

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative

Chercheur principal

Jean-Louis Denis, Université de Montréal et CRCHUM

Cochercheurs

Marie-Pascale Pomey (Université de Montréal et CRCHUM) - **Cochercheuse principale**

Roxane Borgès da Silva (Université de Montréal)

Caroline Cambourieu (Université de Montréal)

Carl-Ardy Dubois (Université de Montréal)

Raynald Pineault (Institut national de santé publique du Québec)

Catherine Régis (Université de Montréal)

Collaborateurs

Larry Brown (Université Columbia)

Pierre-Gerlier Forest (Université de Calgary)

Michel Grignon (Université McMaster)

Lauren Nicholas (Université Johns Hopkins)

Valérie Paris (Organisation de coopération et de développement économique)

Divya Srivastava (Organisation de coopération et de développement économique)

Professionnels de recherche

Mélina Bernier (École nationale d'administration publique)

Marc-Antoine Edger (Université de Montréal)

Johanne Préval (École nationale d'administration publique)

Établissement gestionnaire de la subvention

École nationale d'administration publique

Numéro du projet de recherche

2015-BE-187386

Titre de l'Action concertée

Regards sur les modes de rémunération des médecins

Partenaires de l'Action concertée

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

Résumé

Table des matières

1. Titre promotionnel	2
2. Principale question de la recherche, contexte et historique du projet en lien avec l'appel de propositions et les besoins exprimés par les partenaires .	2
3. Principaux résultats et principales pistes de solution	2
3. 1 <i>Évolution des modèles de rémunération médicale</i>	3
3. 2 <i>Impact des modèles de rémunération médicale de base</i>	7
3. 3 <i>Impact des modèles de rémunération complémentaires</i>	9
3. 4 <i>Implications pour le développement des politiques et des connaissances en matière de rémunération médicale</i>	11
Conclusion	14

Résumé

1. Titre promotionnel

Rémunération médicale et gouvernance clinique performante: Une analyse comparative

2. Principale question de la recherche, contexte et historique du projet en lien avec l'appel de propositions et les besoins exprimés par les partenaires

En janvier 2014, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et les Fonds de recherche du Québec (FRQSC et FRQS) ont lancé un appel de propositions pour réaliser une analyse comparative des modèles de rémunération des médecins et leurs effets sur la qualité et la continuité des soins. En jumelant une analyse systématique de la littérature de type synthèse interprétative avec un examen de cas empiriques, la présente recherche propose une analyse de l'évolution des modèles de rémunération médicale, de leurs impacts sur les comportements des médecins et les composantes du système de santé et de l'influence des facteurs contextuels sur ces modèles.

3. Principaux résultats et principales pistes de solution

L'analyse de la littérature et des politiques de rémunération médicale dans différentes juridictions permet de formuler à partir des leçons apprises : i) des constats sur les besoins de connaissances non comblés dans les travaux scientifiques comprenant les politiques publiques, et ii) des hypothèses pouvant soutenir le renouveau des politiques de rémunération médicale dans le système de santé au Québec.

Résumé

Les constats et hypothèses sont présentés sous quatre rubriques : 1) l'évolution des modèles de rémunération médicale de 1960 à 2016, 2) les effets des modèles de rémunération de base, 3) les effets des modèles de rémunération complémentaires, et 4) les implications pour le développement des politiques et des connaissances en matière de rémunération médicale.

3. 1 Évolution des modèles de rémunération médicale

3.1.1 Les modèles de rémunération de base

Trois modèles de rémunération médicale de base sont identifiés: l'acte, le salariat et la capitation.

Tableau 1. Définition des modèles de rémunération de base

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

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

Une première phase d'évolution des politiques de rémunération médicale est marquée par une combinaison des 3 modèles qui vise à maximiser les avantages et à minimiser les désavantages qui leurs sont habituellement associés. Le recours partiel à d'autres modèles que la rémunération à l'acte (RA) a tout d'abord visé le contrôle des volumes d'actes.

Résumé

Une première phase d'évolution montre que la combinaison des modèles de base vise à minimiser les effets non souhaitables de la RA

3.1.2. Les modèles de rémunération complémentaires

Par la suite, 4 principaux modèles complémentaires de rémunération médicale ont été identifiés : la rémunération à la performance (RAP), les paiements liés (« *bundle payments* »), le paiement global et la participation aux gains.

Tableau 2. Définition des modèles de rémunération complémentaires

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

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

Résumé

Les publications retrouvées portent principalement sur la RAP soulignant la volonté d'une majorité de systèmes de santé à accroître le rôle des incitations ciblées dans la production et dispensation des soins.

