CSSS - 055M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée

Mémoire rédigé par un regroupement de chercheurs en organisation des services de santé de l'Université de Montréal

Roxane Borgès Da Silva[1,2]

Claude Sicotte[1,3]

Raynald Pineault[1,4]

Alexandre-Jean Lauzon[3]

Régis Blais[1,3]

Réjean Hébert[1,3]

Nicole Leduc[1,3]

Marie-Jo Ouimet[1,4]

Mars 2015

1 : Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
2 : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
3 : Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal
4 : Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal

Signataires :

- Michel Alary[1]
- François Béland[2]
- Laurence Bernard[3]
- Jean-Pierre Bonin[3]
- Isabelle Brault[3]
- Joanne Castonguay[4]
- Johanne Collin[5]
- Sylvie Cossette[3]
- José Côté[3]
- Danielle D'Amour[3]
- Carl-Ardy Dubois[3]
- Guillaume Ducharme[2]
- F. Pierre Dussault[2]
- Lambert Farand[2]
- Marie-José Fleury[6]
- Debbie Feldman[7]
- Julie Fiset-Laniel[8]
- Marie-Pierre Gagnon[9]
- Christine Genest[3]
- Kelley Kilpatrick[3]
- Paul Lamarche[2]
- Caroline Larue[3]
- Hélène Lefebvre[3]
- Pascale Lehoux[2]
- Annette Leibnig[3]
- Yves Levesque[10]
- David Levine[2]
- Marie-Pascale Pomey[2]
- Sylvie Provost[10]
- Pilar Ramirez-Garcia[3]
- Geneviève Roch[9]
- Mendy Sananikone-Thavonekham[2]
- Bilkis Vissandjée[3]

1 : Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

2 : Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal

3 : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

4 : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

5 : Faculté de pharmacie, Université de Montréal

6 : Département de psychiatrie, McGill

7 : École de réadaptation de la faculté de médecine de l'Université de Montréal

8 : Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail, Faculté de médecine, Université McGill

9 : Faculté des sciences infirmières, Université Laval

10 : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Table des matières

Introduction 4
L'accessibilité, un enjeu central à l'organisation des soins de santé primaires au Québec 4
Données probantes sur les modèles organisationnels 5
Accessibilité aux soins de santé primaires vs. accessibilité aux médecins généralistes 6
Responsabilité individuelle des médecins vs. responsabilité collective des professionnels de santé pour prendre en charge un groupe de patients 6
Renforcement du rôle des infirmières et des ordonnances collectives 7
Modélisation économique du comportement du médecin 8
Écrémage et dumping des patients 9
Les réponses des MD aux mécanismes de paiement 9
Mécanismes de paiement et collaboration interprofessionnelle 10
Quantité vs. qualité des services dispensés : meilleure pratique et résultats de santé 11
Financement des organisations de soins de santé primaires 12
L'importance de tenir compte du contexte 12
Efficience de l'organisation des soins de santé primaires 12
Conclusion 13
Références 14

Introduction

Ce mémoire porte sur la première partie du projet de loi 20 favorisant l'accès aux soins de santé primaires et n'aborde pas la deuxième partie du projet de loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

Tout d'abord, les auteurs de ce mémoire veulent souligner leur accord avec l'objectif du projet de loi 20. Le Québec fait effectivement face à un réel problème d'accessibilité aux soins de santé et particulièrement aux soins de santé primaires. Toutefois, les auteurs de ce rapport sont en même temps sceptiques devant la proposition d'une solution unique – des quotas de patients imposés aux médecins généralistes – pour résoudre un problème aussi complexe que l'accessibilité aux soins de santé primaires.

L'objectif de ce mémoire est de recourir à la littérature scientifique afin d'apprécier quels sont les modèles d'organisation proposés pour améliorer les soins et les services de santé offerts à la population. L'intention est ainsi de pouvoir apprécier la valeur de ce que nous propose le projet de loi 20. Notre objectif ici n'est pas de présenter une synthèse de ces modèles pour tenter de redessiner le modèle québécois d'organisation de soins de santé primaires. Il est plutôt de tenter de comprendre en quoi la solution proposée par le projet de loi – des quotas de patients demandés aux médecins généralistes – est susceptible d'améliorer l'accessibilité.

Le recours à la littérature scientifique du domaine de la gestion et de l'organisation des services de santé et du domaine de l'économie nous a permis d'identifier plusieurs enjeux importants.

