2006 et 2015. Dans une troisième partie, nous présentons l'analyse de l'influence du mode de rémunération sur la pratique des médecins et sur certaines dimensions de la performance du système de soins. Finalement, le rapport se conclut sur une synthèse et des recommandations pour optimiser les modèles de rémunération des médecins du Québec dans le futur.

2) Notes méthodologiques

Ce projet s'appuie sur une méthodologie longitudinale à la fois quantitative et qualitative en trois composantes. Tout d'abord, nous avons conduit une analyse des règles de facturation. Nous avons analysé le Manuel des omnipraticiens — Brochure no 1 entre septembre 2005 et janvier 2016 (n=38). Nous avons passé en revue les mesures (lettres d'entente, annexes et protocoles d'accord) du sommaire des fichiers de mise à jour 54 à 91 inclusivement [3]. Une fois la sélection des mesures complétée, nous avons recensé à partir des sommaires des Manuels des omnipraticiens - Brochure no 1 [3, 4] les modifications susceptibles d'avoir un impact significatif entre 2006 et 2015. Une analyse plus approfondie a été effectuée pour quatre spécialités (psychiatrie, radiologie, cardiologie et ophtalmologie) pour lesquelles nous avons par la suite conduit des entrevues. Le choix de ces

spécialités découle de la volonté d'obtenir un portrait de spécialités de nature différente (plus cliniques ou plus influencées par les technologies). Pour ces quatre spécialités, nous avons analysé les règles de facturation afin d'identifier des changements significatifs. Les Manuels des spécialistes - Brochure no 1 entre novembre 2005 et janvier 2016 (n=30) ont été consultés. Nous avons passé en revue les mesures (lettres d'entente, annexes et protocoles d'accord) du sommaire des fichiers de la mise à jour 63 à 92 inclusivement [5]. Nous avons retenu les mesures qui ont un effet sur une majorité des membres d'au moins une des spécialités sélectionnées.

Les résultats de cette première composante ont été mis en relation avec une analyse quantitative descriptive des données de facturation de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et avec des entrevues semi-dirigées.

Nous avons ainsi conduit une analyse longitudinale rétrospective d'un ensemble d'indicateurs quantitatifs calculés à partir des données de la RAMQ. Les indicateurs peuvent être regroupés en trois grands thèmes : premièrement, des données sur les dépenses publiques liées à la rémunération, aux modes de rémunération et au coût relatif des différents secteurs et types de pratique ; deuxièmement, des données sur le volume de soins, le type de soin et la productivité, et troisièmement, quelques indicateurs populationnels sur l'inscription de clientèle, la vulnérabilité et la démographie.

Les indicateurs sont, dans leur quasi-totalité, analysés de manière longitudinale sur une période de 10 ans (2006 à 2015). Les indicateurs ont été calculés pour l'ensemble des médecins, par groupe de médecins (médecins omnipraticiens et médecins spécialistes) ainsi que par spécialité pour les 10 spécialités avec les effectifs les plus importants (anesthésiologie, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, gynécologie, obstétrique-gynécologie et obstétrique, médecine interne, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie.) La majorité des indicateurs ont été analysés sur une base trimestrielle, mais plusieurs des graphiques ont été annualisés pour faire disparaître des fluctuations saisonnières. Le détail des méthodes utilisées est présenté en annexe.

Si les indicateurs quantitatifs tirés des bases de données de la RAMQ permettent de dresser un portrait général de la rémunération des médecins et de la production de soins, ils sont insuffisants pour comprendre comment les modes de rémunérations et les incitatifs influencent la pratique. Pour éclairer les influences individuelles sur les médecins et sur leur pratique, nous avons conduit 33 entrevues en profondeur. Les entrevues ont visé trois groupes d'informateurs : des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes dans quatre spécialités (psychiatrie, radiologie, cardiologie et ophtalmologie) et des experts.

La méthodologie est présentée en détail en annexe 1. Le projet a reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal (N° 14-150-CERES-D, 19-12-2014).

3) Analyse des modes, des modalités et des montants

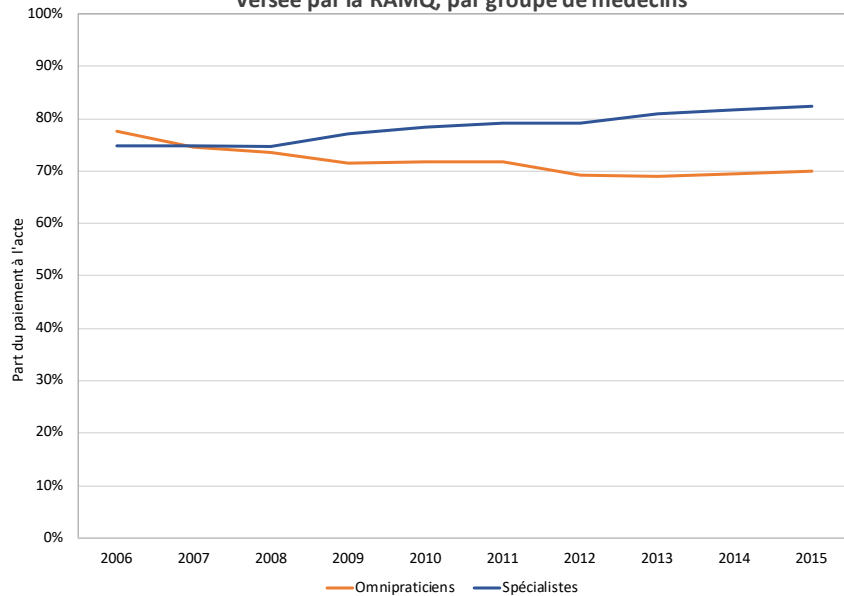
a) Modes de rémunération

i) L'acte

Les médecins du Québec sont en majorité rémunérés selon le principe du paiement à l'acte. Chaque examen, intervention ou activité possède un code d'acte et chaque fois qu'un médecin réalise l'un de ces actes, il fait parvenir à la RAMQ une demande de paiement pour le montant correspondant à l'acte.

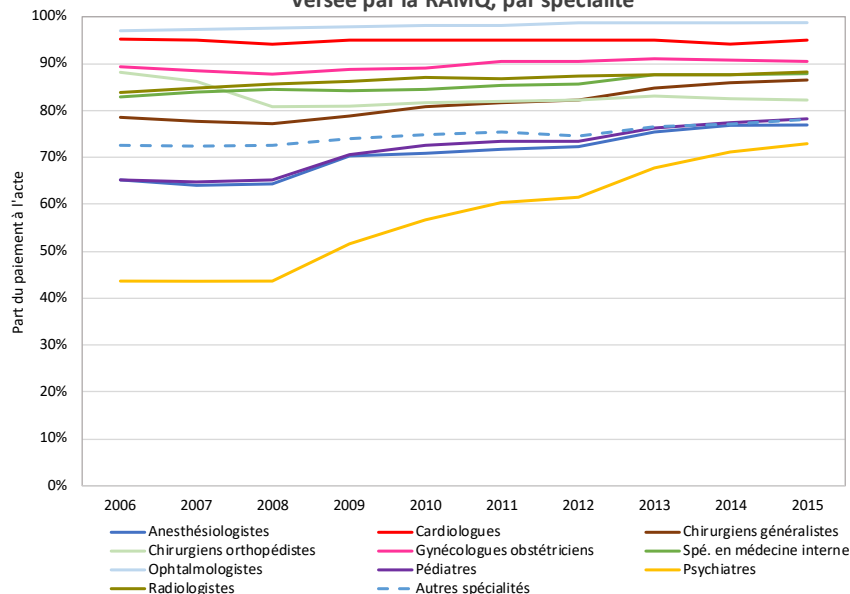
En 2015, la proportion de la rémunération brute moyenne versée aux médecins par la RAMQ selon le principe du paiement à l'acte était de 69,9 % pour les médecins omnipraticiens et de 82,3 % pour les médecins spécialistes (Graphique 1). Les paiements effectués selon des modes différents du paiement à l'acte sont discutés plus loin.

Graphique 1: Proportion du paiement à l'acte dans la rémunération totale versée par la RAMQ, par groupe de médecins



Il est aussi intéressant de noter que l'évolution de cette proportion est opposée entre les deux groupes. Les médecins spécialistes sont de plus en plus payés à l'acte tandis que les médecins omnipraticiens le sont de moins en moins. Chez les médecins omnipraticiens, c'est le déploiement d'un ensemble des primes, forfaits et suppléments visant à favoriser l'inscription et le suivi en cabinet qui explique cette tendance. Nous y revenons plus loin. Chez les médecins spécialistes, la tendance s'explique principalement par le passage à une plus grande part de l'acte dans certaines spécialités (pédiatrie ou psychiatrie par exemple, dans notre échantillon) (Graphique 2).

Graphique 2: Proportion du paiement à l'acte dans la rémunération totale versée par la RAMQ, par spécialité



Par ailleurs, il est important de comprendre qu'une proportion significative des versements faits par la RAMQ selon le mode dit « à l'acte » ne correspond pas à des actes cliniques. Par exemple, une bonne partie des incitatifs à l'inscription ou au suivi de clientèle des médecins omnipraticiens est versée en fonction de la facturation d'actes « non cliniques ». De la même manière, pour l'ensemble du corps

médical, plusieurs actes sont, de fait, liés à des blocs de temps¹ ou des activités non cliniques (formation, supervision, administration). La caractéristique du paiement à l'acte repose donc essentiellement dans une division du travail en « unités » spécifiques où chaque unité doit être facturée afin qu'un paiement soit effectué.

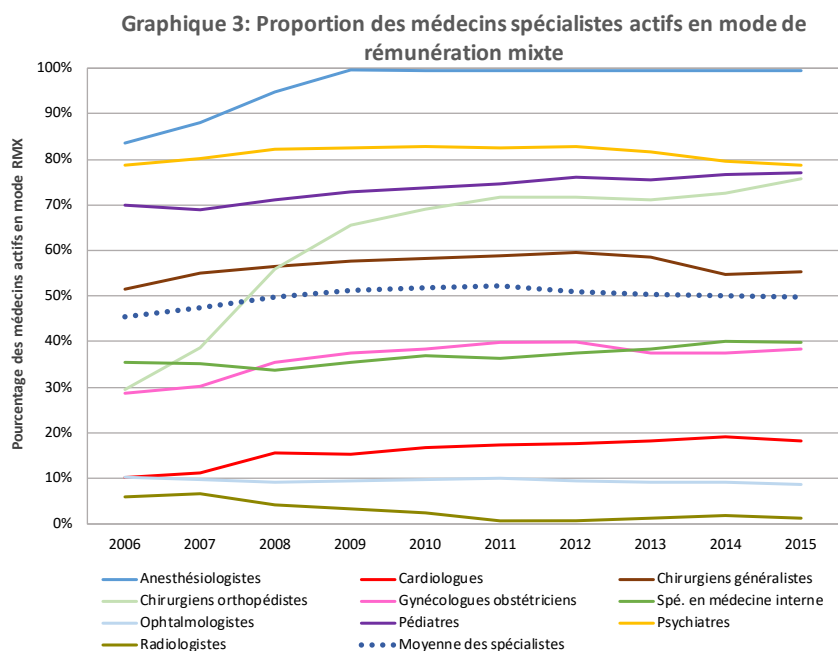
À cause de la diversité des unités de facturation que l'on retrouve dans les manuels de facturation, il est extrêmement difficile de dériver des données de facturation agrégées la nature exacte de l'incitation exercée sur le médecin facturant. Par exemple, des versements associés à un code d'acte dans nos données s'apparentent parfois à une incitation au volume, parfois à un paiement à la performance, parfois à un paiement horaire et parfois à des incitatifs spécifiques (par exemple, la supervision d'une infirmière praticienne spécialisée).

La portion de la rémunération totale qui n'est pas versée selon le mode de l'acte est versée sous la forme de tarif horaire, d'honoraires forfaitaires ainsi que, plus rarement, de salariat. Toutes ces formes de rémunération reposent sur des versements liés à une durée de travail spécifique. La plus grande portion de ces paiements liés au temps travaillé correspond à des indemnités journalières (*per diem*) dans le contexte du mode de rémunération mixte.

ii) Rémunération en mode mixte

Depuis 1999, les médecins qui travaillent en établissement peuvent, collectivement, choisir d'être rémunérés selon un mode dit mixte. Cette décision est un choix de groupe (par exemple, un département hospitalier) qui engage l'ensemble des médecins du groupe.

En mode mixte, les médecins reçoivent un montant forfaitaire correspondant à leur durée de travail. Dans la majorité des spécialités, la durée est calculée en journées de 7 heures ou en demi-journées de 3,5 heures, mais les médecins sont libres de l'organisation de leur temps durant la journée. En plus de cette composante forfaitaire, les médecins facturent aussi leurs actes qui, pour la majorité, sont remboursés à un tarif inférieur à celui du même acte en mode à l'acte pur.



De manière générale, les médecins d'un groupe vont choisir le mode qui est financièrement le plus avantageux étant donné leur volume de travail. Le mode mixte est généralement plus avantageux dans

¹ On parle ici d'interventions payées à l'acte, par exemple « l'intervention clinique individuelle ou collective » dont la facturation repose sur une période de base de 25 minutes et des tranches de 15 minutes supplémentaires. Les blocs de temps liés à la rémunération mixte ne sont pas inclus dans ces chiffres et sont discutés dans le prochain paragraphe.

les milieux où le volume est faible à moyen et moins avantageux dans les milieux à fort volume. Toutefois, la proportion moyenne de médecins qui travaillent en mode mixte varie aussi considérablement selon la spécialité, ce qui laisse présumer que la nature de la pratique ou la rentabilité relative des deux modes selon les spécialités affecte aussi le choix (Graphique 3).

b) Modalités de rémunération

i) Détermination des modalités de rémunération

Le principe du paiement à l'acte est très ancien — bien antérieur à la création du système d'assurance public —, et repose sur une vision de l'incitation financière extrêmement simple [17]. Dans ce système, la définition de ce qui constitue ou non un acte détermine l'unité travaillée et, de ce fait, contribue à tracer les frontières du travail médical. De même, l'établissement du tarif payé pour cette unité va déterminer sa « rentabilité » relative par rapport au temps et à l'effort demandé. Les entrevues conduites auprès des différents groupes de médecins convergent pour montrer que les modalités du système de rémunération des médecins au Québec sont problématiques à de nombreux égards. La complexification continue de la structure de définition des actes a engendré des manuels de facturation d'une complexité considérable. De plus, le tarif relatif des actes n'a que peu de lien avec le temps et l'effort demandé ou encore avec sa pertinence clinique.

Il est donc important de se pencher sur les processus qui encadrent l'établissement des règles du système de paiement à l'acte. Au Québec, ces règles sont négociées entre les fédérations médicales et le gouvernement. Dans ce processus de négociation, les fédérations sont en mesure d'utiliser leurs connaissances détaillées sur la pratique pour exercer une influence importante sur la définition et le tarif des actes. En pratique, notre analyse suggère que les modalités de rémunération adoptées ne sont que peu liées à l'intensité ou à la complexité du travail ni toujours adaptées à l'évolution des technologies ou à l'importance de maximiser la pertinence des soins. Par ailleurs, dans le cas de la FMSQ, le processus interne de répartition des sommes négociées entre spécialités et sous-spécialités laisse place à des jeux politiques pour le contrôle de technologies ou d'interventions. Par ailleurs, les fédérations exercent un pouvoir politique important en plus d'être très influentes au sein de différents paliers institutionnels et gouvernementaux (par exemple, les présidents de la FMOQ et de la FMSQ siègent sur le Conseil d'administration de la RAMQ). Le pouvoir d'influence des fédérations leur donne un très grand contrôle sur la mécanique interne des mécanismes de rémunération.

Historiquement, la rémunération des médecins omnipraticiens a été organisée autour de l'examen (ordinaire, complet, complet majeur). Jusqu'au moment de l'introduction des activités médicales particulières (AMP) dans les années 90, les ententes ont été renouvelées sans qu'il n'y ait de grands changements apportés à la structure de rémunération. Avec les AMP visant notamment à combler les déficits de médecins aux urgences, on a souhaité rendre cette pratique plus attrayante au moyen d'ajustements dans la structure des tarifs. Il appert que les ajustements effectués se sont révélés très efficaces. Quinze ans plus tard, la tendance s'étant renversée, c'est la pratique de suivi de clientèle qui n'était plus assez attrayante. Le gouvernement et la FMOQ se sont par la suite entendus sur l'implantation de nouvelles mesures de façon à reconnaître la lourdeur de la médecine familiale et à récompenser la pratique en cabinet, dont des AMP de prise en charge. On observe alors une grande complexification de la structure de rémunération en première ligne avec la modulation de plus en plus poussée des tarifs en fonction des caractéristiques du patient et du milieu, et avec l'implantation des forfaits. Ces tendances illustrent l'ambition de pousser toujours plus loin le « microcontrôle » du travail médical par le biais d'incitatifs financiers.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, depuis la mise en place du mode mixte en 1999, aucune modification significative du modèle de rémunération n'a été implantée. Le processus de négociation entre les médecins spécialistes et le gouvernement est caractérisé par un niveau de complexité additionnel si on le compare à celui des omnipraticiens. La FMSQ va tout d'abord s'entendre avec le gouvernement sur une enveloppe globale, soit un montant d'argent disponible pour rémunérer les médecins spécialistes. Il est probablement bon de citer ici un extrait du rapport de la vérificatrice

générale à propos des enveloppes budgétaires négociées par les Fédérations : « *contrairement à une enveloppe budgétaire fermée (niveau de dépenses plafonné) ou aux enveloppes budgétaires allouées aux autres professionnels de la santé, les enveloppes budgétaires pour la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes représentent une garantie quant aux sommes minimales qui leur seront versées* » [18]. Une fois l'enveloppe établie, les instances internes de la FMSQ vont fixer les paramètres de répartition de ces sommes entre spécialités. Chaque spécialité va ensuite établir des propositions pour ajuster la définition ou le tarif des actes de manière à ce que les soins offerts donnent lieu à la facturation de toute l'enveloppe. Les propositions sont finalement ramenées devant la table de négociation et discutées avec le gouvernement, qui va entériner le résultat final de ces discussions et négociations. Cette dynamique interne à la FMSQ et la complexité inhérente de tenir compte des spécificités de 59 spécialités regroupées en 35 associations donnent à la FMSQ une latitude additionnelle par rapport à ce que la FMOQ peut espérer.