Une seconde phase d'évolution est marquée par l'introduction de modèles de rémunération complémentaires. Parmi ceux-ci, la RAP est le plus appliqué et analysé

3.1.3 Hétérogénéitéⁱ des modèles de rémunération médicale

L'évolution des modèles de rémunération médicale dans différents pays de l'OCDE va dans le sens d'une plus grande hétérogénéité des modèles de rémunération (combinaison de modèles de base et complémentaires) avec une prédominance de la RA. Cette hétérogénéité croissante reflète une recherche continue de nouveaux modèles pouvant compenser les désavantages des modèles en place ou créer une plus grande convergence des objectifs des parties prenantes (tiers-payants, régulateurs, patients). Cela donne lieu à une variété de combinaisons de modèles dont les effets sont peu étudiés. Alors que le recours à d'autres modèles de base que la RA visait principalement le contrôle des volumes de soins, les combinaisons de modèles complémentaires

Résumé

poursuivent divers objectifs : coordination, intégration, qualité, efficacité et équité des soins, etc.

Les modèles hétérogènes ciblent un plus grand nombre d'objectifs dont l'ensemble des effets est difficile à cerner

L'hétérogénéité croissante des modèles met en relief l'importance de comprendre : i) les caractéristiques prospectives (montant alloué et déterminé avant que les soins soient fournis) et rétrospectives (montant déterminé et alloué après que les soins aient été fournis) de la dépense liée à la rémunération médicale déterminant qui assume le risque financier (dispensateurs de soins ou tiers-payant), et ii) le développement de formes de paiements de soins intégrés pouvant à terme influencer la relation entre le médecin, son milieu de pratique et sa rémunération.

Plus il y a de combinaisons de modèles de rémunération dans un système de santé plus il est difficile d'établir qui assume le risque financier lié à la production des soins

Résumé

3. 2 Impact des modèles de rémunération médicale de base

Les leçons apprises sur les effets des modèles de rémunération sont à considérer avec prudence étant donné : i) la qualité scientifique des recherches dans ce secteur, et ii) l'envergure souvent restreinte des études qui apprennent peu sur les contextes dans lesquels prennent forme les politiques de rémunération médicale (caractéristiques des systèmes de santé, de la profession médicale et des patients).

Les résultats des travaux qui comparent empiriquement les trois modèles de base, et qui apprécient de façon plus marginale le potentiel associé à leur combinaison, suggèrent un impact sur les comportements des médecins et dans certains cas sur leur satisfaction ou sur celle des patients. La RA semble être associée à une production élevée d'actes médicaux tandis que le salariat et la capitation favoriseraient les références vers d'autres médecins et le travail interprofessionnel et limiteraient l'augmentation des volumes de soins. Toutefois, dépendant de leurs objectifs, ces résultats peuvent être vus comme positifs ou négatifs. Par exemple, la RA menant à un plus grand volume d'actes préventifs pourrait s'avérer plus adéquate que le salariat et un taux de référencement élevé provenant de médecins salariés pourrait signaler un comportement non-approprié.

Certains résultats peuvent sembler discordants (RA produisant simultanément une meilleure continuité des soins et une insatisfaction des patients en matière d'accès) alors que d'autres (plafonnement des revenus des médecins qui limitent l'accès aux soins dans le cas de la rémunération à capitation) informent peu sur le caractère approprié des actes produits. Toutefois, ils

Résumé

soulignent l'importance de la prise en compte des contextes dans la détermination et la compréhension appropriée des effets des modèles.

Selon le contexte et les objectifs visés les effets d'un même modèle de rémunération peuvent varier et ainsi être favorables ou non, discordants ou cohérents

La combinaison des modèles de base poursuivant des objectifs circonscrits est la voie empruntée par plusieurs systèmes de santé pour tirer meilleur parti de la rémunération médicale, toutefois cela ne semble pas avoir répondu favorablement aux attentes des parties prenantes (tiers-payants, régulateurs, médecins) en ce qui concerne par exemple la qualité et la continuité des soins. Les systèmes de santé se sont engagés alors dans la recherche de modèles complémentaires poursuivant des objectifs plus larges (innovations dans les prises en charge des cas complexes, programmes de soins primaires).

La combinaison de modèles de base ne répondant plus aux besoins des parties prenantes, des modèles complémentaires sont ajoutés

Résumé

3. 3 Impact des modèles de rémunération complémentaires

En plus de rapporter des effets observés plus diversifiés des modèles complémentaires, la littérature scientifique ainsi que les études de cas réalisées (Pays-Bas, Ontario, France, États-Unis) informent sur 3 autres types d'effets : attendus, inattendus et méconnus.