Suite à un retour sur le concept d'accessibilité, ce mémoire vise à décrire les principaux enjeux et risques que représente la promulgation du projet de loi 20.

L'accessibilité, un enjeu central à l'organisation des soins de santé primaires au Québec

La notion d'accessibilité représente l'attribut d'une institution ou d'un service pour lequel un accès est possible (Donabedian, 1973; Frenk, 1992). Elle réfère à la facilité ou à la difficulté d'entrer en contact avec les services (Pineault & Daveluy, 1995). Donabedian présente l'accessibilité comme un ensemble de facteurs qui interviennent entre la capacité de produire des services et la production réelle ou la consommation de services. L'accessibilité est une caractéristique des ressources elles-mêmes, qui fait que les ressources sont plus ou moins facilement utilisables (Donabedian, 1973). Selon Levesque et collaborateurs, plusieurs dimensions de l'accessibilité peuvent être mesurées. L'accessibilité géographique est fonction de la distance physique et temporelle entre un lieu (habitation, travail ou autre) et les services.

L'accessibilité sociale est fonction de la compatibilité entre les services offerts et les caractéristiques sociales et culturelles des personnes. L'accessibilité économique est reliée au coût des services, en relation avec le niveau socio-économique des personnes. L'accessibilité organisationnelle est fonction des horaires, des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes (Levesque et al., 2003). Elle se définit comme la disponibilité des professionnels de santé à répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins exprimées par un patient.

Le Québec fait actuellement face à un problème aigu d'accessibilité organisationnelle, qui se décline en deux aspects : l'accessibilité pendant les heures de bureau et l'accès en dehors des heures de bureau à un médecin de famille.

Le projet de loi 20 vise à réduire ces problèmes d'accessibilité. Dans ce mémoire, nous visons à apprécier la valeur du projet de loi en le soumettant à l'épreuve d'un examen fondé sur les données probantes issues de la littérature scientifique ainsi que des expériences internationales.

Données probantes sur les modèles organisationnels

Le premier constat porte sur le foisonnement des réflexions et travaux de recherche traitant de l'amélioration, l'innovation et la transformation des soins de santé primaires. De telles initiatives sont particulièrement marquantes aux États-Unis, où depuis les années 2000 des efforts ont été consentis pour développer de nouveaux modèles organisationnels basés sur le concept de maison médicale centrée sur le patient (*Patient-Centered medical home*) (Fields, Leshen, & Patel, 2010; Kilo & Wasson, 2010; Margolius & Bodenheimer, 2010). Les mêmes idées novatrices inspirent la vision britannique (NHS 2014). La même effervescence s'observe dans d'autres provinces canadiennes (Hutchison *et* al., 2011). Par exemple, afin d'améliorer le fonctionnement de ses soins de santé primaires, l'Ontario a adopté l'initiative « *Quality Improvement and Innovation Partnership »* (QIIP) (Kates *et al*., 2011; Rosser *et al*., 2011). Cette initiative vise à appuyer les centres de soins de santé primaires dans l'introduction de pratiques innovantes.

La caractéristique commune de ces initiatives est d'imaginer et de s'appuyer sur des visions larges des soins de santé primaires afin de faire face aux défis sanitaires à venir telle l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des besoins complexes dans les soins de santé primaires. Ces visions impliquent la prise en compte d'un grand nombre de mécanismes que les réformes proposées tentent de modifier et d'aligner en synergie pour améliorer les soins offerts à la population (Bertakis & Azari, 2010; Bertakis & Azari, 2011). En d'autres termes, ces visions se démarquent par le recours à plusieurs mesures mises en place de manière coordonnée. L'objectif de coordination entre plusieurs mesures est central car le défi d'amélioration des soins primaires est multidimensionnel. Dans un tel contexte, l'approche

proposée par le projet de loi 20, fondée sur le seul mécanisme de quotas de patients, paraît très rudimentaire pour répondre à la complexité inhérente et grandissante des besoins de santé primaires. De plus, l'intention de remédier à un seul problème à la fois favorise l'émergence de problèmes additionnels dans d'autres domaines. Les solutions rudimentaires sont en effet problématiques car les solutions simples appliquées à des problèmes complexes suscitent communément des conséquences inattendues.

- ☞ Questions au Ministre : Quelle est la vision sur laquelle s'appuie l'idée de déployer un mécanisme de quotas dans le système de santé québécois? Quelles sont les données probantes qui appuient le concept d'utiliser des quotas pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires?