L'ensemble du système de négociation de la rémunération des médecins est d'une remarquable opacité. Les ententes au sujet de l'évolution des enveloppes et des paramètres de cette évolution sont extrêmement complexes. Les objectifs visés par les parties ne sont pas explicités de manière crédible. Les critères d'allocation interne à la FMSQ sont secrets. Les paramètres utilisés pour calculer l'impact de la modification de la définition ou du tarif d'un acte sur l'enveloppe globale ne sont pas du domaine public. La seule chose qui est du domaine public est le résultat, soit les manuels et brochures qui fixent les règles de facturation et rémunération. Toutefois, la nature de ces documents (des milliers de pages, extrêmement techniques, produites de manière cumulative) fait en sorte qu'il n'existe probablement au Québec personne qui puisse prétendre en comprendre la totalité.

ii) Modifications aux modalités de rémunération

(1) Médecins omnipraticiens

Au cours de la période 2006-2015, le déploiement progressif des primes, forfaits et suppléments a été la principale modification à la rémunération des médecins omnipraticiens. En 2000, dans la foulée du rapport de la Commission Clair, les gouvernements successifs se sont fixés comme objectif de renforcer l'offre de soins de première ligne au Québec. Ceci a donné lieu au déploiement du modèle GMF ainsi qu'au développement d'une vaste liste d'incitatifs financiers ayant pour but d'encourager les médecins omnipraticiens à inscrire des patients, à prioriser des clientèles considérées comme vulnérables et à augmenter l'offre de suivi de clientèle en cabinet. La notion d'inscription était vue comme centrale pour améliorer la continuité et l'accessibilité des soins.

Au début des années 2000 [6], la FMOQ et le gouvernement se sont entendus sur une augmentation de l'enveloppe de rémunération étalée sur plusieurs années. Le but principal était un « rattrapage » pour rapprocher la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec de la rémunération moyenne au Canada. Les sommes additionnelles sont en grande partie allées vers la création de nouveaux forfaits destinés au suivi de clientèle en cabinet et en groupe de médecine de famille (GMF).

Toutefois, les objectifs spécifiques de ces mesures ne sont pas toujours clairs. Les avis des différentes personnes rencontrées divergent au sujet des buts visés. Par exemple, un des experts rencontrés a souligné que l'objectif premier n'était pas de transformer l'offre de soins (accessibilité, continuité ou globalité), mais plutôt d'utiliser les incitatifs pour que la rémunération soit plus équitable entre la pratique en établissement et la pratique en cabinet. En même temps, les mesures implantées ont souvent été présentées publiquement comme destinées à améliorer l'accès aux soins et il est plausible d'anticiper des effets sur les plans de l'accessibilité et la continuité. Finalement, certains informateurs ont suggéré que les forfaits liés à l'inscription soient une manière de tendre vers une rémunération qui s'apparenterait de plus en plus à une forme de capitation.

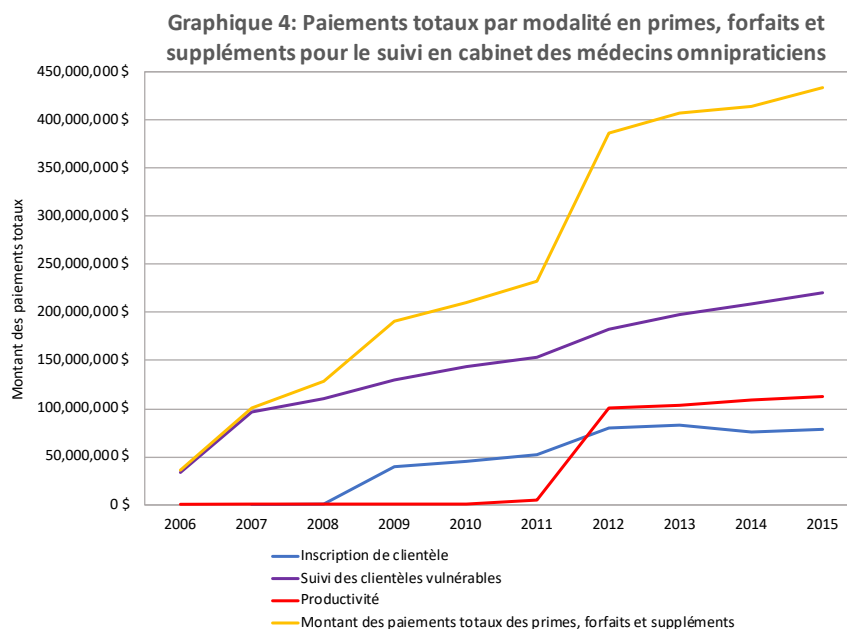
Le déploiement de ces mesures a été itératif et cumulatif. Des forfaits, primes et suppléments ont été ajoutés au fil du temps et parfois ajustés ou, plus rarement, supprimés. Ainsi, en 2015 les médecins omnipraticiens étaient éligibles à au moins 27 forfaits, primes et suppléments différents. On observe également de nombreux ajustements effectués soit au niveau des montants ou des règles de

fonctionnement, principalement dans le but de corriger certains effets pervers. Un exemple bien documenté a été l'autoréférence où des médecins ont inscrit par le biais des Guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) beaucoup des patients qu'ils suivaient déjà de manière à toucher une prime [7]. De manière générale, le déploiement des primes et la sophistication de l'ajustement des tarifs aux caractéristiques des patients et du lieu ont entraîné une complexification importante de la structure de facturation durant la période d'étude.

Entre 2006 et 2015, les montants consacrés à ces primes, forfaits et suppléments sont passés de 36 millions de dollars par an à 434 millions de dollars par an. Le montant moyen que représentent annuellement ces primes pour un médecin omnipraticien est passé de 11 856 \$ à 62 005 \$ au cours de la période. En 2015, ce montant correspond à 22 % de la rémunération moyenne des médecins omnipraticiens qui font du suivi de clientèle.

Une partie de ces forfaits et suppléments est versée en fonction de la facturation de codes d'actes spécifiques par les médecins omnipraticiens tandis que la balance est composée de forfaits et de primes (forfait d'inscription, forfait de prise en charge, prime de responsabilité, etc.) qui sont directement calculées annuellement ou par trimestre par la RAMQ et versées à date fixe. En 2015, 36 % des sommes versées comme forfaits et primes pour le suivi de clientèle étaient versées selon le mode à l'acte (facturation de codes spécifiques pour les forfaits et primes en fonction des caractéristiques de la visite, du patient ou du lieu).

Étant donné le nombre considérable de primes, forfaits ou suppléments possibles et la variabilité dans la nature de l'incitation présumée, nous avons regroupé les paiements par catégorie d'objectifs: inscription de patients, suivi de populations vulnérables et bonus à la productivité (Graphique 4). On peut voir que c'est le suivi des patients vulnérables, y compris par leur inscription, qui a été le premier objectif et qui reste le plus important en regard des montants investis. Le second secteur est l'inscription de patients non vulnérables. À partir de 2012 des incitatifs à la productivité sont venus s'ajouter.



(2) Médecins spécialistes

En ce qui concerne les médecins spécialistes, pour la majorité des spécialités, il n'y a pas eu de changements majeurs au niveau des modalités de rémunération entre 2006 et 2015. Les nouvelles mesures qui ont été identifiées portent sur des ajustements visant à corriger des problèmes ponctuels. Par exemple, la pénurie d'effectifs en régions éloignées a entraîné une bonification des primes d'éloignement et des forfaits de garde de dépannage. De même, certaines tâches ont été créées dans la structure des actes comme les activités médico-administratives, les consultations téléphoniques et la

télémédecine. Toutefois, certaines spécialités comme la psychiatrie ou la pédiatrie ont vécu des changements plus significatifs visant à hausser la rémunération moyenne et mieux documenter la pratique.

Nous avons aussi conduit une analyse détaillée des modifications dans les modalités de rémunération de quatre spécialités.

(a) Psychiatres

Des spécialités choisies pour fins d'analyse détaillée, la psychiatrie est celle où de plus grands changements ont été observés. Bien qu'il s'agisse de la spécialité ayant les effectifs les plus importants, la psychiatrie figure parmi les spécialités avec les revenus moyens les plus faibles. Les instances internes de la FMSQ ont décidé de mettre en œuvre un rattrapage de la psychiatrie (et de certaines autres spécialités moins bien rémunérées) par rapport à la moyenne. Ce rattrapage a porté fruit puisque, si, en 2006, les psychiatres recevaient 73 % de la rémunération moyenne des spécialistes, la proportion a augmenté à 87 % en 2015. Cependant, l'écart avec les omnipraticiens s'est creusé. En 2006, un psychiatre gagnait un peu plus (109 %) qu'un omnipraticien alors que cette proportion est de presque une fois et demie plus élevée en 2015 (146 %).

La mise en œuvre de ce rattrapage a pris la forme d'une transition d'une rémunération principalement centrée sur des blocs de temps vers une rémunération principalement centrée sur des actes. Entre 2006 et 2015, on observe une augmentation significative des tarifs et du nombre d'actes spécifiques à la psychiatrie. Le nombre de codes spécifiques à la psychiatrie a augmenté de 87 % en passant de 104 codes en octobre 2006 à 194, en janvier 2016. De même, les tarifs ont été largement bonifiés. La visite principale en cabinet est passée de 43,50 \$ en 2006 à 215,00 \$ en 2016 (494 % d'augmentation), en clinique externe l'augmentation est de 567 %.

(b) Radiologistes

Les modes de rémunération en radiologie n'ont pas changé de façon importante durant la période à l'étude, hormis l'ajout de certains codes pour la garde et le remplacement dans le but de répondre aux pénuries d'effectifs pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

(c) Cardiologues

En cardiologie, il n'y a également pas eu de modifications majeures à la structure de rémunération sur les 10 années à l'étude en dehors de l'ajout d'une mesure pour la prise en charge de patients dans une unité de soins intensifs. Les augmentations des tarifs à l'acte varient entre 53 % et 55 % en dehors de deux exceptions avec des taux plus élevés.

Contrairement aux interventions cliniques, qui n'ont que peu évolué depuis des années, les interventions techniques, notamment en hémodynamie, ont beaucoup évolué et ont permis de considérablement accélérer le rythme d'intervention et, incidemment, les montants facturés.

(d) Ophtalmologistes

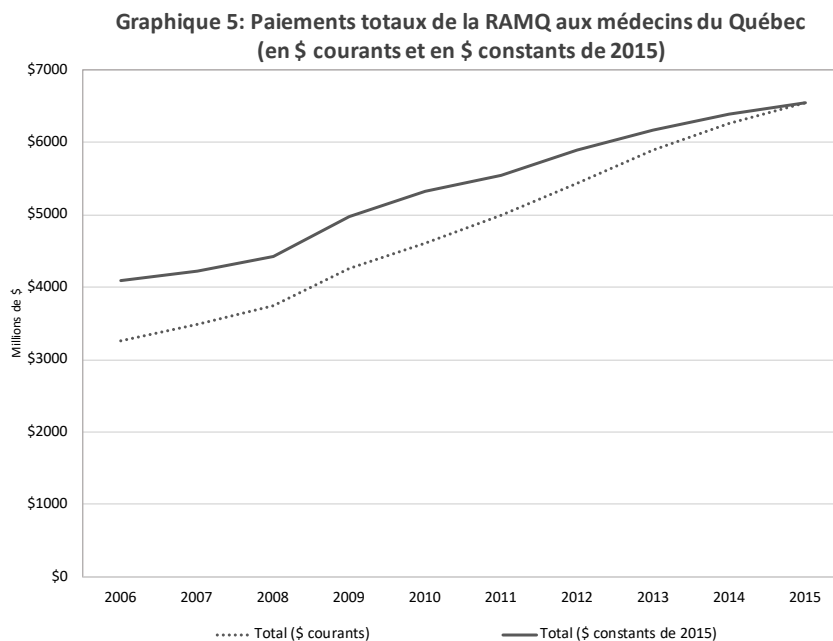
Finalement, il n'y a pas non plus eu de différences importantes dans la structure de rémunération des ophtalmologistes. Les seuls éléments que l'on peut éventuellement noter sont des mesures introduites en 2013-2014 ayant pour but de contrer la pénurie d'effectifs au sein de cette spécialité.

En 2015, l'ophtalmologie est devenue la spécialité la mieux rémunérée au Québec, devançant la radiologie. Encore une fois, il s'agit d'une conjonction provenant du non-réajustement des tarifs et des développements technologiques permettant une augmentation importante de la cadence qui explique l'évolution.

c) Évolution des montants

i) Rémunération totale

Au cours de la période étudiée, les sommes consacrées à la rémunération des médecins par le gouvernement du Québec ont considérablement crû. En dollars courants, les dépenses publiques liées à la rémunération ont doublé (100 %) en 10 ans, passant d'environ 3,3 milliards de dollars à environ 6,6 milliards de dollars (Graphique 5). Ceci représente un taux d'augmentation annuel moyen de l'ordre de 8,1 %. À titre de référence, les dépenses totales de santé hors rémunération des médecins du Gouvernement du Québec ont crû moitié moins vite, à un taux moyen annuel de 4,3 %. Si l'on exprime les dépenses en dollars constants de 2015², l'augmentation est de l'ordre de 60 % en 10 ans, ce qui représente un taux d'augmentation annuel moyen hors inflation de l'ordre de 5,4 % (contre 1,7 % pour les dépenses totales en santé hors rémunération des médecins du gouvernement du Québec).



Cette augmentation des sommes consacrées à la rémunération des médecins était délibérée et elle est le fruit d'ententes négociées entre les fédérations médicales et les gouvernements successifs. Ces ententes avaient pour objectif d'amener la rémunération des médecins du Québec vers la moyenne canadienne.

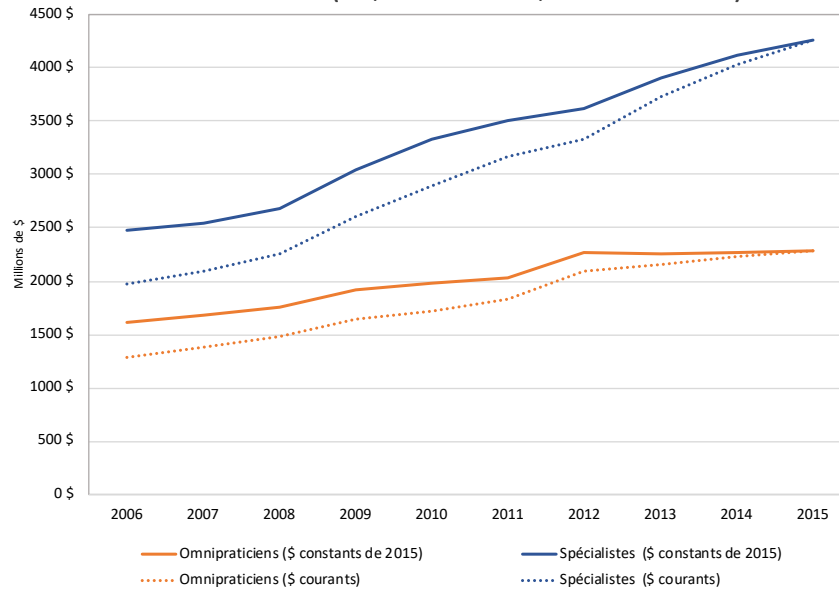
ii) Rémunération par groupe

Toutefois, les sommes investies pour la rémunération des médecins n'ont pas été réparties également entre médecins spécialistes et médecins omnipraticiens (Graphique 6). Le plus gros de l'argent a été versé aux médecins spécialistes. Les sommes investies pour rémunérer les médecins spécialistes ont cru de 116 % en 10 ans (8,9 % par an en dollars courants et 6,2 % par an en dollars constants). Pour leur part, l'augmentation des sommes destinée aux médecins omnipraticiens fut de 78 % en 10 ans (6,6 % par an en dollars courants et 4,0 % par an en dollars constants). L'écart entre les deux groupes s'est creusé davantage entre 2012 et 2015, car durant cette période, les spécialistes ont vu l'augmentation de leurs revenus s'accroître alors qu'en dollars constants elle a stagné pour les médecins omnipraticiens.

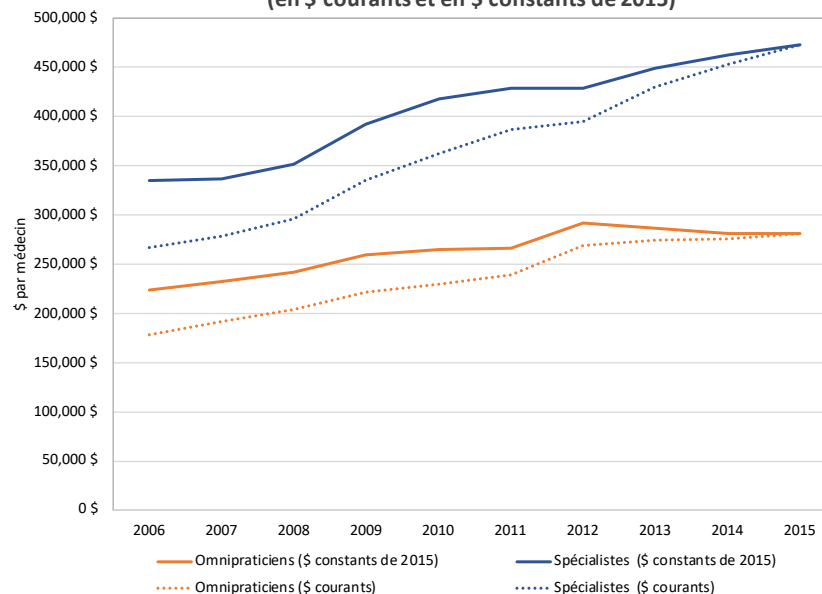
² La valeur réelle d'un dollar varie avec le temps, principalement en raison de l'inflation. Le pouvoir d'achat d'un dollar était plus faible en 2015 qu'en 2006. Pour tenir compte de ce biais, les dollars constants sont ajustés en fonction d'indices de prix. L'annexe méthodologique donne le détail des ajustements réalisés ici.

En divisant les sommes totales investies dans la rémunération des médecins par l'effectif médical, on obtient le revenu moyen par médecin (Graphique 7). Il est important de mentionner que ces montants correspondent à la somme du revenu brut par médecin et des frais de pratique (frais de cabinet, assurances professionnelles, contributions associatives, bénéfices sociaux, etc.). Il est difficile d'estimer précisément la part que représentent les frais professionnels puisqu'ils varient considérablement en fonction de la spécialité, du lieu de pratique et du type de pratique. Par ailleurs, il s'agit ici uniquement des sommes provenant de la RAMQ et excluant les autres sources de revenus.