À court terme, la RAP semble avoir favorisé l'atteinte de certains objectifs centrés autour de la qualité des soins (prévention, soins primaires), la réduction des coûts (prescription de médicaments), l'amélioration de l'accès aux soins (patients atteints de maladies chroniques) et la répartition des médecins dans des zones géographiques mal desservies. Elle peut aussi soutenir le développement d'une culture de la mesure et l'utilisation de l'information clinique et financière. Comme tous les modèles de rémunération, la RAP s'accompagne d'effets indésirables souvent méconnus et peut amener les médecins à développer des comportements non-souhaitables (multitaskingⁱⁱ, sélection de patients en fonction de leur risque, gamingⁱⁱⁱ).

Malgré les effets non souhaitables parfois méconnus de la RAP, elle demeure une mesure incitative permettant l'atteinte de certains objectifs

Le paiement lié semble mener vers une réduction des coûts des procédures et de la main-d'œuvre et encourager l'efficacité dans la production des soins.

Résumé

Toutefois, cette efficience peut dépendre du niveau d'intégration du médecin à l'organisation de soins ainsi qu'aux modalités de son modèle de rémunération. De plus, selon les arbitrages induits par le paiement lié entre les médecins, leur rémunération et des aspects de leur pratique, ce modèle peut aussi limiter la propension à innover. Les modèles de paiement lié et de paiement global peuvent soutenir l'engagement des médecins vers la prise en charge de cas complexes (patients co-morbides chroniques).

La participation aux gains représente un modèle de rémunération où le médecin perçoit un revenu supplémentaire (individuel ou collectif) justifié par l'atteinte d'objectifs préétablis (optimisation des ressources, efficience des soins dispensés). Ce modèle semble favoriser une expérience pour les patients positive et réduire les coûts par rapport à la RA. Il apparaît moins favorable au développement d'activités d'éducation pour les patients atteints de maladies chroniques et d'indicateurs propres aux besoins des patients. Ce dernier résultat reste difficile à expliquer.

Les systèmes de paiement de soins intégrés – paiement lié, paiement global, participation aux gains – dans lesquels la rémunération médicale est incluse s'avèrent être une nouvelle façon de faire converger les nombreux objectifs des parties prenantes

Les études consultées ne permettent pas d'identifier les avantages propres à la combinaison de différents modèles. Peu d'études portent sur les effets des

Résumé

modèles complémentaires autres que la RAP. L'analyse des modèles de rémunération complémentaires suggère qu'ils peuvent être des instruments adéquats pour favoriser la qualité et l'intégration des soins.

3. 4 Implications pour le développement des politiques et des connaissances en matière de rémunération médicale

3.4.1. Les résultats sur les effets ne permettent pas de prescrire une solution optimale en matière de rémunération médicale mais donnent des balises pour orienter les politiques de rémunération médicale dans le système de santé québécois. Ces résultats font ressortir l'importance :

- de mieux appréhender la situation actuelle en précisant les caractéristiques des modèles de rémunération en vigueur (temporalité des paiements, incorporation, objectifs poursuivis, cohérence des combinaisons de modèles, effets sur les niveaux de rémunération des médecins et sur différents aspects de la pratique médicale),
- d'identifier les enjeux et problèmes prioritaires nécessitant un changement dans les politiques de rémunération en faisant ressortir les effets non attendus (un modèle de rémunération autre que la RA peut influencer le volume produit sans nécessairement obtenir un meilleur contrôle de la dépense médicale ou une qualité accrue des soins),
- de réaliser des expérimentations ciblées et systématiques de modèles alternatifs de rémunération,
- d'établir des stratégies adaptées en matière de législation et de régulation.

Résumé

Si la RA reste le modèle de rémunération prévalent, elle pourrait s'accompagner d'une analyse plus sophistiquée pour établir la valeur des composantes des actes qui sont payés. L'exemple américain où la valeur monétaire des actes médicaux remboursés (par les assurances publiques et privées) est établie à partir de 3 composantes (valeur relative du travail du médecin, dépenses de pratique du médecin, assurance responsabilité professionnelle) révisées minimalement tous les cinq ans est une source d'inspiration.

Les évidences scientifiques disponibles et la complexité d'établir des politiques en matière de rémunération médicale et d'en prévoir les effets obligent à une maîtrise de connaissances pointues des modèles appliqués, une régulation adaptée et des précautions des pouvoirs publics.

3.4.2 Des avancées sont possibles dans la mesure où les investissements pour mieux adapter la pratique médicale ne se limitent pas à des ajustements tarifaires des politiques de rémunération. L'expérience du système de santé au Québec montre que canaliser les efforts vers des ajustements négociés portant uniquement sur la rémunération médicale ne semble pas avoir produit les résultats escomptés en matière de maîtrise des coûts, d'amélioration continue de la qualité des soins ou d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population.