Accessibilité aux soins de santé primaires vs. accessibilité aux médecins généralistes

Le deuxième constat a trait à l'objectif central du projet de loi 20 à savoir l'accessibilité. Une constante des rapports gouvernementaux et scientifiques est de traiter l'accessibilité comme un concept allant bien au-delà du seul accès à un médecin généraliste. Les modèles novateurs d'organisation des soins de santé primaires ont en effet tous comme caractéristique commune de viser à améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires plutôt que de viser seulement à améliorer l'accessibilité aux médecins généralistes. Ces modèles envisagent la possibilité d'autres types de services qui visent à être plus coût efficace, efficients et appropriés (Hutchison et al., 2011; Kilo & Wasson, 2010; Margolius & Bodenheimer, 2010). La variété et la complexité des besoins de santé primaires liées à l'augmentation des maladies chroniques impliquent une problématisation et une recherche de solutions qui vont au-delà d'un seul corps professionnel.

- ☞ Question au Ministre : Pourquoi le ministre se limite-t-il à l'accessibilité aux médecins plutôt que l'accessibilité aux soins et services?

Responsabilité individuelle des médecins vs. responsabilité collective des professionnels de santé pour prendre en charge un groupe de patients

Un troisième constat met en lumière un des piliers des modèles novateurs d'organisation des soins de santé primaires qui est de miser sur une pratique clinique organisée en équipe (*team-based practice)*. Tous les modèles visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins présentent une constante fortement mise de l'avant : l'importance de prendre charge des patients au moyen d'équipes multidisciplinaires. Les médecins et les autres professionnels

jouent des rôles différents au sein de ces équipes qui conçoivent des stratégies d'intervention selon les différents groupes de patients fréquentant le centre de soins. Les rôles sont conçus de manière complémentaire entre les membres de l'équipe clinique et les tâches sont réparties selon les expertises de chacun. Les patients présentant des tableaux cliniques contrôlés et prévisibles n'ont pas besoin d'être vus par un médecin, qui peut alors se centrer sur les cas les plus complexes. Les autres professionnels et les médecins peuvent alors travailler en synergie et ainsi traiter plus de patients qu'il n'est envisageable si le médecin aspire à voir tous les patients. La littérature scientifique s'accorde sur l'efficience d'une équipe multidisciplinaire dans les soins de santé primaires, comparativement à un médecin de famille travaillant seul. Ainsi, la prise en charge de patients devrait être conçue et organisée autour d'un groupe de professionnels de santé travaillant ensemble dans une clinique médicale telle que les GMF, plutôt qu'autour d'un médecin tout seul (Tousignant et al., 2014).

- ☞ Questions au Ministre : En quoi, une responsabilité individuelle des médecins, fondée sur un mécanisme de quotas de patients, va-t-elle favoriser le travail interdisciplinaire? Comment le Ministre va-t-il mettre en place des mécanismes permettant l'accès à une équipe interdisciplinaire comprenant des infirmières, des psychologues, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, etc. ?

Renforcement du rôle des infirmières et des ordonnances collectives

Au-delà de la profession médicale, d'autres professionnels de santé peuvent contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé. Le transfert de la responsabilité individuelle de patients du médecin au GMF vers un ensemble plus large de professionnels de santé devrait améliorer les soins de santé primaires. Les infirmières pourraient occuper pleinement leur champ d'exercices et augmenter leur autonomie dans la prise en charge des patients requérant des services de santé primaires. Le renforcement des ordonnances collectives fait partie des mesures qui pourraient favoriser l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé (Bodenheimer & Smith, 2013). Selon l'étude de Pineault (2012), parmi les 606 organisations de soins de santé primaires (OSSP) sur les territoires de Montréal et Montérégie, 260 déclaraient avoir une infirmière, et 132 utilisaient des ordonnances collectives. Comparativement aux OSSP avec infirmière qui n'utilisaient pas d'ordonnances collectives, les patients dont l'organisation des soins de santé primaires avait une infirmière utilisant des ordonnances collectives, exprimaient une meilleure expérience de soins en termes de continuité des soins, globalité, exposition aux pratiques cliniques préventives, réactivité et résultats de soins (Couture et al., 2012; Pineault et al., 2012). La littérature indique que le rôle des infirmières praticiennes en soins de santé primaires est un facteur qui prédit une meilleure qualité de soins pour les soins avec des conditions chroniques (Russel et al., 2009). Une récente revue systématique de la littérature en soins de santé primaires montre que, comparativement aux médecins, les infirmières praticiennes ont une pratique équivalente, voir même supérieure,

dans certains cas, au plan coût-efficacité (Ohman-Strickland, 2008 ; Martin-Misener, under review). Depuis 2002, le concept d'élargissement du modèle monoprofessionnel des cliniques médicales a été mis de l'avant au Québec avec l'introduction des GMF (Hutchison et al., 2011). L'objectif d'une pratique avancée en soins infirmiers était dès lors mis de l'avant.