Graphique 6: Paiements totaux de la RAMQ selon le groupe de médecins (en \$ courants et en \$ constants de 2015)



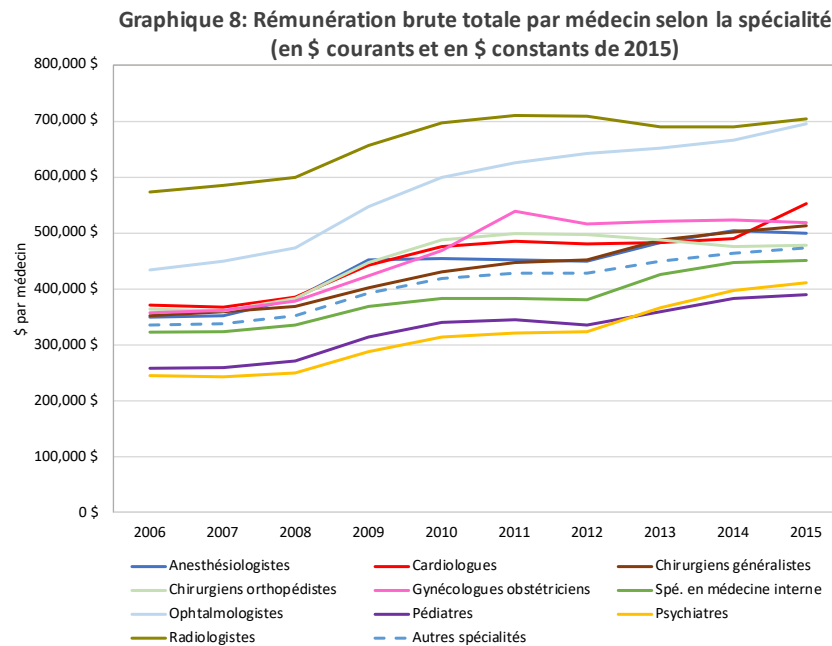
Graphique 7: Rémunération brute totale par médecin selon le groupe (en \$ courants et en \$ constants de 2015)



En dollars constants de 2015, la rémunération brute moyenne des médecins omnipraticiens est passée de 223 752 \$ en 2006 à 281 053 \$ en 2015 (une augmentation du pouvoir d'achat réel de 26%) tandis que celle des médecins spécialistes est passée de 335 003 \$ en 2006 à 472 991 \$ en 2015 (une augmentation du pouvoir d'achat réel de 41%). L'écart entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes s'est donc significativement creusé durant cette période. Si un omnipraticien gagnait en moyenne 67 % du revenu d'un spécialiste en 2006, ce n'était plus que 59 % en 2015. Par ailleurs, si la

rémunération des médecins spécialistes en dollars constants a crû tout au long de cette période, la rémunération des omnipraticiens a atteint un sommet vers 2012 et a légèrement décliné entre 2012 et 2015.

D'autre part, la rémunération brute moyenne des médecins spécialistes, tout comme le taux d'augmentation sur la période, varie considérablement entre spécialités. Les taux d'augmentation les plus rapides se trouvent chez les psychiatres et les ophtalmologistes tandis qu'il est le plus faible chez les radiologistes (Graphique 8). Dans le cas des psychiatres, l'augmentation découle d'une décision interne de la FMSQ d'augmenter la rémunération moyenne de ce groupe. Dans le cas des ophtalmologistes en revanche, il s'agit d'un effet de facteurs non planifiés (technologie, type de pratique, etc.).



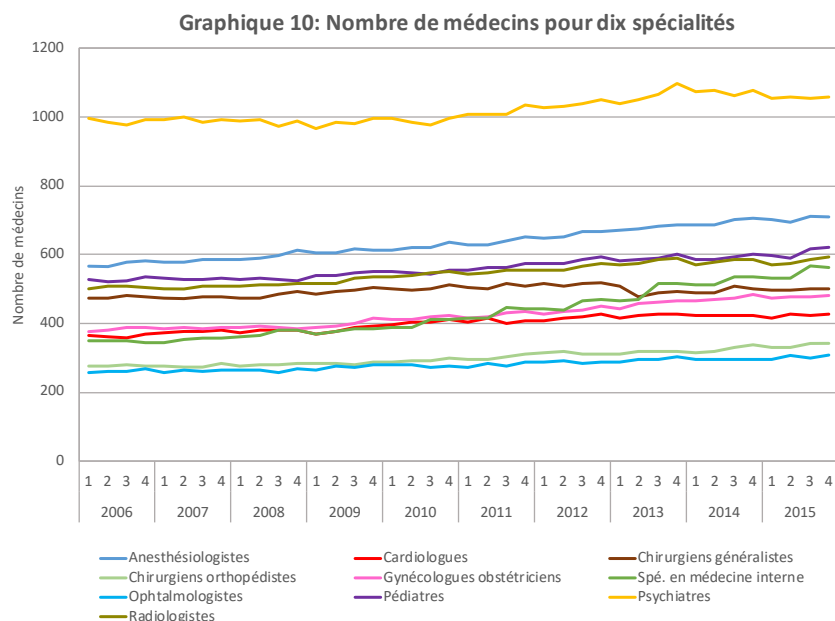
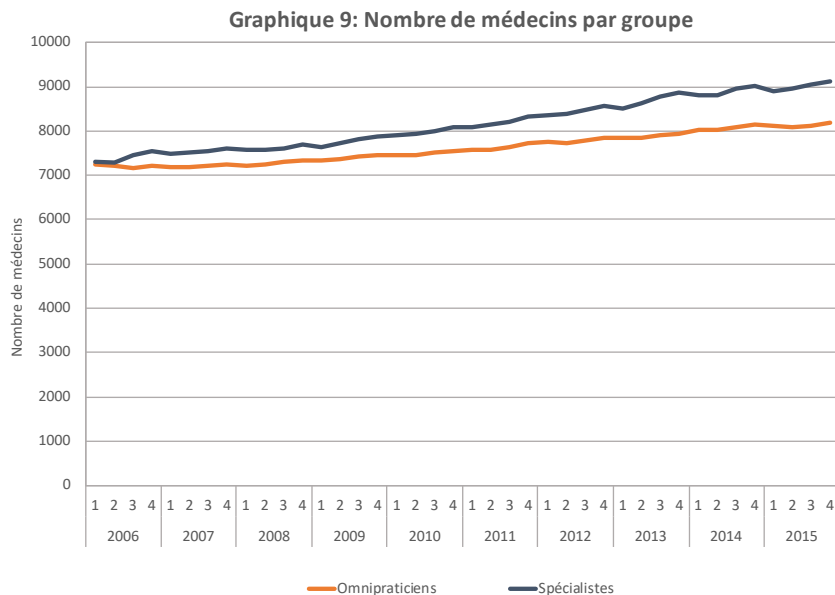
4) Analyse de la production des soins

Avant de présenter les données sur la production de soins, il est pertinent de faire une mise au point sur la nature des données utilisées. Étant donné sa mission, la RAMQ est un tiers payeur dont la principale fonction est de rémunérer les médecins du Québec. Les bases de données de la RAMQ n'ont pas été conçues à des fins de monitoring de la production de soins. Il est possible d'utiliser ces données dans le but de calculer différents indicateurs sur la production, mais aucun de ces indicateurs n'est parfait. Nous avons choisi de calculer plusieurs indicateurs complémentaires qui reposent sur des méthodes différentes de manière à pouvoir trianguler les résultats et augmenter la robustesse des résultats.

a) Effectif médical

Pour pouvoir analyser les données de production, il est important de savoir que l'effectif médical du Québec a augmenté de manière importante entre 2006 et 2015. L'augmentation du nombre de médecins a été plus rapide que la croissance démographique. En d'autres mots, jamais le Québec n'a eu autant de médecins par habitant qu'aujourd'hui. Nous revenons plus loin en détail sur l'analyse du lien entre effectif médical et capacités de production de soins, mais en nombre absolu, en 2006, le Québec pouvait compter sur 14 539 médecins (considérés actifs au sens de notre étude (voir notes méthodologiques)). En 2015, cet effectif avait crû à 17 306, soit 8 187 omnipraticiens et 9 119 spécialistes

(Graphique 9). Le taux de croissance sur 10 ans a été de 13 % chez les médecins omnipraticiens et de 22 % chez les médecins spécialistes. Le portrait par spécialité montre par ailleurs que ce taux moyen cache d'importantes disparités puisque certaines spécialités ont crû de manière très limitée (4 % pour les chirurgiens généraux ou 7 % chez les psychiatres) tandis que d'autres ont vu leur effectif croître de manière importante (58 % pour les médecins spécialistes en médecine interne) (Graphique 10).

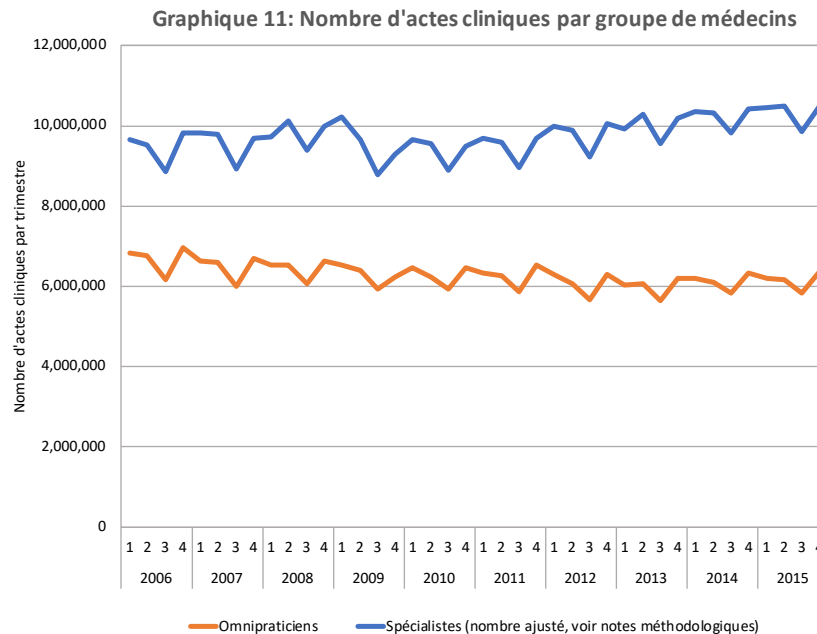


b) Volume d'actes

Le nombre d'actes cliniques facturés et payés par la RAMQ est le plus simple des indicateurs de production. Toutefois, comme nous le discutons dans les notes méthodologiques, les données sur le nombre d'actes ne sont fiables que dans le cas d'actes réalisés par des médecins rémunérés selon le mode à l'acte. Pour les médecins spécialistes, les données présentées ici ont dû être ajustées pour tenir compte de ce biais (voir notes méthodologiques). Par ailleurs, il est impossible de distinguer précisément la proportion de l'évolution du volume d'acte qui s'explique par une modification des pratiques cliniques, de la proportion qui s'explique par des ajustements dans la définition des actes dans les manuels de facturation (par exemple, une même intervention clinique peut être décomposée

en plusieurs actes ou, au contraire, plusieurs actes couramment jumelés dans une même visite peuvent être regroupés en un seul code).

Chez les médecins omnipraticiens, le nombre d'actes est passé de 26,74 millions d'actes réalisés en 2006 à 24,54 millions en 2015, soit une baisse de 8,2 %. Chez les médecins spécialistes, le nombre ajusté d'actes est passé de 37,85 millions d'actes réalisés en 2006 à 41,29 millions en 2015, soit une hausse de 9,1 % (Graphique 11).



Si l'on examine plus en détail la hausse du nombre d'actes chez les médecins spécialistes, la situation varie beaucoup selon la spécialité. Dans plusieurs des spécialités, notamment chez les orthopédistes, les gynécologues obstétriciens et les radiologistes, le volume d'acte a été presque stable. Au sein d'autres spécialités, par exemple chez les anesthésistes, en médecine interne ainsi que chez les ophtalmologistes, le volume a crû de manière importante.

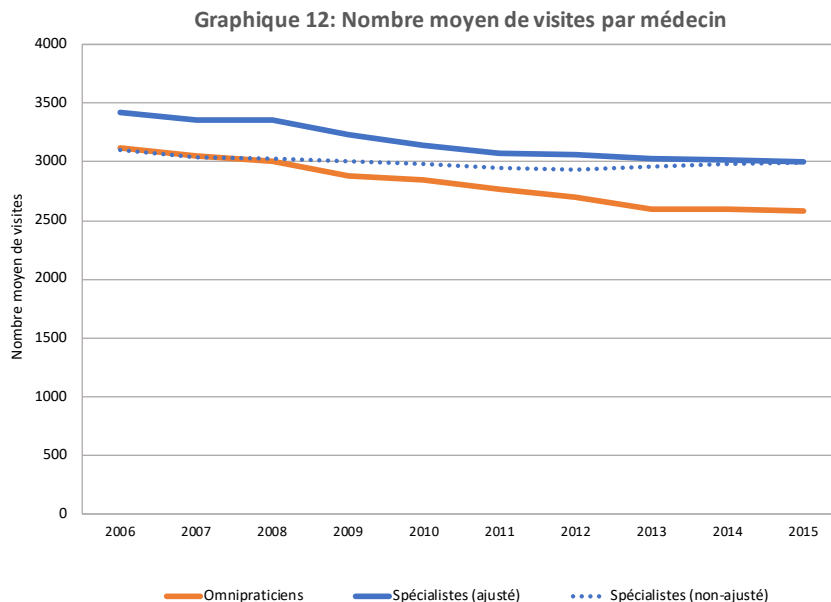
Nous avons également analysé l'évolution de la diversité des actes facturés. L'indicateur utilisé pour ce faire est la proportion des paiements que représentent les 10 actes les plus couramment facturés. Chez les omnipraticiens comme chez toutes les spécialités que nous avons étudiées à l'exception des chirurgiens généraux, on observe que les 10 actes les plus couramment réalisés constituent une proportion décroissante des revenus du paiement à l'acte. Ceci indique une diversification des actes facturés qui peut être due à une diversification de la pratique ou à une sophistication de la nomenclature des codes de facturation.

c) Nombre de visites

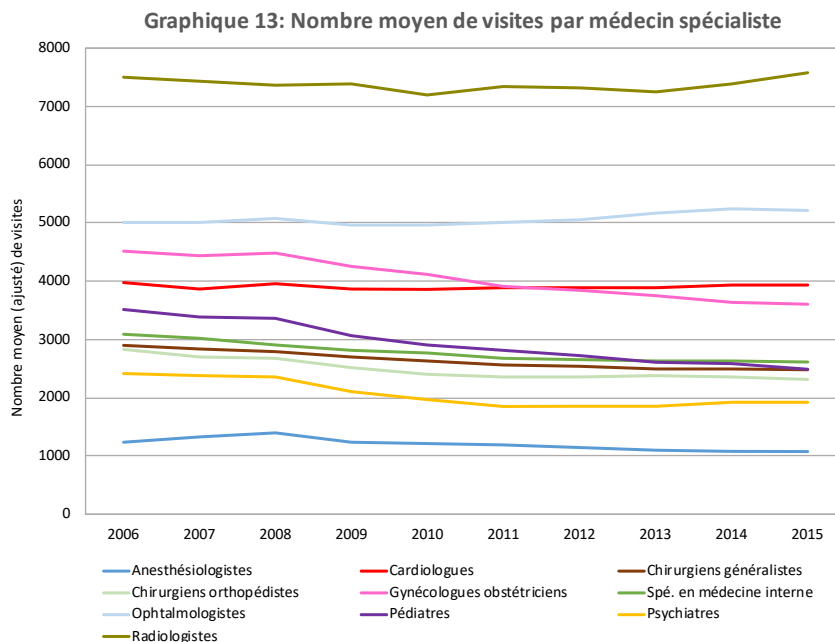
Afin de contrôler certains des biais possibles liés à l'utilisation du volume d'actes comme mesure de la production, nous avons également calculé le nombre de visites. Une visite est définie ici comme une interaction entre un même patient et un même médecin la même journée, indépendamment du nombre d'actes facturés. Le calcul du nombre de visites reste toutefois dépendant du mode de rémunération puisque seuls les médecins payés à l'acte laissent une trace administrative individualisable des interactions avec leurs patients. Pour les groupes de médecins dont le mode de rémunération a évolué vers plus de rémunération à l'acte au cours de la période d'étude, nous avons donc dû ajuster le nombre de visites (voir l'annexe méthode pour les détails). Le nombre total de visites est examiné ici en relation avec l'effectif médical et avec la population de la province.

Au cours de la période d'étude, le nombre moyen de visites par médecin omnipraticien a diminué de 3 118 à 2 581, ce qui représente une baisse de 17 % en 10 ans. De même, le nombre moyen de visites

par médecin spécialiste a diminué de 3 421 à 3 000, ce qui représente une baisse de 12 % en 10 ans (Graphique 12). Dans le cas des médecins omnipraticiens, le déploiement des équipes multidisciplinaires en GMF explique peut-être une partie de la tendance.



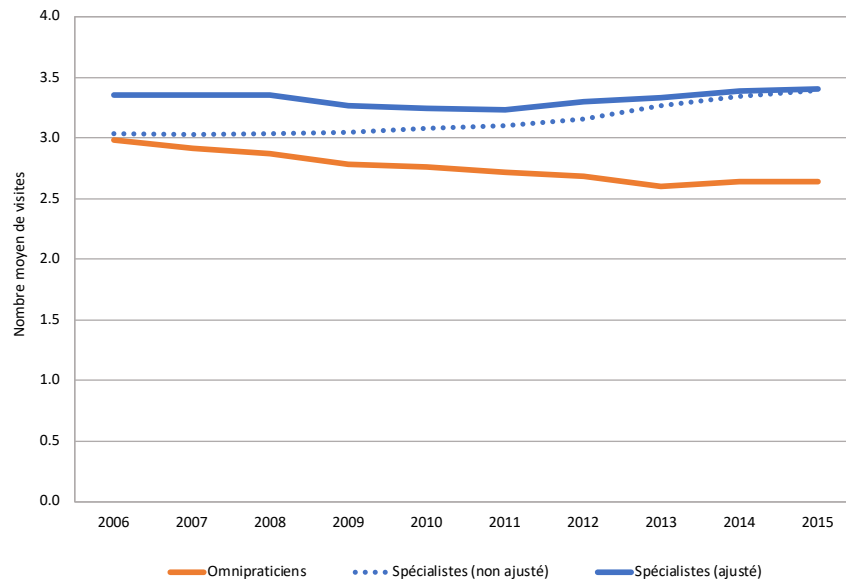
L'analyse par spécialité montre toutefois que le portrait varie d'une spécialité à l'autre avec une baisse moins marquée ou une légère hausse dans les spécialités techniques, par exemple en radiologie (hausse de 1 % en 10 ans), ophtalmologie (hausse de 4 %) ou cardiologie (baisse de 1 %) alors qu'on observe une tendance générale à la baisse dans les spécialités non techniques, par exemple 29 % en pédiatrie ou 20 % en psychiatrie (Graphique 13).