Résumé

La rémunération médicale doit être façonnée pour répondre aux impératifs de renouveau de la pratique médicale mais elle n'en est pas nécessairement le moteur.

3.4.3 Il appert que les comportements des médecins sont tributaires des modèles de rémunération médicale ainsi que d'un ensemble de facteurs contextuels. L'environnement de pratique joue un rôle déterminant (allocation de ressources et leadership clinique propices) en promouvant une amélioration continue de la qualité des soins et une capacité d'adaptation des pratiques (Bohmer, 2011). L'imputabilité, la co-responsabilité (patients/médecins, médecins/organisations de soins) et l'inter-professionnalisme doivent être au centre d'un renouveau du rapport entre la profession médicale et le système de santé. Les changements dans la demande de soins et les pressions économiques rendent nécessaires des avancées sur ces trois points.

De nouvelles politiques de rémunération médicale devront inclure des principes d'imputabilité, de co-responsabilité et d'inter-professionnalisme entre la profession médicale et les autres parties prenantes du système de santé

Une option consiste en une réforme de l'intérieur du système, orientée vers le partage d'intérêts communs jumelé à une capacité accrue de régulation et de

Résumé

transparence. La poursuite des jeux de négociations actuels et le manque d'objectifs clairs poursuivis par les politiques en matière de rémunération médicale pourraient accroître les pressions sociales soutenant de réels changements.

Conclusion

Quelques soient les options qui seront retenues en matière de politique de rémunération médicale, notre étude révèle que les pouvoirs publics ont à développer des compétences et des « capacités de faire » différentes sur le plan de la régulation. Une connaissance et une compréhension plus fines des modèles de rémunération médicale et l'importance d'étendre la surface de dialogue entre le gouvernement et les fédérations de médecins au-delà de la rémunération commandent un rôle plus actif, créatif et rigoureux de ces deux parties prenantes. L'exemple d'ententes récentes entre « Doctors of BC » et le gouvernement de la Colombie-Britannique visant à financer des expériences d'engagement des médecins pour l'amélioration de la qualité des soins peut être un pas dans la bonne direction. En effet, si le jeu actuel des négociations et les rapports entre la profession médicale et le gouvernement se reproduisent selon les mêmes conditions et finalités, il est peu probable que les politiques de rémunération médicale en place atteignent le double objectif d'une maîtrise raisonnable de la dépense médicale et d'une amélioration significative de la qualité des soins. L'analyse d'autres systèmes de santé montre l'engagement d'une diversité de parties prenantes dans des processus qui placent la

Résumé

rémunération médicale au centre des réflexions sur un renouveau de l'organisation de soins et une amélioration de la qualité des soins.

Finalement, la rémunération médicale a suscité de nombreux débats au cours des dernières années au Québec mais aussi dans d'autres provinces comme en Ontario, où le gouvernement, après avoir légiféré sur la réduction du niveau de rémunération des médecins en 2015, tente à nouveau de négocier dans un climat conflictuel avec l'Association médicale ontarienne des changements dans les honoraires des médecins. Ces derniers développements devraient recentrer les parties prenantes sur les façons de mieux tirer profit des ressources consacrées à la rémunération médicale en fonction des objectifs poursuivis et de développer des stratégies permettant de co-construire les politiques de rémunération médicale.

ⁱ L'hétérogénéité des modèles se définit comme la combinaison de modèles de rémunération de base et complémentaires. L'expression « modèle hétérogène de rémunération » est utilisée à la place de « modèle de rémunération mixte » qui renvoie à un modèle particulier de rémunération des médecins au Québec

ⁱⁱ Le « multitasking », connu dans la littérature économique (Rosenthal, 2006; Holmstrom, 1991), est une situation où le payeur instaure un programme d'incitatifs qui poursuit des objectifs multidimensionnels, dont toutes les dimensions ne sont pas soumises à une évaluation. Alors, les activités des dimensions évaluées et récompensées peuvent atténuer (détourner) les efforts destinés aux dimensions non évaluées (Custers, 2008).

ⁱⁱⁱ Le « gaming », qui est une situation dans laquelle les participants trouvent des moyens de maximiser les résultats attendus en fonction de leurs préférences individuelles sans pour autant contribuer à atteindre la finalité collective recherchée par l'incitatif. Le phénomène du gaming a été constaté en Angleterre, suite à l'introduction de la publication du système de « star rating » pour les organisations de santé publique (Custers, 2008).