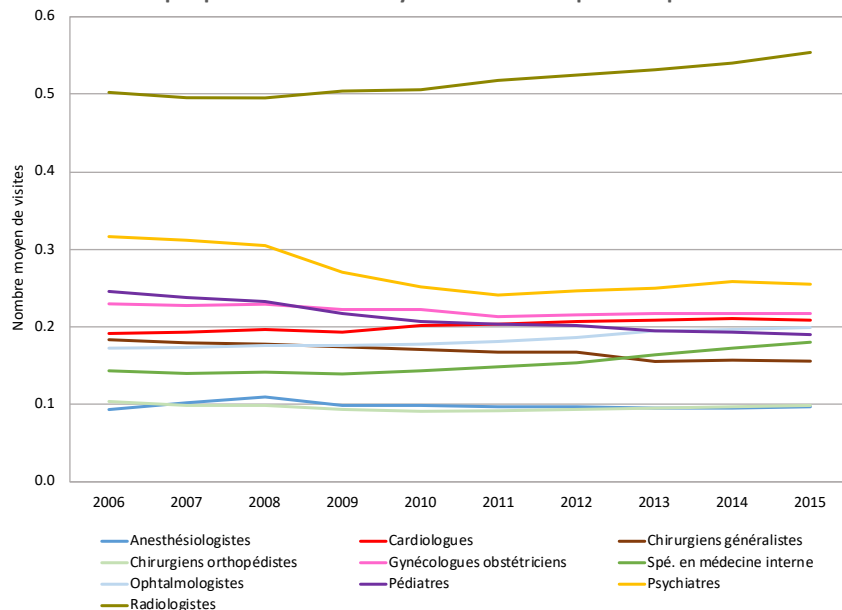
En revanche, comme l'effectif médical a augmenté plus vite que la population au cours de la période d'étude, le nombre moyen de visites par personne a décliné de manière moins importante que le nombre moyen de visites par médecin. Le nombre moyen de visites par habitant auprès d'un médecin omnipraticien a diminué de 3,0 à 2,6, soit une baisse de 11 % en 10 ans tandis qu'il s'est maintenu autour de 3,4 chez les médecins spécialistes (Graphique 14). Plus précisément, il a baissé puis s'est rétabli à peine à 1 % au-dessus de son niveau initial à la fin de la période de 10 ans.

L'analyse par spécialité (Graphique 15) montre ici encore une tendance générale à la hausse dans les spécialités à plus grande composante technique où, par exemple, en 10 ans, on retrouve une hausse de 10 % en radiologie, de 9 % en cardiologie, de 15 % en ophtalmologie, et une tendance générale à la baisse dans les spécialités à moins grande composante techniques où, notamment, on observe des baisses sur 10 ans de 23 % en pédiatrie et de 19 % en psychiatrie. Dans le cas de la médecine interne, l'augmentation s'explique au moins en partie par une très forte augmentation de l'effectif médical.

Graphique 14: Nombre moyen de visites par habitant



Graphique 15: Nombre moyen de visites en spécialité par habitant

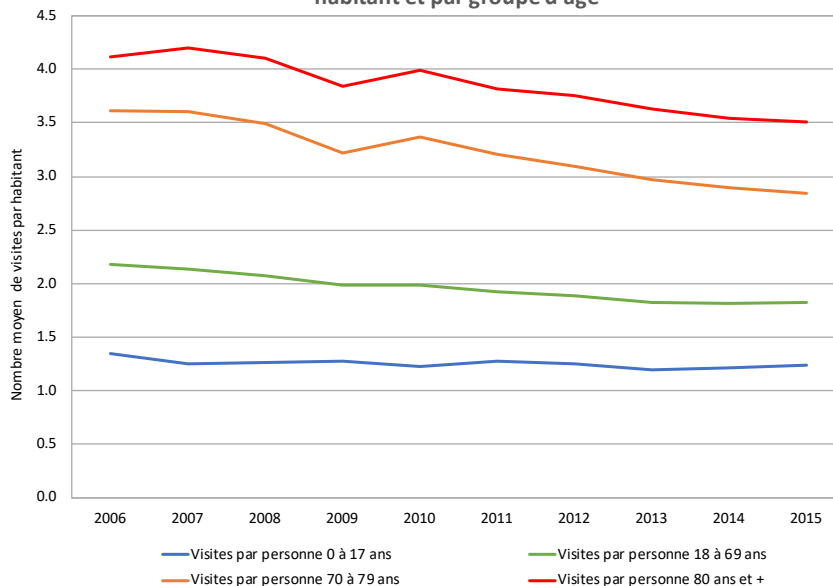


Chez les médecins omnipraticiens, la répartition des visites par groupe d'âge montre que c'est chez les personnes âgées (70 ans et plus) que la baisse du nombre moyen de visites par personne a été la plus marquée (Graphique 16). Cette tendance s'explique probablement par le fait que le nombre de personnes dans cette catégorie d'âge a augmenté plus rapidement que l'effectif dans les autres catégories d'âge.

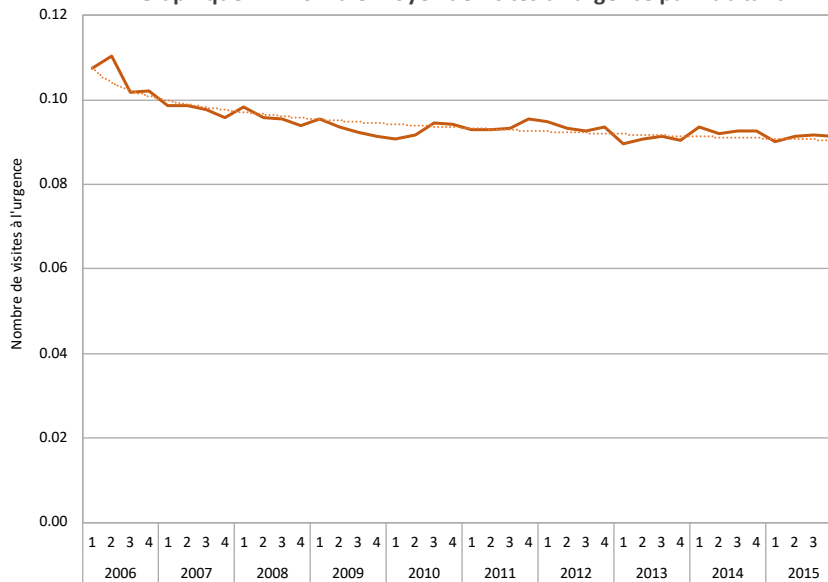
Finalement, le nombre de visites à l'urgence par habitant a aussi chuté au cours de la période d'étude avec 9 % de visites en moins entre 2006 et 2015 (Graphique 17). Rappelons qu'une visite n'est comptabilisée par la RAMQ que s'il y a eu une rencontre médicale et qu'une diminution du nombre de

visites ne signifie pas que moins de patients se présentent à l'urgence (plusieurs patients quittent l'urgence avant d'avoir pu consulter un médecin). Cette baisse pourrait être interprétée positivement si cette diminution était due à une baisse de la demande causée par une amélioration de l'accessibilité des options de soins hors urgence. Toutefois, étant donné l'évolution de tous les indicateurs d'offre de soins de première ligne que nous avons analysés, nous croyons que cette hypothèse optimiste est peu plausible.

Graphique 16: Évolution du nombre moyen de visites en première ligne par habitant et par groupe d'âge



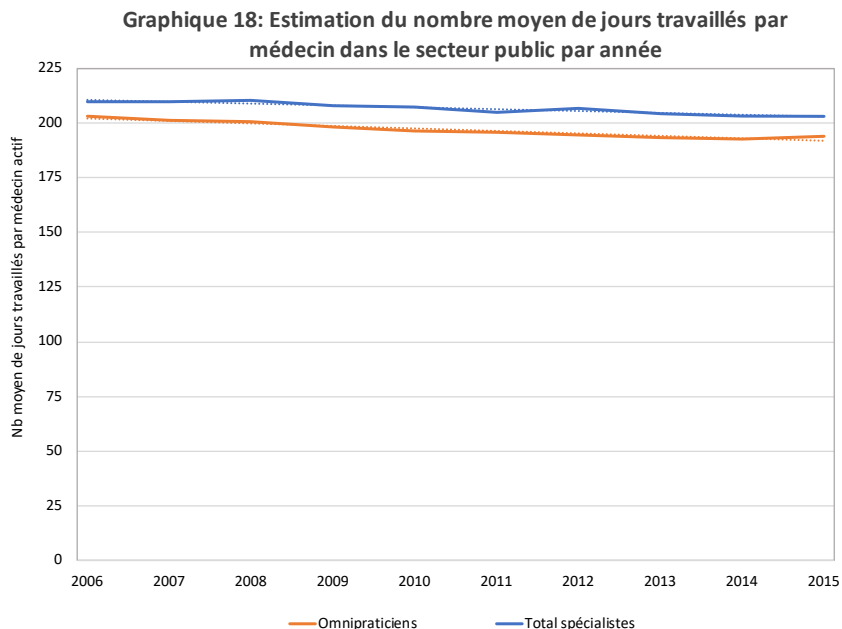
Graphique 17: Nombre moyen de visites à l'urgence par habitant



d) Jours travaillés

Tant l'analyse du volume d'acte que celle du nombre de visites reposent ultimement sur le nombre d'actes facturés. Ces mesures sont donc sensibles à l'évolution des règles de facturation. Pour valider les tendances observées, nous avons estimé le nombre de jours travaillés pour la RAMQ. Le nombre de jours travaillés est un indicateur de production qui repose sur une approche de calcul qui est indépendante de la structure de facturation (voir notes méthodologiques).

Le nombre moyen de jours travaillés pour la RAMQ chez les médecins omnipraticiens est passé de 203 jours par an en 2006 à 194 jours par an en 2015, ce qui représente une baisse de 4,5 %. Chez les médecins spécialistes, la tendance est très similaire avec une baisse de 210 jours par an en 2006 à 203 jours par an en 2015, soit une diminution de 3,1 % (Graphique 18). L'analyse par spécialité montre une baisse chez l'ensemble des 10 spécialités étudiées. La baisse la plus faible est en radiologie (-1,1 %) et en cardiologie (-1,8 %). La plus forte baisse a été observée en médecine interne (-9 %). Dans ce dernier cas, il est intéressant de rappeler qu'il s'agit de la spécialité où les effectifs ont crû le plus rapidement durant la période étudiée, ce qui crée un ratio plus important de médecins en début de carrière.

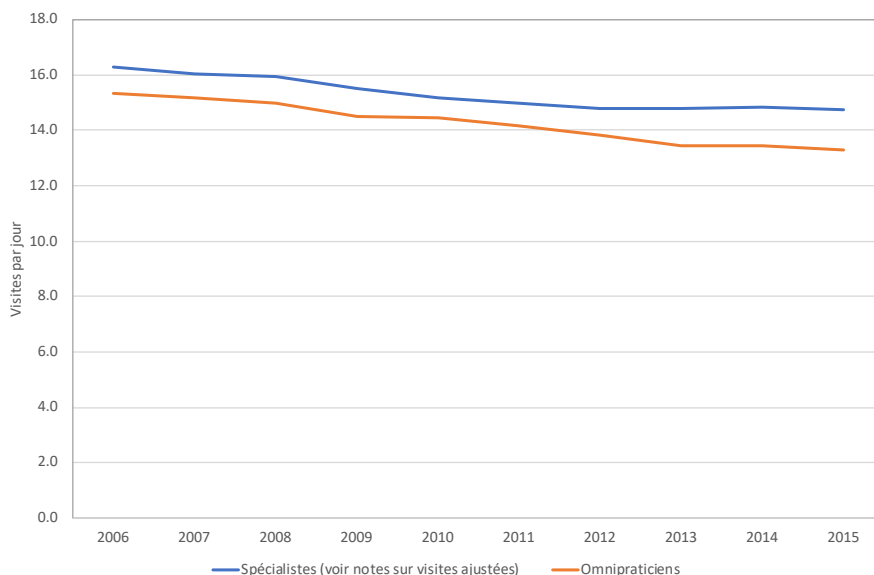


e) Visites par jour

Le fait que le nombre total de visites ait diminué de manière plus prononcée que le nombre total de jours travaillés indique que le nombre moyen de visites par jour travaillé a, lui aussi, diminué (Graphique 19). Chez les médecins omnipraticiens, c'est deux visites par jour (de 15,3 à 13,3 visites) en moins entre 2006 et 2015, soit 13 % de diminution, tandis que chez les médecins spécialistes, c'est 1,5 visite de moins par jour (de 16,3 à 14,7 visites) entre 2006 et 2015, soit 9 % de diminution.

À l'instar des autres indicateurs de production, parmi les 10 spécialités analysées ici, les spécialités que nous désignons comme techniques (ophtalmologie, radiologie et cardiologie) ont connu une tendance différente de la moyenne. Au sein de ces spécialités, on y observe une augmentation du nombre moyen de visites par jour. Cette augmentation est modeste en cardiologie (1 %) et radiologie (2 %), mais significative en ophtalmologie (8 %).

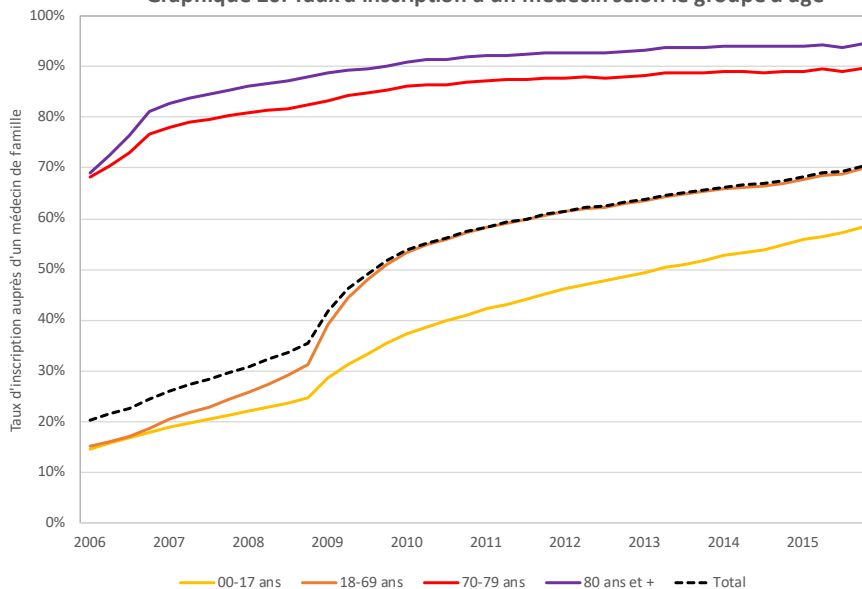
Graphique 19: Nombre moyen de visites par jour travaillé par groupe de médecins



f) Inscription et assiduité

Pour le suivi en cabinet offert par les médecins omnipraticiens, il existe deux mesures additionnelles qui permettent de porter un jugement sur la production. D'une part, le nombre de patients qui ont été formellement inscrits auprès d'un médecin et, d'autre part pour les patients inscrits, l'assiduité auprès du médecin ou de la clinique.

Graphique 20: Taux d'inscription à un médecin selon le groupe d'âge



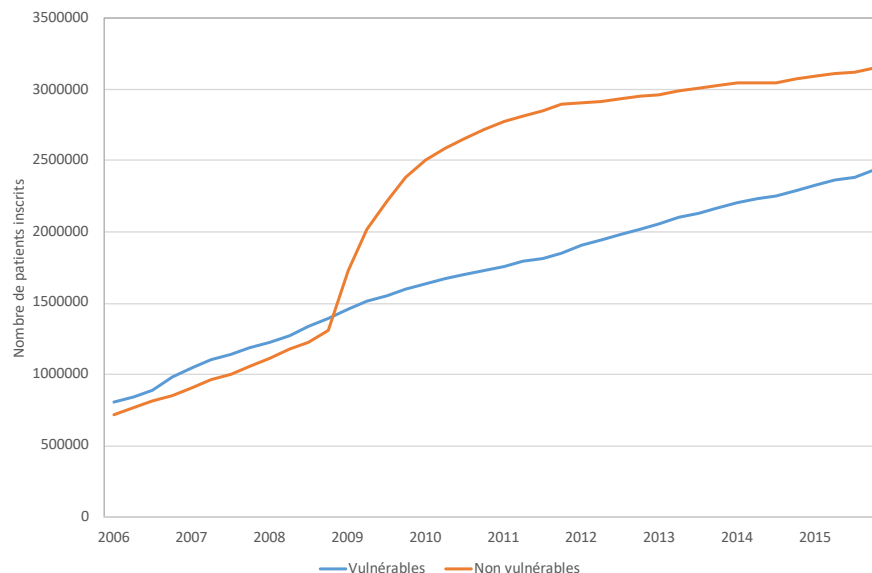
Comme nous l'avons mentionné, l'objectif d'inscription formelle des patients auprès d'un médecin découle des recommandations de la Commission Clair en 2000. Le principe sous-jacent est que la création d'un lien formel entre un médecin et un patient permet d'accroître la continuité et ainsi, la qualité des soins. Étant donné la manière dont les modalités d'inscription ont été déployées au Québec, l'inscription a aussi un lien plausible avec l'accessibilité des soins. En raison de la restriction de l'accès de plusieurs services aux seuls patients inscrits, l'accessibilité aux soins pour ces patients est

susceptible de s'améliorer. Toutefois, il est plausible que le déploiement de ces mesures ait pu se faire au détriment de l'accessibilité pour les patients non-inscrits [8, 9].

Dans le but d'encourager les médecins à inscrire leurs patients, de nombreux incitatifs financiers ont été mis en place au fil du temps. Sur les 36 primes, forfaits et suppléments que nous avons étudiés, les deux tiers (24/36) ont un lien direct avec l'inscription de patients. Les modalités d'incitation en faveur de l'inscription ont porté fruit puisque la proportion de patients inscrits a augmenté de manière continue (Graphique 20).

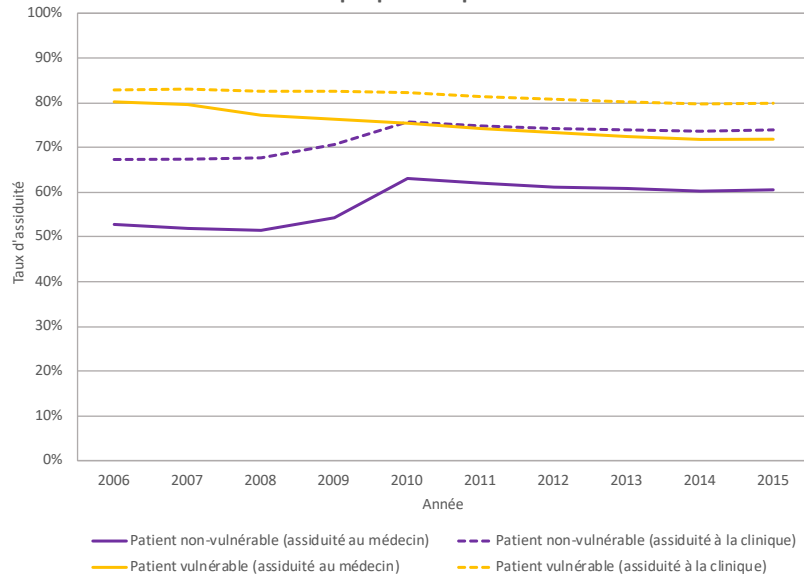
Par contre, au fil du temps, il y a eu de nombreux ajustements au portefeuille d'incitatifs, particulièrement en ce qui touche les patients vulnérables. Or, quand on regarde l'évolution trimestrielle de l'inscription des patients vulnérables en nombre de personnes inscrites (Graphique 21), on ne voit aucun impact de la modulation des incitatifs sur l'inscription. Ainsi, les incitatifs financiers ne semblent pas une approche efficace pour encourager la prise en charge des personnes vulnérables. Le seul impact visible des modifications au portefeuille d'incitatif est l'ouverture à l'autoréférence des patients non vulnérables par le moyen du GACO en 2009 [7]. Cette ouverture a entraîné un bond significatif de l'inscription de patients déjà suivis par leur médecin omnipraticien d'inscription, ce qui n'était pas l'objectif visé par l'incitatif.

Graphique 21: Évolution de l'inscription à un médecin selon le statut de vulnérabilité



Un second indicateur relatif à l'offre de soins concerne l'assiduité (Graphique 22). L'assiduité correspond à la proportion des visites des patients inscrits qui sont faites auprès du médecin omnipraticien d'inscription ou de la clinique où ce dernier travaille. L'objectif est de s'assurer que les patients inscrits puissent effectivement avoir accès à leur médecin omnipraticien d'inscription. On peut observer que l'assiduité des patients non vulnérables a connu un bond durant la période d'autoréférence. Mais, qu'en dehors de cette période, l'assiduité a légèrement diminué entre 2006 et 2015, malgré les investissements ayant pour objectifs de favoriser l'accessibilité et la continuité.

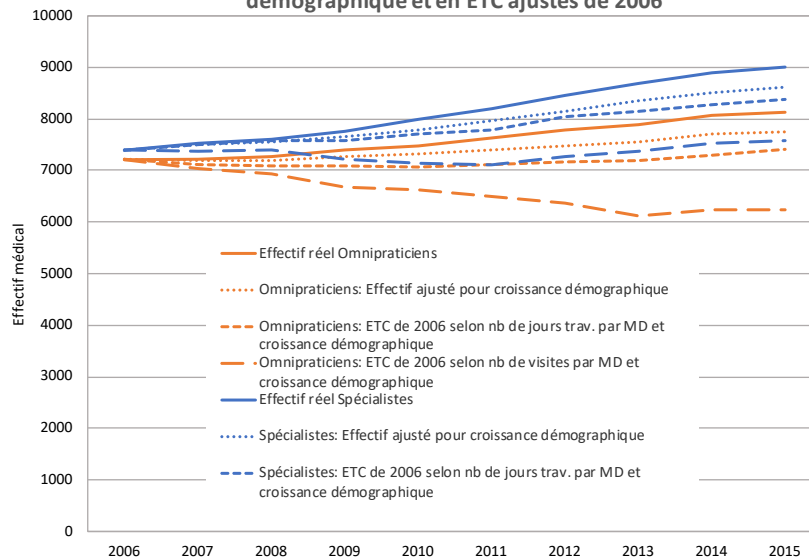
Graphique 22: Évolution de l'assiduité auprès du médecin et auprès de la clinique pour les patients inscrits



g) Équivalents temps plein

Les derniers indicateurs que nous présentons ici sont un ensemble de mesures d'équivalents temps plein de l'effectif médical actif au Québec. L'idée est de mesurer la capacité réelle de production de soins dans un contexte où, d'une part, la population croît et le nombre de médecins croît rapidement tandis que, d'autre part, les indicateurs de productivité individuelle des médecins (nombre de visites et nombre de jours travaillés) décroissent.

Graphique 23: Effectif médical réel, ajusté pour l'évolution démographique et en ETC ajustés de 2006



La logique est la suivante : la croissance démographique entraînant naturellement une augmentation de la demande, l'effectif médical doit augmenter dans le but d'y faire face. Une partie de l'augmentation du nombre de médecins a de ce fait été « absorbée » par l'évolution démographique. Toutefois, la productivité individuelle des médecins, mesurée en nombre de visites ou en jours travaillés, a diminué entre 2006 et 2015. Une autre partie de l'augmentation du nombre de médecins a donc été absorbée par la diminution de la productivité. Pour examiner comment la combinaison de ces tendances a joué sur la capacité réelle de production, nous avons calculé l'effectif médical en équivalents temps plein de

2006 en utilisant soit le nombre de visites ou le nombre de jours travaillés comme repère (Graphique 23).

Ces indicateurs composites indiquent que, selon la base de calcul utilisé, la capacité de production réelle de services médicaux a été à peu près stable ou a diminué pour les médecins omnipraticiens (de +2,8 % à -13,3 %) tandis que la capacité de production a été à peu près stable ou a augmenté pour les médecins spécialistes (de +2,5 % à + 13,3 %). Il faut préciser que nous n'avons pas tenu compte de l'évolution des besoins liée spécifiquement au vieillissement de la population dans ces calculs. Ces indicateurs composites montrent que, malgré les discours mettant en valeur l'importance de renforcer la première ligne, la capacité de production n'a pas suivi.

5) Analyse de l'influence du mode de rémunération sur la pratique des médecins et sur certaines dimensions de la performance du système de soins

a) Les médecins omnipraticiens

L'analyse des éléments identifiés dans les entrevues comme ayant un impact sur la pratique médicale montre que les principaux déterminants de la pratique ne sont pas directement les règles de facturation. Les médecins omnipraticiens se disent surtout influencés par le lieu de pratique et, entre autres, par les ressources disponibles, les attentes en termes d'inscription de patients, les frais de cabinet ainsi que la dynamique de contrôle/soutien par les pairs.

Le choix d'un lieu de pratique est principalement le résultat de l'interaction de règles ministérielles (les plans régionaux d'effectifs médicaux [PREM], entre autres), d'étape de carrière (les jeunes sont notamment incités à aller pratiquer en région), de facteurs externes, souvent familiaux (déménagements, divorces, naissances, etc.) et de préférences personnelles.

C'est ensuite le lieu de pratique qui structure à son tour le plus la pratique clinique. Les modalités de fonctionnement et les règles en place dans un lieu de pratique donné influencent considérablement le comportement des médecins (inscription, répartition des heures, etc.). De même, le mode de rémunération est différent selon le lieu de pratique. Les médecins travaillant en cabinet, GMF ou non, sont payés à l'acte. À l'urgence, ils peuvent être payés à l'acte ou en mode mixte. En unité de médecine familiale (UMF), beaucoup sont à taux horaire (et récemment à rémunération mixte) et les médecins en CLSC sont souvent à taux horaire ou à salaire. De plus, les médecins qui font du suivi de clientèle touchent aussi des forfaits et des suppléments.

L'influence du mode de rémunération des médecins doit ainsi se comprendre de manière systémique dans un contexte où le lieu de pratique est le déterminant d'un grand nombre de paramètres qui auront à leur tour une influence sur la pratique, incluant les modes de rémunération.

i) Influence du lieu de pratique

Comme nous venons de le dire, les incitatifs et les contraintes propres à chaque milieu poussent les médecins qui y travaillent à adopter une pratique différente. Ainsi, la pratique en cabinet³ est rémunérée

³ Il n'est pas toujours facile de s'y retrouver dans les catégorisations des lieux de pratique. D'une part, il existe des structures privées (les « cabinets ») et d'autre part, des structures publiques (principalement les Unités de médecine familiale (UMF) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC)). Les modalités de rémunération ainsi que le tarif des actes varient selon le lieu. Les tarifs sont plus élevés pour les actes réalisés en cabinet pour tenir compte du fait que les médecins doivent y assumer les frais de pratique (personnel, locaux, etc.) à même leur facturation. Par ailleurs, indépendamment de la structure, un milieu peut obtenir une désignation de GMF si les médecins qui y travaillent le désirent et se conforment aux exigences fixées par le Ministère. La désignation GMF donne accès à un financement additionnel ainsi qu'à des ressources humaines provenant du réseau public.

à l'acte en plus de primes, forfaits et suppléments, mais les médecins doivent assumer des frais de bureau significatifs. Ce milieu est considéré comme incitant à une pratique à haut volume. L'incitation au volume est beaucoup moins présente en CLSC ou en UMF où les médecins sont souvent rémunérés à tarif horaire en plus de primes, forfaits et suppléments.

Des médecins qui partagent leur temps entre deux lieux de pratique avec des modes de rémunération différents nous ont dit suivre leurs patients plus lourds en UMF plutôt qu'en cabinet, car ils peuvent ainsi leur consacrer plus de temps sans être pénalisés financièrement. Ces derniers peuvent également faire certains actes en UMF plutôt qu'en GMF pour des raisons instrumentales ou financières. Par exemple, pour être payés, les médecins en cabinet ont tendance à faire revenir les patients dans le but de leur communiquer les résultats de leurs tests. En CLSC ou en UMF, les médecins n'ont pas cet incitatif et auront tendance à communiquer les résultats de tests par téléphone.

De manière générale, les médecins en CLSC vont avoir une pratique différente de leurs confrères en cabinet. Plusieurs vont choisir ce milieu de pratique pour pouvoir prendre en charge des clientèles lourdes ou atypiques ou encore adopter un rythme de pratique qui permet des consultations plus longues.

Dans plusieurs milieux, des règles — formelle ou implicites — de contrôle par les pairs vont influencer la pratique. Plusieurs décisions se prennent notamment en groupe : passage à l'accès adapté, forfaits A ou B selon le type d'urgence, inscription des patients à partir du guichet d'accès, etc. Dans certaines organisations où la dynamique de groupe est présente, un contrôle s'exerce par les pairs sur plusieurs facettes de la pratique. C'est le cas par exemple des politiques d'inscription où, dans certains GMF, le groupe décide d'inscrire un certain nombre de patients. Un médecin qui ne se conforme pas aux attentes de son groupe va recevoir des pressions de ses collègues et potentiellement risque l'exclusion du groupe. Cette logique s'est renforcée depuis la mise en place des cibles d'assiduité, notamment en GMF où les taux d'assiduité sont calculés pour le groupe de médecins au sein du GMF. Si un médecin nuit au taux d'assiduité du groupe, il risque de subir des pressions de ses pairs. De plus, malgré une certaine discipline du groupe, des règles informelles créant des clivages entre les membres du groupe peuvent être observées. Par exemple, les médecins en fin de carrière sont souvent exclus des cibles de groupe et sont compensés par les médecins du groupe en début de carrière. Le contrôle par les pairs s'exerce aussi au niveau des pratiques de facturation. Cet aspect du contrôle par les pairs est à double tranchant puisque les pratiques encouragées par les pairs peuvent aussi bien être désirables que problématiques.

Un autre facteur qui semble avoir un impact sur la pratique est l'existence des frais de cabinet. Lorsqu'ils pratiquent hors des structures publiques, les médecins doivent assumer les coûts de fonctionnement de leur clinique (matériel, personnel, locaux, etc.). À ce propos, il est important de mentionner que le tarif des actes réalisés hors établissement public est plus élevé⁴ de manière tenir compte de ces frais. Toutefois, étant donné que le montant bonifié est versé au médecin indépendamment des frais réels, les frais de cabinets sont perçus comme une ponction sur les revenus. Des médecins ont mentionné en entrevue qu'ils vont ajuster leur pratique ou leur rythme afin de « compenser » pour les frais de cabinets qu'ils doivent payer. Par exemple, certains vont travailler le soir et les fins de semaine, car ils considèrent que les suppléments pour les soirs et fins de semaine paient les frais de bureau. De même, d'autres vont essayer de voir le plus de patients possible dans le but d'assumer ces frais de cabinet. À cet effet, certains médecins nous ont mentionné privilégier une pratique en UMF ou en CLSC parce qu'ils n'ont pas de frais de cabinet.

ii) Facturation

Lors de leur formation initiale, les médecins ne reçoivent pas de formation formelle concernant la facturation de leur travail auprès de la RAMQ et, notamment, à propos de la facturation à l'acte. La majorité des répondants ont évoqué le fait que la facturation s'apprend « sur le tas », souvent enseignée par les pairs lors de la résidence ou durant les premières années de pratique. Ainsi, l'apprentissage des

⁴ Bien que le chiffre de 30 % ou 35 % soit souvent mentionné, l'ajustement de tarif varie énormément selon l'acte.

pratiques de facturation est souvent tributaire de la culture institutionnelle qui règne dans le milieu où le médecin commence sa carrière. Plusieurs médecins nous ont dit que, d'après eux, le niveau de rémunération augmente lors des cinq premières années de pratique par l'augmentation de la productivité, mais aussi d'une manière assez significative par l'apprentissage de pratiques d'optimisation de la facturation.

Les médecins peuvent facturer eux-mêmes leur travail auprès de la RAMQ, généralement en utilisant une plateforme logicielle ou encore faire affaire avec une firme qui s'occupe de transformer les notes de consultation en codes d'acte. Ceux qui utilisent un logiciel afin de procéder à leur propre facturation développent notamment une meilleure connaissance des mécanismes de facturation que ceux qui délèguent la facturation à une firme de facturation. La complexité des codes de facturation fait en sorte de favoriser financièrement les médecins qui connaissent mieux le système de facturation. À titre d'illustration, en 2015, il existait 14 codes de facturation différents pour des examens de suivi de clientèle en cabinet, sans compter les nombreuses primes et suppléments possibles ainsi que les modificateurs liés au lieu ou à l'heure.

Selon ce qui nous a été rapporté, les agences de facturation proposent souvent des recommandations aux médecins sur la manière d'optimiser la facturation, ce qui pourrait augmenter la rémunération de 15 %. Certaines cliniques peuvent également jouer un rôle en centralisant la facturation, par exemple en la confiant à une secrétaire spécialisée. Cette centralisation fait en sorte de donner aux administrateurs de la clinique un certain contrôle sur les pratiques de facturation des médecins.

iii) Relation avec les autres professionnels

Le fait que le réseau de la santé « prête » des professionnels — principalement des infirmières — aux cabinets médicaux qui ont le statut de GMF peut être considéré comme un incitatif non financier. Plusieurs médecins que nous avons rencontrés mettent de l'avant que ces ressources influencent positivement leur pratique. Certains nous ont dit que ces professionnels facilitent la prise en charge et le suivi des patients complexes et constituent un incitatif pour encourager les médecins à travailler durant des plages horaires moins désirables. Certains ont rapporté que la relation entre les médecins et les autres professionnels est différente entre les cabinets et les structures publiques. La relation serait plus hiérarchique et médico-centrique dans les GMF qui sont des cabinets privés.

En plus des professionnels prêtés par le réseau, certains médecins engagent une infirmière à même leur rémunération. Ces infirmières font un pré rendez-vous, ce qui permet au médecin d'augmenter le nombre de patients qu'il voit.

iv) Impacts des forfaits et incitatifs

Le déploiement progressif d'un ensemble de primes, forfaits et suppléments destinés à encourager le suivi de clientèle en première ligne est la plus importante modification au mode de rémunération à avoir eu lieu durant notre période d'étude. Leur impact est toutefois difficile à apprécier. D'une part, la plus grande partie des primes forfaits et suppléments sont versés sous la forme d'un montant trimestriel ou annuel calculé par la RAMQ en fonction de la pratique et de l'inscription de patients. Les médecins rencontrés nous ont dit être incapables de lier précisément leur pratique et les versements. D'autre part, la majorité des médecins rencontrés en entrevue délèguent la facturation de leur travail. Pour cette raison, ils ne sont pas au courant du détail des modulations des tarifs ou des primes et bonifications qui sont applicables à leur pratique et qui sont probablement facturées. En ce sens, la régulation fine des incitatifs est souvent largement déconnectée de la pratique clinique. Les grands paramètres de la pratique clinique sont plutôt établis ou révisés à l'occasion d'événements externes (changements familiaux, nouveau lieu de pratique, décision de groupe).

Un autre message qui ressort des entrevues est que le système de rémunération à l'acte tel qu'il a été mis en œuvre au Québec est imparfait. Plusieurs déplorent, par exemple, que la vulnérabilité réelle des patients soit mal représentée dans la structure des incitatifs et des tarifs. De même, les médecins rencontrés ont déploré qu'il y ait un « désincitatif » à ce qu'un médecin qui n'est pas le médecin

d'inscription du patient fasse des interventions de prévention ou encore que les consultations téléphoniques ne soient pas payantes en cabinet. On nous a rapporté que certains médecins vont avoir des pratiques de facturation dite « créatives » de façon à corriger ces imperfections. Les actes facturés ne sont donc pas toujours le reflet exact de ce que fait le médecin, soit parce que le médecin facturera certains actes pour compenser une visite plus longue, soit parce qu'il n'est pas rémunéré pour certaines tâches.

En ce sens, il existe une marge de manœuvre à trois niveaux. Premièrement, le médecin peut modifier sa pratique pour pouvoir facturer un acte plus cher, par exemple, examiner un troisième organe dans le but de faire passer l'examen au statut d'examen complet. Deuxièmement, il existe une marge au niveau de l'interprétation que les médecins font de la définition des actes qui leur permet de choisir quoi facturer dans une même situation clinique, par exemple, facturer des périodes d'intervention clinique plutôt qu'un examen. Troisièmement, il est possible pour un médecin d'exercer une certaine « créativité » dans ce qui est facturé. Par exemple, les manuels comprennent maintenant un code de facturation nommé « situation complexe » dont la définition est suffisamment large pour laisser place à l'interprétation et être utilisé à la discrétion du médecin. La quasi-totalité des exemples qui nous ont été rapportés est légale en regard des règles de la RAMQ. Il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant d'encadrer les pratiques de facturation légales, mais opportunistes.

v) *Prise en charge des patients vulnérables*

Selon les médecins rencontrés, le statut de vulnérabilité qui est attribué aux patients selon les catégories de la RAMQ ne représente pas toujours adéquatement la lourdeur réelle du patient. Par exemple, un patient diabétique stable qui gère bien sa maladie et qui est, pour l'essentiel, suivi par l'infirmière du GMF est considéré comme vulnérable. Toutefois un tel patient ne constitue pas une charge de travail importante pour son médecin et influence favorablement les statistiques d'assiduité. On nous a rapporté le cas d'un médecin qui inscrit délibérément beaucoup de ce type de patients diabétiques. À l'inverse, il existe des cas très complexes qui ne sont techniquement pas considérés vulnérables selon les critères de la RAMQ (analphabétisme, problèmes ayant des causes sociales complexes, etc.), mais qui nécessitent de longues consultations. Dans ce dernier cas, des médecins nous ont dit avoir des pratiques de facturation plus créatives pour venir compenser le manque à gagner associé à la prise en charge de ce type de clientèle.

De manière générale, en raison de leur portrait clinique, certains patients sont considérés comme « non rentables » par certains médecins payés à l'acte. Ces médecins vont délibérément essayer de ne pas trop inscrire ce type de patients. À l'inverse, certains profils de patients, non-vulnérables ou avec un code de vulnérabilité, vont être perçus comme désirables et inscrits en priorité [7]. La sensibilité des médecins à cette notion de « rentabilité » varie beaucoup. Certains vont être relativement indifférents tandis que ce sera un élément central influençant la pratique pour d'autres.

Par ailleurs, les pratiques non désirables de sélection de patients se produiraient moins quand les médecins sont payés selon le temps de travail comme le sont encore plusieurs médecins en CLSC. À ce sujet, nous croyons important de mentionner que les règles mises en place pour pousser les médecins de CLSC et d'UMF qui étaient à salaire ou à taux horaire vers la rémunération à l'acte seront un incitatif à augmenter la productivité, mais nous croyons que ceci se fera probablement au détriment des patients les plus vulnérables.

vi) *Productivité, demande induite et « rentabilité »*

Comme nous l'avons dit, la rémunération à l'acte incite à augmenter le volume d'actes et de visites. La plupart des médecins rencontrés qui travaillent en cabinet nous ont dit avoir un seuil mental de patients/heure qui constitue leur seuil de rentabilité. Selon eux, cette recherche de productivité se traduit par un temps de visite plus court que lorsque le médecin est payé à salaire ou à tarif horaire. Il existe par ailleurs probablement un lien de covariation entre la durée de visite et la qualité des soins, particulièrement pour les patients âgés ou avec des problèmes de santé complexes.

Selon les entrevues, la rémunération à l'acte introduit aussi un problème de demande induite. On parle de demande induite quand des incitatifs poussent les médecins à réaliser des interventions qu'ils n'auraient pas réalisées sur la base de leur seul jugement clinique. Selon ce qui nous a été rapporté, ce phénomène est surtout présent lorsqu'un patient exige du temps (par exemple : patient avec plusieurs problèmes, un adolescent qui a besoin de conseils sur la contraception, etc.). Les codes ne permettant pas de facturer d'une façon que le médecin trouve « juste » pour le temps de la consultation, certains médecins vont ajuster leur pratique de façon à être compensés pour une consultation plus longue.

vii) Motivation extrinsèque et « crowding-out effect »

La rémunération à l'acte est un mode de rémunération qui introduit fortement la notion de récompense dans la relation médecin-patient. Les effets de cette incitation financière peuvent être autant positifs que négatifs. Plusieurs affirment que l'acte est une motivation à travailler plus et à travailler durant des horaires défavorables mieux payés. D'autres déplorent la tension entre l'éthique ou la motivation intrinsèque de faire le bien (ce qui est approprié pour la profession) et l'intérêt financier. Un répondant souligne l'évolution de cette tension chez les jeunes qui commencent leur carrière en plaçant le bien du patient au centre de leur pratique, mais qui, après quelques années, orientent davantage leur pratique sur sa rentabilité. Ce phénomène serait renforcé lorsque les médecins constatent des différences de rémunération entre ce qu'ils gagnent et ce que touchent certains de leurs collègues. On observe également que les médecins analysent souvent leur pratique en comparant ce qu'ils gagnent aux revenus des médecins ayant une pratique très lucrative (qui nous sont décrits par leurs collègues par le terme « money-makers »), ce qui crée un sentiment d'injustice sur ce qui représenterait une juste compensation pour leur travail.

Le remplacement progressif et non désirable des motivations intrinsèques par des motivations extrinsèques est décrit dans la littérature comme l'effet de « crowding out » [10, 11]. Des éléments propres à ce phénomène ont surtout été mis de l'avant dans nos entrevues auprès des médecins omnipraticiens.

b) Les médecins spécialistes

Tel que mentionné précédemment, contrairement à ce qui s'est passé pour les médecins omnipraticiens qui ont vécu des transformations importantes du mode de rémunération, il n'y a eu que peu de changements fondamentaux chez les médecins spécialistes. Il n'y a eu aucune modification majeure des modalités de rémunération pour trois des quatre spécialités analysées en détail, nommément la cardiologie, la radiologie et l'ophtalmologie. La quatrième spécialité analysée, la psychiatrie, a vécu une transition vers moins de rémunération horaire et plus de rémunération à l'acte ainsi qu'une augmentation importante des tarifs dans le but d'effectuer un rattrapage de rémunération avec les autres spécialités.

i) La psychiatrie

Le cas de la psychiatrie est intéressant à plusieurs égards. Premièrement, il s'agit d'une pratique clinique non technique où la consultation constitue l'élément central. Deuxièmement, il s'agit d'une des spécialités dont la structure de rémunération a changé significativement durant notre période d'étude.

Bien que les psychiatres rencontrés déclarent ne pas être influencés par le mode de rémunération, on note toutefois que des écarts dans le prix des actes (consultation vs suivi) ou encore la possibilité de participer à des activités plus rémunératrices (gardes, urgence) semblent influencer la pratique dans une certaine mesure. Comme pour les médecins omnipraticiens, la pratique est aussi dépendante du profil du médecin, du lieu de pratique et du contrôle par les pairs. Les psychiatres notent que les augmentations de rémunération semblent avoir eu un effet sur l'engagement en pratique de leurs collègues (réduction des gardes, réduction du nombre de jours travaillés). Les indicateurs quantitatifs de production présentés plus tôt sont compatibles avec ces opinions.

Le passage d'une rémunération par blocs horaires vers une rémunération qui repose davantage sur l'acte est généralement perçu positivement sur le terrain en raison du rattrapage salarial qu'il a permis et de la revalorisation de la pratique en psychiatrie par rapport aux autres spécialités même si un certain mécontentement semble persister. Par exemple, le changement de nomenclature et la segmentation des actes (augmentation du nombre d'actes différents facturables pour la même consultation auprès d'un patient) rendent la facturation plus complexe. D'une part, les médecins indiquent passer plus de temps à facturer aux dépens du temps clinique et, d'autre part, alors qu'avant l'implantation de ces mesures, les médecins avaient l'impression qu'ils n'étaient pas rémunérés pour certains actes qu'ils effectuaient, la segmentation des actes a paradoxalement accentué le sentiment d'iniquité et d'imperfection du système à l'acte pour rendre compte de leur pratique clinique. Malgré les ajustements, la perception d'une certaine iniquité persiste sur la considération de la pratique clinique par les autres spécialistes.

La plupart des psychiatres rencontrés font affaire avec des firmes de facturation pour les aider à transmettre leurs demandes à la RAMQ. Comme pour les médecins omnipraticiens, les jeunes médecins sont formés aux pratiques de facturation au moment de leur résidence. Certains médecins déclarent mal connaître les codes et ainsi affirment faire des erreurs de facturation (la RAMQ refuse de payer certaines demandes). D'autres suivent de très près les changements soit par le biais de leur association, soit par d'autres sources (p. ex : société de médecins).

Comme pour les médecins omnipraticiens, les psychiatres relèvent une tension entre la pratique telle qu'elle devrait être faite et l'optimisation de la rémunération. Le nouveau mode de rémunération met aussi davantage en valeur ce qui est payé et jugé « rentable » par rapport à ce qui n'est pas comptabilisé ou peu rentable. Selon les psychiatres rencontrés, le déploiement de ce modèle d'incitation financière qui pousse à faire plus de volume peut avoir des impacts négatifs sur la qualité des soins, par exemple en négligeant de parler à la famille pour pouvoir voir plus de patients. Dans le contexte d'une pratique qui repose sur le développement d'une relation avec le patient et, éventuellement, sa famille, il est difficile de composer avec un système de rémunération où tout acte doit être déclaré. Certains psychiatres se sentent notamment en porte-à-faux entre ce qu'ils pourraient facturer et ce que cette facturation implique. L'exemple notoire de cette tension est le fait d'avoir à demander le numéro d'assurance-maladie aux membres de la famille d'un patient afin de comptabiliser une thérapie familiale, ce qui peut occasionner de la méfiance de la part des membres de la famille quant aux intentions du psychiatre.

Certaines pratiques opportunistes d'optimisation de la rémunération existent, même si la plupart des psychiatres rencontrés en entrevue déclarent faire ce qu'ils ont à faire, exercer leur jugement clinique sans être influencés par la structure de rémunération (ce qui est cohérent avec des études récentes en Ontario [12]). Le fait que les appels téléphoniques ne soient pas rémunérés inciterait, par exemple, certains psychiatres à convoquer le patient plutôt qu'à lui parler au téléphone. On nous a aussi rapporté que les psychiatres qui souhaitent maximiser leur rémunération s'orientent vers une pratique d'urgence, perçue comme plus rentable. Ce sont les gardes (soirs et fins de semaine) et les nouvelles consultations qui sont les plus rentables. De même, comme pour les médecins omnipraticiens, il existe une certaine marge d'interprétation des codes qui permet une utilisation à la discrétion du psychiatre et certaines pratiques d'optimisation de la rémunération. Par exemple, la décision de revoir ou non le patient à l'urgence pour des détails (et facturer une visite de suivi), rédiger un rapport pour le médecin de famille du patient plutôt qu'une simple note ou encore procéder systématiquement à des visites de suivi aux trois mois, période minimale de suivi pouvant être facturée.

L'existence de très longues listes d'attentes de patients qui ont besoin de soins représente pour les psychiatres une motivation à faire du volume. Les psychiatres rencontrés ont dit se sentir en tension entre le besoin d'offrir des soins de qualité à chaque patient et le devoir de faire du volume pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs déplorent le manque de ressources qui crée une pression supplémentaire sur leur capacité à répondre à la demande. Spécifiquement, la faible disponibilité d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, de secrétaires, de médecins omnipraticiens qui ont tous un rôle à jouer dans la prise en charge des patients ayant des problèmes de santé mentale.

ii) La radiologie

Le changement le plus important ces dernières années en radiologie est l'influence de la technologie sur la pratique médicale, en particulier l'introduction du système PACS (pour *Picture Archiving and Communication System*) qui s'est produite avant le début de notre période d'étude. Grâce à ce système, les radiologistes lisent les examens sur ordinateur, à l'hôpital ou depuis leur domicile. Ce système leur permet de lire plus vite et, donc, d'augmenter le volume d'examens lus. Par exemple, alors qu'il y a 20 ans, un médecin lisait une douzaine de scans par jour, de nos jours avec le PACS, il peut en lire le triple. Le niveau actuel de rémunération des radiologistes par rapport aux autres spécialités s'explique en partie par cette évolution technologique. Un autre avantage notoire de cette transformation vers un nouveau système de lecture est que moins d'examens sont égarés.

Toutefois, une majorité des radiologistes rencontrés mentionnent aussi les risques d'erreurs quand le volume devient trop grand et que la vitesse de lecture devient trop rapide. La rémunération à l'acte, si elle est un incitatif direct à faire du volume, devient un facteur de risque pour la qualité de l'acte.

La radiologie est une spécialité technique qui est aussi atypique au sens où le médecin n'a pas de contrôle direct sur le volume de demande d'examens. Le radiologiste exécute des tests et interventions demandées par un autre médecin. Plusieurs personnes interviewées ont mentionné que durant les dernières années, la demande d'examens en radiologie a nettement augmenté. C'est aussi ce que montrent les données de la RAMQ. Ce phénomène s'expliquerait par plusieurs facteurs : entre autres, une médecine plus défensive où l'on cherche à minimiser les risques de rater un diagnostic, la plus grande disponibilité des équipements, l'évolution des techniques, par exemple, l'IRM, qui était utilisée principalement en neurologie, l'est de plus en plus en musculo-squelettique, pour l'abdomen, les examens pelviens et prostatiques, des patients qui insistent pour recevoir des examens au bénéfice clinique discutable, etc.

À moins de recontacter le médecin prescripteur, les radiologistes n'ont pas de contrôle direct sur les examens prescrits. Or, selon les radiologistes rencontrés, il y a une question centrale liée à la pertinence des examens radiologiques prescrits et à la quasi-absence de mécanismes de rétroaction qui permettraient de modifier les examens prescrits pour choisir des interventions plus pertinentes ou annuler des examens inutiles. Toutefois, ces questions ne sont pas directement liées au mode de rémunération, mais plutôt à l'organisation de la pratique médicale et du rôle du radiologiste en médecine.

Les radiologistes travaillent souvent sur différents lieux : à l'hôpital et en clinique privée. Plusieurs sont actionnaires des cliniques et reçoivent des dividendes tirés des profits de la clinique. Nous ne sommes pas en mesure de savoir quelle proportion représente cette forme de pratique en ce qui concerne les actes effectués, le temps en pratique ou la rémunération totale. La pratique est différente en clinique privée et à l'hôpital, celle-ci est liée à la répartition des patients selon leurs caractéristiques ou les assurances privées dont ils disposent. Les patients vus en cliniques privées sont souvent moins lourds que les patients vus à l'hôpital, les pathologies sont moins sévères. Comme les cas sont plus complexes à l'hôpital, la lecture sera souvent plus longue. Étant donné que la lecture est souvent moins complexe et plus rapide en clinique privée qu'à l'hôpital, la pratique en clinique peut être plus rentable, si le montant lié à l'augmentation du volume dépasse le pourcentage retenu par la clinique. Le retour financier est d'autant plus grand quand le médecin est actionnaire de la clinique.

Dans les établissements, le chef du département de radiologie est chargé d'assigner les tâches de lectures, de s'assurer que les délais soient respectés et que la répartition soit équitable entre les radiologistes du département. En effet, il y a beaucoup de demandes pour les tests plus payants et moins pour ceux moins payants et plus physiquement exigeants comme les échographies par exemple. Des mécanismes d'ajustement existent généralement afin d'éviter que les médecins ne soient pénalisés financièrement pour avoir une sous-spécialité moins rentable.

Certains radiologistes, que leurs collègues qualifient de « grands lecteurs », vont avoir une pratique à fort volume et se répartiront les « surplus », c'est à dire les examens disponibles en plus de ceux qui ont été assignés. Toutefois, certains groupes de radiologistes ont instauré des règles selon lesquelles

les tâches assignées doivent être effectuées dans leur totalité avant la lecture des « surplus ». Si les règles de fonctionnement que le groupe a adopté ne sont pas respectées, des sanctions peuvent être mises en place, telles que la non-attribution des examens les plus payants.

Le volume de certains examens, comme les échographies par exemple, est contraint par la disponibilité des salles d'examens qui dépend du budget alloué par l'hôpital. En radiologie, les appareils qui émettent des radiations sont sous la responsabilité du chef de département de radiologie. Les examens qui n'émettent pas de radiation peuvent être effectués par d'autres spécialités (échographie, résonance magnétique). Certains examens sont alors partagés. La résonance magnétique, par exemple, est partagée avec les cardiologues. Cette allocation légale des responsabilités peut entraîner certains jeux quant à la fixation du tarif de l'acte au sein de la FMSQ. Certains tarifs, notamment ceux des échographies, auraient été délibérément maintenus bas afin d'éviter que d'autres spécialités n'occupent cette pratique.

Il y a également un jeu complexe qui s'installe autour du volume et du maintien des listes d'attente en radiologie. Les radiologistes doivent maintenir les listes d'attente basses pour offrir une lecture en temps opportun. Mais paradoxalement, la liste d'attente est aussi vue comme une forme de capital qui permet de maintenir un volume de pratique quoi qu'il arrive.

La facturation est en grande partie déléguée. Le médecin lit les examens et le système informatique sur lequel il travaille permet de coder la facturation. Dans le cas des radiologistes aussi, des pratiques de facturation abusives nous ont été rapportées (en particulier dans l'utilisation des modificateurs de soirs et de fin de semaine pour l'analyse des « surplus »).

Il est intéressant de noter qu'il existe des départements de radiologie qui ont mis en place des « pools de pratique ». Dans un *pool*, les revenus tirés de la rémunération à l'acte de chaque médecin sont versés à une société. Les médecins participants sont actionnaires de cette société et fixent les règles qui régissent ensuite la rémunération versée à chacun. Les *pools* versent une rémunération qui est généralement associée à l'effort et l'intensité du travail plutôt qu'aux revenus produits par chaque médecin. Dans les *pools* de radiologistes, les médecins qui ont une sous-spécialité « peu rentable » vont avoir des revenus similaires à leurs collègues dans des niches « très rentables ». Bien qu'ils pratiquent selon le mode de la rémunération à l'acte pour la RAMQ, les médecins dans ces *pools* se sont à bien des égards autosalariés pour échapper aux problèmes d'équité liés aux tarifs des actes ou à la variation des types de pratique. Ce type de pratique est notamment mis en place au sein de spécialités dans des milieux ayant des vocations académiques, ce qui permet notamment à certains membres du département de vaquer à des tâches de recherche et d'enseignement sans être pénalisés financièrement.

iii) La cardiologie

La cardiologie est une spécialité qui est aussi divisée en sous-spécialités et en niches d'expertise. La cardiologie « traditionnelle » était une pratique clinique peu technique centrée sur la consultation. De plus en plus, cette pratique cède le pas à des niches de pratique très techniques et centrées sur l'intervention (angioplastie et électrophysiologie). Contrairement aux actes cliniques comme la consultation, qui n'ont que très peu évolué depuis des années, les actes techniques se sont beaucoup transformés ce qui a mené à une augmentation du volume et, de ce fait, des revenus. C'est dans les sous-spécialités techniques que la technologie s'est le plus développée et que les possibilités d'action se sont multipliées.

Avec le temps, des écarts de rémunération importants se sont creusés entre la cardiologie technique et la cardiologie clinique. Ces écarts de rémunération ont été décrits comme un obstacle pour attirer une relève en cardiologie clinique. Les médecins rencontrés ont mentionné que ni le niveau de revenu ni l'attractivité de la spécialité n'avaient de lien avec la pertinence relative des sous-spécialités ou leur contribution à la santé des patients.

Comme les radiologistes, certains cardiologues sont organisés en *pool* de pratique. Certains de ces *pools* ont été confrontés ces dernières années à des tensions et même à certains départs de médecins

avec une pratique très rentable (haut volume d'interventions chères). Pour qu'un *pool* de pratique fonctionne, il faut que les médecins qui y participent soient convaincus que les choix sont équitables. Il y a généralement un conseil exécutif du *pool* qui examine les revenus des membres et qui peut demander des justifications ou imposer des sanctions si le médecin n'est pas suffisamment performant. Des ajustements ont ainsi été faits dans certains *pools*, comme de sortir du *pool* la pratique en dehors des plages horaires régulières de jour, pour diminuer les tensions.

Nos entrevues avec les cardiologues ont soulevé, comme pour les autres spécialités, des questions importantes sur l'impact de la rémunération à l'acte sur la pertinence des soins et la qualité des soins. Nos répondants ont rapporté que des cliniciens effectuaient parfois, dans leur pratique régulière, des actes non pertinents aux conséquences cliniques potentiellement nuisibles parce que ces actes sont financièrement très rentables.

iv) L'ophtalmologie

L'ophtalmologie est la spécialité où le revenu moyen a le plus augmenté durant notre période d'étude. C'est aussi la spécialité où le recrutement de médecins pour nos entrevues a été le plus difficile.

L'ophtalmologie est une spécialité dont une proportion significative se déroule en cabinet (les « cliniques privées »). Parmi ce qui est réalisé en cabinet, une partie est assurée par la RAMQ et une partie est non couverte par la RAMQ, par exemple les chirurgies de correction de la vue. Il est impossible de mesurer ce que la pratique privée représente en temps ou en proportion de la rémunération totale des ophtalmologistes uniquement avec les données que nous avons.

Au moment des entrevues, le ministre de la Santé et des Services sociaux venait d'annoncer qu'il souhaitait légiférer pour interdire la facturation des frais accessoires, ce qui a fait réagir fortement les ophtalmologistes pour lesquels une partie de leur revenu provenait de cette pratique et dont le modèle d'affaires reposait en partie sur l'existence de ces frais. La perception de ces frais leur permettait d'acheter des technologies qui ne seraient pas disponibles en milieu hospitalier. Notons que certains actes qui reposent sur de nouvelles technologies ne sont pratiqués qu'en clinique privée.

La chirurgie de la cataracte représente l'acte le plus pratiqué par les ophtalmologistes. Les changements technologiques ont permis d'augmenter considérablement la rapidité d'exécution alors que le vieillissement de la population a fait croître la demande et que le gouvernement a investi des ressources spécifiques pour encourager le volume. Au final, ce développement technologique a permis une augmentation importante du nombre d'opérations réalisées. Cette chirurgie se fait de nos jours en quelques minutes alors qu'elle demandait environ 45 minutes il y a quelques années. Or, les montants des actes n'ont pas été modifiés pour tenir compte des améliorations technologiques (par exemple l'utilisation des gouttes au lieu des aiguilles pour l'anesthésie) qui ont occasionné une diminution du temps d'intervention des chirurgies à la cataracte. L'évolution de la technologie combinée au non-rajustement du tarif de l'acte a rendu cette intervention très rentable.

Il semble que la structure de rémunération influence aussi le suivi des patients. Par exemple, une visite est considérée comme un « suivi » moins payant si le patient est revu au cours des quatre premiers mois tandis que c'est une nouvelle consultation s'il s'écoule plus de quatre mois. Les règles de facturation dictent la fréquence du suivi. Selon les données d'entrevue, les suivis sont établis aux quatre mois parce que c'est ce qui est le plus rentable, pas parce que c'est ce qui est cliniquement le plus souhaitable.

Il semble exister en ophtalmologie aussi des problèmes de pertinence des soins, notamment avec les chirurgies de la cataracte et le traitement de la dégénérescence maculaire. Ces problèmes sont en partie causés par les incitatifs financiers inhérents à la rémunération à l'acte. Des études réalisées en Colombie-Britannique suggèrent que la surintervention pour la chirurgie de la cataracte peut avoir des conséquences importantes pour les patients [14-16].

6) Synthèse

L'objectif de la présente étude, tel que formulé dans le protocole de recherche, est de « *comprendre de quelle manière les modes et niveaux actuels de rémunération influencent la pratique médicale et cerner l'impact de ces facteurs sur la performance du système de santé en tenant compte de l'influence et de l'interaction des différents autres déterminants de la pratique médicale.* »

Sur le plan méthodologique, l'analyse de l'effet intrinsèque du mode par lequel on rémunère les médecins est compliquée par plusieurs facteurs : entre autres, le fait que la majorité des médecins d'un groupe donné est rémunérée selon le même mode; que les médecins qui sont rémunérés selon un mode alternatif (taux horaire en CLSC ou mode mixte par exemple) ont eux-mêmes décidé d'adopter ce mode; que les modes alternatifs sont inextricablement liés à des lieux de pratique spécifiques et, finalement, qu'il est impossible d'avoir accès aux données de facturation brutes telles que détenues par la RAMQ à des fins de recherche.

En raison des défis méthodologiques énumérés ici, notre analyse ne propose pas une analyse de l'impact spécifique de chaque mode de rémunération sur la performance du système. Ce qui est proposé est une analyse systémique du fonctionnement du système de rémunération des médecins qui était en place entre 2006 et 2015. De cette analyse, nous tirons des leçons pour proposer des recommandations d'optimisation du modèle de rémunération pour le futur. Nous voulons aussi mettre de l'avant que rien dans ce rapport ne constitue un jugement sur le comportement individuel des médecins. Nous croyons que le modèle de rémunération des médecins du Québec est déficient à de nombreux égards et que cela cause des dysfonctions dans le système de soins. Mais ces dysfonctions sont le résultat des caractéristiques du système et ne doivent pas être imputées aux médecins sur une base individuelle.

Durant la période analysée — mais la situation n'a pas significativement changé depuis — les médecins du Québec ont été rémunérés, de manière très dominante, selon le mode du paiement à l'acte (qui représentait 78 % des dépenses de rémunération en 2015). Chez les médecins omnipraticiens en suivi de clientèle, le modèle dominant est le paiement à l'acte assorti d'un ensemble de primes, forfaits et suppléments. Chez les médecins qui travaillent en établissement, principalement des médecins spécialistes ou des médecins omnipraticiens à l'urgence, les deux modèles possibles sont le paiement à l'acte pur et le paiement mixte à l'acte avec une base d'honoraires.

Par ailleurs, au cours de la période d'étude (2006-2015), des changements significatifs ont touché le modèle de rémunération des médecins omnipraticiens et de certaines spécialités. Dans le cas des médecins omnipraticiens, on a pu observer le déploiement progressif d'une vaste gamme de primes, forfaits et suppléments destinés principalement à encourager le suivi de clientèle en cabinet. De même, pour certaines spécialités, par exemple en psychiatrie, pédiatrie ou encore en santé publique, on a observé durant la même période un déclin important de la rémunération versée selon des modalités qui dépendent du temps travaillé et leur remplacement par des codes d'actes.

Un élément intéressant qui ressort de l'analyse des indicateurs de production présentés est que — indépendamment des changements apportés ou non aux modalités de rémunération — les grandes tendances comme celles relatives au temps de travail et à la productivité sont très similaires entre les groupes de médecins. Les mêmes tendances s'observent aussi dans d'autres juridictions [19]. Si l'effet intrinsèque des modalités de rémunération était déterminant, on aurait plutôt dû observer des tendances différentes entre les groupes de médecins qui ont vécu des transformations dans les incitations financières qui les touchent et ceux chez qui peu ou pas de modifications se sont produites. De même, là où des tendances différentes sont observables entre des groupes, par exemple dans le maintien d'une productivité plus élevée dans les spécialités techniques, l'analyse des entrevues montre que l'explication relève de facteurs externes comme l'évolution technologique, la transition vers une pratique plus ambulatoire, l'augmentation de la rémunération, etc. Nos données suggèrent qu'une grande partie du comportement clinique est structurée par des facteurs systémiques (démographie, évolution

technologique, normes et valeurs, transformation des modèles de pratique, etc.), externes au système de rémunération.

En ce sens, il est illusoire de penser qu'on peut efficacement contrôler la pratique clinique à partir de l'incitation financière. Toutefois, le fait que l'incitation financière ne constitue pas un outil de contrôle crédible du comportement clinique des médecins ne signifie pas que tous les modes de rémunération se valent. Même si les tendances lourdes dans la pratique semblent s'expliquer par des facteurs systémiques et si l'incitation financière est généralement peu efficace comme outil de contrôle, les modalités de rémunération et la nature de l'incitation financière qu'elles impliquent ont un impact important sur de nombreux choix cliniques.

La littérature sur les modes de rémunération des médecins met de l'avant qu'aucun mode n'est parfait et que, sur le plan de la logique de fonctionnement, chaque mode est associé à des effets désirables et à des effets indésirables. La rémunération à l'acte, qui est le modèle dominant au Québec, est généralement considérée comme ayant des effets positifs sur la productivité (conçue comme la quantité d'actes produits par médecin ou par période). En revanche, la rémunération à l'acte est susceptible de favoriser la production d'actes avec peu ou pas de bénéfices cliniques, une baisse de la pertinence des soins et des barrières à la mise en place d'équipes de soins interprofessionnelles [10, 11, 19-31].

Or, l'analyse des indicateurs de production que nous avons conduite ne permet pas de mettre en lumière un effet positif du mode de rémunération à l'acte sur la productivité des médecins. De même, nous n'avons pas observé d'effet clair et direct des mécanismes d'incitation financière mis en place pour les médecins omnipraticiens sur la productivité de ceux-ci. Cependant, les entrevues conduites suggèrent que plusieurs des effets indésirables du paiement à l'acte sont à l'œuvre au Québec, entre autres, sur la diminution des motivations intrinsèques, l'augmentation de la demande induite et l'augmentation des risques sur la qualité des soins. En résumé, le Québec utilise de manière très dominante un mode de rémunération qui ne produit pas, ou pas suffisamment, les effets désirables qui sont attendus, mais qui produit des dysfonctionnements significatifs. L'incitation financière reste perçue au Québec comme un moyen privilégié d'influencer la pratique médicale. Or, ce type d'approche nous semble peu susceptible de donner des résultats désirables et d'autres leviers devraient être explorés.

En second lieu, les effets d'un mode sont aussi liés au détail des règles d'opérationnalisation spécifiques à chaque système. Par exemple, un modèle de paiement à l'acte n'est qu'une catégorisation générale pour décrire le fait que le producteur reçoit un paiement par unité produite. Les effets spécifiques du paiement à l'acte vont varier considérablement selon la manière dont le temps et l'effort nécessaires pour produire un acte sont associés au tarif. De même, la nature de l'acte varie considérablement dans le système québécois. Certains actes, tel que défini dans les manuels sont des primes, d'autres correspondent à des unités de temps, d'autres à des interventions complexes et finalement d'autres à des actes cliniques très spécifiques. Or, la nature de l'incitation varie considérablement dans chaque cas.

Il est plausible que le paiement à l'acte continuera d'être l'un des modes utilisés pour rémunérer les médecins du Québec dans le futur. Si c'est le cas, il sera fondamental de se pencher sérieusement sur la définition des « unités » payées et sur la définition d'unités qui minimisent les incitatifs pervers. Par ailleurs, au-delà de certains préjugés, il nous semble que des modèles de rémunération qui reposent sur des unités de temps (comme le salariat ou le tarif horaire) devraient être sérieusement envisagés. Ces modèles sont considérablement plus simples, moins lourds administrativement, ne sont pas associés à des effets indésirables sur la qualité des soins et constitueraient des avenues pouvant correspondre aux attentes des médecins et de leurs patients. Soulignons aussi la grande complexité du mode de rémunération à l'acte au Québec et les coûts qu'il implique en temps et en ressources administratives.

De manière plus macro, notre analyse montre aussi que le mode de rémunération n'agit pas en isolation sur la pratique des médecins. Il s'agit d'un facteur parmi d'autres qui interagissent de manière systémique. Par exemple, le lieu de pratique, la dynamique entre pairs, les valeurs des médecins vont à la fois influencer les effets que va avoir un mode de rémunération et à la fois être influencés par les

règles qui encadrent la rémunération. Si un gouvernement avait l'ambition d'intervenir sérieusement pour améliorer la performance du système de soins, l'intervention devrait être coordonnée et systémique. Prises seules et sans une vision systémique, des modifications aux modes de rémunération sont peu susceptibles de mener à des transformations profondes. En revanche, des ajustements systémiques et coordonnés aux modes de rémunération peuvent servir de levier pour implanter et soutenir une transformation de l'offre de soins.

En conclusion, nous voudrions soulever deux éléments additionnels. Le premier porte sur les sommes consacrées à la rémunération des médecins. Il nous semble impossible de ne pas mentionner l'ampleur de la divergence entre l'augmentation des investissements consentis par la société pour rémunérer les médecins et la baisse ou la stagnation de l'offre de soins. Entre 2006 et 2015, des sommes considérables ont été investies pour augmenter la rémunération des médecins. Ces sommes n'ont eu aucun impact visible sur l'accès aux soins. Or, tout investissement dans la rémunération des médecins réduit notre capacité collective d'augmenter le financement dans d'autres secteurs du système de santé, dont le soutien à la pratique clinique. Ceci est d'autant plus problématique qu'il s'agit de choix sociétaux importants qui sont, pour l'instant, pris dans une culture du secret institutionnalisée qui nous semble préjudiciable.

Finalement, il n'existe, selon nous, aucune base scientifique crédible permettant de soutenir l'idée que le système de rémunération médicale en vigueur au Québec est optimal ou cohérent. Ce système est un produit historique qui résulte de traditions passées et de luttes politiques. S'il est vrai qu'aucun système n'est ou ne sera jamais parfait, ceci ne devrait toutefois jamais être une excuse acceptable pour se contenter d'un modèle de rémunération désuet et sous-performant. Les modèles de rémunération des médecins en vigueur actuellement au Québec peuvent et doivent être ajustés et optimisés de manière à améliorer la performance du système de santé et les soins offerts aux Québécois.

7) Recommandations

1. Pour arrimer les modalités de rémunération des médecins avec l'atteinte d'objectifs externes (efficience, qualité, accessibilité), il faut que le MSSS assume ses responsabilités et ses prérogatives. Il doit renforcer son pouvoir sur la gouverne du système de rémunération face aux fédérations afin de limiter leur influence sur la gestion de l'enveloppe globale. Notre analyse montre que ceci est une condition préalable et essentielle aux autres recommandations.
2. La rémunération à l'acte est un mode de rémunération complexe et administrativement lourd qui a des effets indésirables sur la pertinence et la qualité des soins. Il devrait céder la place à un plus grand recours à des modèles qui reposent sur la durée du temps de travail, en particulier pour la pratique en établissement et dans les contextes où le travail est fortement interprofessionnel.
3. Pour la composante de rémunération à l'acte, le tarif devrait être une fonction aussi directe que possible du temps et/ou de l'effort demandé. Ce principe devrait être appliqué entre fédérations, entre spécialités et à l'intérieur des spécialités. À cet égard, des réajustements devraient être effectués pour corriger les écarts qui se sont creusés entre les fédérations, entre les spécialités et entre les sous-spécialités.
4. L'incitation financière devrait être utilisée surtout comme levier pour pousser les médecins à s'auto-organiser en groupes/départements. L'imputabilité quant à l'atteinte d'objectifs d'accessibilité/qualité/efficience devrait être collective et des objectifs clairs en termes d'attente pour la pratique clinique devraient être établis et monitorés afin de s'assurer de la couverture des besoins de la population.

5. La pérennité économique du système de santé est menacée par la combinaison d'une diminution de la capacité de production et d'une augmentation des sommes investies dans la rémunération médicale. Les ajustements dans les modalités de rémunération et en particulier les réajustements entre fédérations et entre groupes de médecins devraient être réalisés sans investissements additionnels.
6. Les données sur les modalités de rémunération, les dépenses et la production de soins devraient être publiques et soumises à des analyses rigoureuses et transparentes.

8) Annexe méthodologique

a) Analyse des règles de facturation

i) Médecins omnipraticiens

Nous avons analysé le Manuel des omnipraticiens - Brochure no 1 entre septembre 2005 et janvier 2006 (n=38). Nous avons passé en revue les mesures (lettres d'entente, annexes et protocoles d'accord) du sommaire des fichiers de mise à jour 54 à 91 inclusivement [3]. Nous avons retenu les mesures qui ont un effet sur la majorité des omnipraticiens. Au total, 23 mesures ont été retenues. Une lecture de la table des matières de la dernière version du Manuel des omnipraticiens – Brochure no 1 a permis de s'assurer qu'aucune mesure n'avait été oubliée [32].

Une fois la sélection des mesures complétée, nous avons recensé à partir des sommaires des différentes versions du Manuel des omnipraticiens - Brochure no 1 [3, 4] les modifications susceptibles d'avoir un impact sur ces médecins omnipraticiens entre 2006 et 2015. Une fois la recension terminée, nous avons construit une ligne du temps à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Cette ligne du temps indique, de façon longitudinale, le type et le nombre de mesures ainsi que les ajustements effectués (montants). Les mesures ont été regroupées par catégories.

Par la suite, nous avons identifié l'impact anticipé de ces mesures sur l'accessibilité, la continuité et la globalité des soins. Chaque chercheur a analysé chacune des mesures séparément. Les résultats ont ensuite été comparés puis discutés en groupe.

ii) Médecins spécialistes

Une analyse plus approfondie a été effectuée pour quatre spécialités : psychiatrie, radiologie, cardiologie et ophtalmologie. Ce choix découle de la volonté d'obtenir des portraits de spécialités de nature différente (clinique, technique, technologique). Pour ces quatre spécialités, nous avons analysé les règles de facturation afin d'identifier des changements éventuels aux règles de facturation. Les différentes versions du Manuel des spécialistes - Brochure no 1 entre novembre 2005 et janvier 2016 (n=30) ont été consultées. Nous avons passé en revue les mesures (lettres d'entente, annexes et protocoles d'accord) du sommaire des fichiers de la mise à jour 63 à 92 inclusivement [5]. Nous avons retenu les mesures qui ont un effet sur une majorité des membres d'au moins une des spécialités sélectionnées. Au total, 22 mesures ont été retenues. Une lecture de la table des matières de la dernière version du Manuel des spécialistes – Brochure no 1 a permis de s'assurer qu'aucune mesure n'avait été oubliée [5].

Une fois la sélection des mesures complétée, nous avons recensé à partir des sommaires des Manuels des spécialistes - Brochure no 1 les modifications susceptibles d'avoir un impact sur les médecins au sein de ces spécialités entre 2005 et 2016 [5, 33]. Une fois la recension terminée, nous avons construit une ligne du temps par spécialité.

b) Composante quantitative: Données de la RAMQ

L'ensemble des données quantitatives présentées ici proviennent des bases de données de la RAMQ. Le travail d'extraction et de calcul a été effectué par le personnel de la Régie — que nous voudrions au passage remercier pour leur grande disponibilité et leur professionnalisme — conformément à des méthodes que notre équipe de recherche ont établies. Le détail des devis de production de la RAMQ ainsi que l'ensemble des données brutes telles qu'elles ont été transmises à l'équipe de recherche et sont disponibles sur le Web (www.pocosa.ca/donnees-publiques). Dans les paragraphes ci-dessous, nous présentons un résumé des variables et des méthodes utilisées pour les calculer.

i) Les groupes de médecins

La plupart des analyses reposent sur des regroupements de médecins. Le premier regroupement est fondé sur la formation et distingue d'une part les médecins omnipraticiens (représentés par la FMOQ) et d'autre part les médecins spécialistes (représentés par la FMSQ). Tous les médecins du Québec appartiennent à l'un ou l'autre de ces deux groupes. Le second regroupement est basé sur la spécialité et ne concerne que les médecins spécialistes. Nous avons choisi 10 spécialités pour analyse plus détaillées sur la base de deux critères : ce sont les spécialités qui ont les plus grands effectifs et pour lesquels les dépenses liées à la rémunération totale sont les plus importantes. Les spécialités en question sont anesthésiologie, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, gynécologie, obstétrique-gynécologie et obstétrique, médecine interne, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie.

ii) Médecins actifs

Le terme de médecins « actifs » est utilisé ici pour désigner les médecins qui ont une pratique médicale significative dans le système public. En effet, une partie des médecins qui apparaissent dans les bases de données de la RAMQ pratiquent à temps partiel (congé, préretraite, autre carrière, etc.). Pour éviter les biais liés à leur inclusion dans les calculs, nous avons essayé de retirer ces médecins de nos données.

L'effectif de médecins actifs est calculé sur une base trimestrielle pour chaque groupe de médecin. Le point de départ est un seuil de revenu minimal calculé à partir des statistiques annuelles de la RAMQ. Ce seuil est calculé comme suit. La somme des montants payés par année et par spécialité est divisée par le nombre total de médecins pour donner un revenu annuel moyen par spécialité. Ce revenu est divisé par quatre pour donner un revenu moyen trimestriel puis encore par quatre pour établir un seuil à 25 % du revenu trimestriel moyen par médecin de chaque spécialité. Les médecins qui ont touché plus que ce seuil minimal pour un trimestre sont considérés actifs pour le trimestre en question. Les médecins qui ont touché moins de 25 % de la moyenne de leurs collègues ne sont pas considérés actifs.

iii) Montant des primes et suppléments

Dans le calcul du montant moyen de primes et suppléments par médecin omnipraticien, seuls les médecins actifs dans ce secteur, soit ceux qui touchent plus de 4000 \$ de primes par an, ont été considérés dans ce calcul. Ceci correspondait à 36 % de l'effectif total en 2006 et 78 % de l'effectif en 2015.

iv) Dollars courants et constants

Sauf lorsque spécifié, les montants sont en dollars courants tels que fournis par la RAMQ. Certaines analyses incluent aussi des dollars ajustés (constants) pour éliminer l'effet de l'inflation. Les dollars constants sont ajustés en dollars de 2015 en utilisant les indices implicites de prix pour les dépenses courantes du gouvernement du Québec, tels que calculés par Statistique Canada et fournis dans la base de données NHEX de l'Institut canadien d'information pour la santé.

v) Actes cliniques

Les actes cliniques sont ceux que la RAMQ identifie comme tels. À cette fin, la Régie a établi une classification des codes d'actes pour distinguer les actes considérés comme cliniques (examens, traitements, interventions, etc.) des actes non cliniques (administration, supervision, bonus, etc.).

vi) Nombre d'actes et nombre d'actes ajustés

Seuls les actes réalisés par les médecins payés selon le mode de rémunération à l'acte sont comptabilisés dans les bases de données de la RAMQ. Il n'existe pas de comptabilisation fiable du travail médical effectué hors du mode de rémunération à l'acte. Pour cette raison, dans le cas de

spécialités où le mode de rémunération a significativement évolué vers une plus ou moins grande proportion de rémunération à l'acte durant la période d'étude, l'évolution du nombre d'actes sera biaisée. Par exemple, les psychiatres ont vécu un rapide mouvement vers plus de facturation à l'acte durant notre période d'étude. De même, dans le cas de l'ensemble des spécialistes, il existe probablement aussi pour la même raison un biais de surestimation de la croissance du nombre d'actes au cours de la période. Pour contrôler ce biais, pour les médecins spécialistes, nous avons ajusté le volume d'acte en fonction du mode de rémunération. Pour ce faire, le nombre d'actes réels a été multiplié par un facteur de correction calculé au prorata de la proportion de paiements à l'acte de 2015. Étant donné la nature de l'évolution de la rémunération des médecins omnipraticiens et du fait qu'il s'agit ici d'actes cliniques, il n'existe selon nous pas de raison de procéder à un tel ajustement. Par ailleurs, il faut aussi réaliser que le nombre d'actes est toujours dépendant de l'évolution des règles de facturation (création d'actes, fusions de codes, etc.).

vii) Nombre de visites et nombre de visites ajustées

Une visite est définie ici comme une interaction entre un même patient et un même médecin la même journée. Aux fins d'extraction des données, la visite est définie comme le fait pour un patient d'avoir reçu au moins un acte auprès d'un médecin au cours d'une journée. Par exemple, un patient qui a vu cinq médecins différents au cours d'une même journée produira cinq visites. À l'inverse, un patient ayant reçu cinq actes différents du même médecin la même journée produira une seule visite. La seule exception concerne l'urgence. Pour les actes ayant un code d'établissement identifiant un service d'urgence hospitalière, on considère une visite à l'urgence comme le fait d'avoir vu au moins un médecin dans la journée.

Pour certaines spécialités (les psychiatres en particulier), les données sur le nombre de visites sont à analyser avec beaucoup de circonspection. En effet, la source du calcul des visites reste les actes facturés à la RAMQ. Dans le cas de spécialités où le mode de rémunération a significativement évolué vers une plus ou moins grande proportion de rémunération à l'acte durant la période d'étude, l'évolution du nombre de visites sera biaisée. Par exemple, les psychiatres ont vécu un rapide mouvement vers plus de facturation à l'acte durant notre période d'étude. En conséquence dans le cas des psychiatres, le nombre de visites tel que nous le calculons est probablement peu fiable. Dans le cas de l'ensemble des spécialistes, il existe probablement aussi un biais de surestimation de la croissance du nombre de visites au cours de la période en raison de la non-capture par notre méthode de visites rémunérées autrement qu'à l'acte au début de notre période d'étude (psychiatrie, pédiatrie, santé publique, etc.)

Pour contrôler ce biais, en plus du nombre brut de visites, nous avons calculé un nombre de visites ajusté. Le nombre de visites ajusté est le nombre de visites réelles multiplié par un facteur de correction calculé au prorata de la proportion de paiements à l'acte de 2015. Le nombre de visites ajusté doit aussi être analysé avec circonspection.

viii) Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille

Le statut d'inscription auprès d'un médecin de famille est celui des registres de la RAMQ.

ix) Lieu de traitement et type de service

Pour les actes facturés par un médecin omnipraticien, le code d'établissement a été utilisé pour établir un lieu de traitement

x) Assiduité auprès du médecin et auprès de la clinique

Le taux d'assiduité d'un patient considéré, selon les registres de la RAMQ, comme inscrit auprès d'un médecin omnipraticien est le ratio du nombre de visites de ce patient à son médecin d'inscription sur l'ensemble des visites de ce patient dans des établissements dont le code correspond à des milieux de soins primaires ou encore dans une urgence.

De même, le taux d'assiduité d'un patient à sa clinique est le ratio du nombre de visites de ce patient à la clinique où travaille son médecin d'inscription, que ce soit une visite à son médecin d'inscription ou à un autre médecin de la clinique, sur l'ensemble des visites de ce patient dans des établissements dont le code correspond à des milieux de soins primaires ou encore dans une urgence.

xi) Statut de vulnérabilité des patients

Une personne est considérée comme « vulnérable » pour un trimestre ou une année donnée (selon le cas) si un code de vulnérabilité au sens de la RAMQ apparaît au moins une journée durant le trimestre ou l'année civile de la date du service ou encore si elle est âgée de 70 ans et plus à la date de fin de la période.

xii) Nombre de jours travaillés

Pour chaque groupe de médecins, nous avons estimé le nombre de jours travaillés dans le secteur public par trimestre. Pour ce faire, un seuil annuel de revenu minimal par jour pour les médecins actifs a tout d'abord été calculé à partir des statistiques annuelles de la RAMQ. Ce seuil est établi en divisant la somme des montants payés par année et par spécialité par le nombre de médecins actifs pour donner un revenu annuel moyen par spécialité. Ce revenu moyen est ensuite divisé par une estimation du nombre de jours travaillés de l'année traitée (arbitrairement 240 jours dans notre cas) pour donner un revenu moyen par jour. Le revenu moyen par jour est finalement divisé par quatre pour donner un seuil de revenu quotidien moyen minimal à 25 % du revenu par jour moyen par spécialité. À partir de ce seuil de revenu, chaque jour de l'année est considéré travaillé (paiement au-dessus du seuil) ou non travaillé (paiement en dessous du seuil) pour chaque médecin et les jours travaillés sont compilés sur une base trimestrielle.

Étant donné la méthode utilisée, le nombre de jours travaillés est une variable qui doit être analysée avec circonspection. D'une part, les tâches non facturées n'apparaîtront pas et pourraient créer un biais vers le bas. D'autre part, le nombre de jours n'est pas forcément comparable entre spécialités en raison d'une organisation différente de la pratique. Toutefois, à l'intérieur d'une spécialité ou d'un groupe de médecin, les variations dans le nombre moyen de jours travaillés peuvent, selon nous, être considérées comme une évaluation fiable de l'intensité de la pratique.

xiii) Effectif médical ajusté en équivalent temps complet (ETC) de 2006

Les données sur le nombre moyen d'actes par médecin, sur le nombre de jours travaillés par médecin et sur le nombre moyen de visites par médecin convergent pour indiquer que l'intensité de travail moyenne d'un médecin a diminué au cours de la période étudiée. Pour analyser l'évolution réelle de la capacité de production de services médicaux, nous avons calculé, selon deux sources distinctes, un effectif médical ajusté en équivalent temps complet (ETC) de 2006. Les deux sources d'ajustement sont le nombre moyen de jours travaillés par médecin et le nombre moyen de visites par médecin. Ces calculs ont été faits sur une base annuelle pour contrôler les variations saisonnières.

Un premier ajustement des ETC est fait en fonction de l'évolution démographique de la province. Pour chaque groupe de médecins, le nombre de médecins par habitant en 2006 sert de base de calcul. Pour les années 2007 à 2015, cet effectif per capita initial est multiplié par le nombre d'habitants additionnels que compte la province par rapport à 2006. Ce calcul produit, pour chaque année et chaque spécialité, le nombre de médecins en plus qui serait nécessaire pour offrir à la population de l'année en cause un effectif médical comparable à celui disponible en 2006. Les effectifs ajustés pour la croissance démographique retranchent ce nombre de médecins nécessaires à l'effectif réel.

Le second ajustement est fait en fonction du nombre de jours travaillés par médecin ou du nombre moyen de visites par médecin. La méthode est la même dans les deux cas et donne deux ETC ajustés selon des sources différentes. Nous présentons ici le calcul selon le nombre de jours, mais la méthode est exactement la même pour les deux variables.

La première étape est de calculer, pour chaque année et chaque spécialité, la différence entre le nombre moyen de jours travaillés par médecin cette année-là par rapport au nombre moyen de jours travaillés par médecin en 2006. La seconde étape est de diviser cette différence par le nombre moyen de jours travaillés par médecin cette année-là, ce qui donne la variation du nombre moyen de jours travaillés exprimée en proportion du nombre moyen de jours travaillés par un médecin de 2006. Finalement, cette variation est multipliée par l'effectif réel par spécialité de 2006 pour produire une estimation du nombre de médecins, en plus ou en moins, qui serait nécessaire pour que le nombre total de jours travaillés soit le même qu'en 2006. Cet effectif estimé est retranché à l'effectif ajusté pour l'évolution démographique ce qui donne un effectif théorique en ETC de 2006.

c) Composante qualitative : entrevues en profondeur

Pour éclairer les influences individuelles sur les médecins et sur leur pratique, nous avons conduit des entrevues semi-dirigées auprès de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, mais également auprès d'experts de la rémunération des médecins et de représentants de firmes de facturation. Nous avons procédé par échantillonnage raisonné de façon à avoir une variété de lieux de pratique (GMF, UMF, CLSC, universitaire, clinique privée, urbain, semi-rural), de modes de rémunération (salaire, acte, mixte, *pool* de pratique et de rémunération). Les médecins ont été sollicités par courriel ou par fax.

Le recrutement s'est appuyé sur diverses stratégies (principalement le bouche-à-oreille, des recherches sur Internet (par exemple : noms des médecins d'un département de l'hôpital X ou clinique privée d'une spécialité dans telle région), des recherches de noms de médecins sur le site des associations médicales, des recherches de noms de médecins sur les sites des facultés de médecine des universités du Québec et finalement, l'identification de noms de médecins via le site RateMyMD.

Des 24 médecins omnipraticiens qui ont été sollicités, 11 ont accepté de participer à l'étude. Du côté des spécialistes, 117 médecins ont été sollicités, 17 ont accepté de participer et 101 personnes n'ont pas répondu à l'invitation ou l'ont refusée. Parmi les 17 participants, nous avons recruté 6 psychiatres, 3 cardiologues, 2 ophtalmologistes, 6 radiologistes. Finalement, nous avons aussi rencontré cinq experts du domaine.

Les entrevues ont été réalisées par au moins deux membres de l'équipe et ont été enregistrées avec l'aide d'un enregistreur numérique lorsque la personne acceptait l'enregistrement (deux personnes ont refusé), puis retranscrites par une professionnelle. Les retranscriptions d'entrevues ont été anonymisées et toutes les informations permettant d'identifier le répondant ont été retirées pour l'analyse.

Pour les omnipraticiens, nous avons utilisé deux stratégies d'analyse des données pour identifier les déterminants de la pratique. Premièrement, nous avons utilisé une stratégie d'analyse graphique qui repose sur des méthodes dérivées de l'analyse des réseaux sociaux. Pour ce faire, nous avons identifié toutes les relations causales décrites ou implicites dans les entrevues et qui connectent des causes et des conséquences sur la pratique médicale ou la performance. Le système de relations causales a ensuite été représenté et analysé sous la forme d'un sociogramme optimisé [34]. Deuxièmement, les mêmes données ont été réanalysées selon une approche thématique. Les entrevues des spécialistes et des experts ont uniquement été analysées selon une approche thématique.

L'analyse thématique repose sur deux étapes : premièrement la codification et deuxièmement la construction de matrices d'analyse. Les entrevues des omnipraticiens, des spécialistes et des experts ont été analysées séparément. L'objectif dans chaque cas était d'identifier les facteurs qui structurent la pratique, la rémunération et la performance du système. Dans un premier temps, après une lecture des verbatims par au moins deux membres de l'équipe, les données ont été analysées d'une manière inductive en identifiant et en codifiant les éléments d'intérêt avancés dans les entretiens. Après une première codification par un des membres de l'équipe de recherche et une révision de la codification par un autre membre de l'équipe, les données ont été organisées sous forme de matrices suivant une hiérarchie de facteurs influençant la pratique des omnipraticiens en se référant à notre cadre théorique :

les facteurs structuraux/sociaux, les facteurs personnels, les facteurs relationnels/environnementaux, le mode de rémunérations et les incitatifs financiers. Après réorganisation des données selon ces cinq facteurs, les tendances récurrentes parmi les éléments codés ont été rassemblées afin d'identifier les éléments significatifs reliés à chacun de ces facteurs.

9) Références

1. Shortell, S M, et al., An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study. *Med Care Res Rev*, 2005. **62**(4): p. 407-34.
2. Contandriopoulos, D, et al., Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper. *BMJ Open*, 2015. **5**(12): p. e010559.
3. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des omnipraticiens : brochure no 1 - Fichiers de mise à jour du manuel*. Septembre 2005 (Mise à jour 54) à Janvier 2016 (Mise à jour 91); Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35773>.
4. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des omnipraticiens : brochure no 1 - Version complète du manuel*. Mai 2007 (Mise à jour 60) à Janvier 2016 (Mise à jour 91); Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35773>.
5. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des spécialistes : brochure no 1 - Fichiers de la mise à jour du manuel*. Novembre 2005 (Mise à jour 63) à Janvier 2016 (Mise à jour 92); Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35775>.
6. Commission Clair, *Rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes 2000*, Québec: Gouvernement du Québec.
7. Breton, M, et al., Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Fam Pract*, 2015. **16**: p. 10.
8. Pineault, R, et al., Impacts of Quebec Primary Healthcare Reforms on Patients' Experience of Care, Unmet Needs, and Use of Services. *Int J Family Med*, 2016. **2016**: p. 8938420.
9. Pineault, R, et al., Evolution of Experience of Care of Patients with and without Chronic Diseases following a Quebec Primary Healthcare Reform. *Int J Chronic Dis*, 2016. **2016**: p. 2497637.
10. Frey, B, Policy consequences of pay-for-performance and crowding-out. *Journal of Behavioral Economics for Policy*, 2017. **1**(1): p. 55-9.
11. Frey, B S, et al., Organizational Control Systems and Pay-for-Performance in the Public Service. *Organization Studies*, 2013. **34**(7): p. 949-72.
12. Rudoler, D, et al., Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2017. **189**: p. E1509-E16.
13. Hadler, N M, Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America. 2008: p. 1-32.
14. Wright, C J, *Healthcare Supply and Demand: Maybe Less is More*, in *Canadian Health Economics Research Association 2002*: Halifax.
15. Wright, C J, et al., Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery. *CMAJ*, 2002. **167**(5): p. 461-6.
16. Wright, C J and Y Robens-Paradise, *Evaluation of indications and outcomes in elective surgery*, 2001, RESIO: Vancouver.
17. Taylor, F W, *The principles of scientific management 1911*, New York: Harper. 144 p.
18. Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. Vérification de l'optimisation des ressources (Printemps 2015) 2015*, Québec: Vérificateur général du Québec.

19. Hedden, L, et al., In British Columbia, The Supply Of Primary Care Physicians Grew, But Their Rate Of Clinical Activity Declined. *Health Affairs*, 2017. **36**(11): p. 1904–11.
20. Bregm, K, Detrimental Effects of Performance-Related Pay in the Public Sector? On the Need for a Broader Theoretical Perspective. *Public Organization Review*, 2013. **13**(1): p. 21-35.
21. Chaix-Couturier, C, et al., 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*, 2000. **12**(2): p. 133–42.
22. Chiasson, A-k, et al., *L'impact des tarifs sur le comportement des médecins spécialistes du Québec* 2009, Montréal: CIRANO.
23. Contandriopoulos, A-P, et al., *Physician compensation and health care system objectives: an appraisal of international experiences* 1990: GRIS, Université de Montréal, Faculté de médecine.
24. DiCenso, A and S Matthews, *Report of the Nurse Practitioner Integration Task Team submitted to the Ontario Minister of Health and Long-Term Care*, 2007, Ministry of Health and Long-Term Care: Toronto, ON. p. 1-44.
25. Eijkenaar, F, et al., Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 2013. **110**(2): p. 115-30.
26. Gosde, T, et al., *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians* 2011: [OEB]The Cochrane Collaboration.
27. Grignon, M, et al., *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins* 2002, Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow).
28. Hasselback, P, *The Taber Integrated Primary Care Project: Turning Vision Into Reality* 2003: Canadian Health Services Research Foundation.
29. Ogundeji, Y K, et al., The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*, 2016. **120**(10): p. 1141-50.
30. Roberts, E T, et al., The value-based payment modifier: Program outcomes and implications for disparities. *Annals of Internal Medicine*, 2017.
31. Robison, J C, Theory and Practice in the Design of Physician payment. *The Milbank Quarterly*, 2001. **79**(2): p. 28.
32. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des omnipraticiens : brochure no 1 - Version complète du manuel*. Janvier 2016 (Mise à jour 91); Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35773>.
33. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des spécialistes : brochure no 1 - Version complète du manuel*. Avril 2007 (Mise à jour 69) à Janvier 2016 (Mise à jour 92); Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/35775>.
34. Contandriopoulos, D, et al., A sociogram is worth a thousand words: proposing a method for the visual analysis of narrative data. *Qualitative Research*, 2017. **Onlinefirst**(<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794116682823>).