- ☞ Questions au Ministre : Sur quelles données probantes, le Ministre se fonde-t-il pour penser que des quotas imposés aux médecins vont favoriser une collaboration des médecins et infirmières pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires? La mise en place de quotas ne risque-t-elle pas de camper les infirmières en soins de santé primaires dans un rôle traditionnel (signes vitaux, tension artérielle, etc.) de pré-visite médicale permettant au médecin de mieux expédier les visites pour atteindre les quotas?

Modélisation économique du comportement du médecin

La littérature économique nous enseigne que le médecin, comme tout être humain, tend à maximiser son bien-être. Le bien-être d'un médecin est positivement corrélé au revenu qu'il tire de sa pratique, à son temps de loisirs (le temps passé à ne pas travailler) et au bénéfice de sa pratique pour ses patients (Hurley, 2010; McGuire & Pauly, 1991). Cette dernière idée, connue sous le terme d'altruisme, signifie que le médecin souhaite que ses patients soient en bonne santé. Autrement dit, le bien-être du médecin augmenterait quand le bien-être de ses patients augmente à la suite des soins reçus. Le médecin serait donc enclin à donner des services de meilleure qualité à ses patients à condition que les modes de rémunération ne soient pas contradictoires avec cet objectif. Le médecin prendrait donc les décisions qui lui permettraient de maximiser son bien-être, en tenant compte de son revenu, de son temps de loisirs et des besoins de ses patients et de leur bien-être (Borgès Da Silva et al., 2015).

Les médecins doivent donc arbitrer entre réduire leur temps de loisirs, déjà minimal pour plusieurs d'entre eux selon leur surcharge rapportée (Sondage national des médecins, 2013), améliorer le bien-être de leurs patients et augmenter leur revenu (Borgès Da Silva et al., 2015).

La conception de politiques qui agissent sur ces trois facteurs simultanément constitue un véritable défi pour les décideurs. En effet, seuls certains facteurs liés à la quantité sont facilement observables par les décideurs : les heures travaillées ou encore les services fournis. Au contraire, l'altruisme d'un médecin, et la valeur qu'un médecin accorde à son temps de loisirs sont des facteurs plus difficilement observables. Les décideurs peuvent difficilement observer les autres intrants issus du médecin qui affectent l'efficience du système de santé, notamment la quantité d'efforts fournis par les médecins ou la qualité des soins qu'ils offrent (Borgès Da Silva et al., 2015; Demange & Geoffard, 2006; Jack, 2005; Ma & McGuire, 1997)

- ☞ Question au Ministre : De quelles façons le Ministre pense-t-il qu'un mécanisme de quotas permettra de tenir compte de ces paramètres dans la mise en place du projet de loi 20?

Écrémage et dumping des patients

Les modèles économiques montrent que les modifications des mécanismes de paiement ou des incitatifs financiers associés aux différents types de patients ou encore l'imposition d'un nombre de patients peuvent encourager la sélection des patients. Ce phénomène est appelé écrémage et fait référence au fait que les médecins peuvent choisir de prendre en charge des patients pour lesquels ils retirent plus de bénéfices, en termes de revenu et/ou de temps. Un médecin qui rapporte être surchargé et qui est payé à l'acte pourrait préférer des patients non vulnérables, étant donné le plus faible engagement en temps de travail. Contrairement à l'écrémage, le dumping fait référence au fait que les médecins peuvent éviter les patients plus malades (vulnérables ou malades chroniques) qui leur coûtent plus cher en termes de revenu et/ou de temps de travail (Borgès Da Silva et al., 2015).

- ☞ Questions au Ministre : Le Ministre a-t-il envisagé ces risques? Quels mécanismes a-t-il prévus pour les limiter?

Les réponses des MD aux mécanismes de paiement

La plupart des médecins travaillant en soins de santé primaires au Québec sont rémunérés à l'acte et bénéficient de forfaits à l'inscription de patients et à la prise en charge de malades chroniques. La rémunération à l'acte est connue pour être corrélée positivement à la consommation de services de santé des patients, puisque les médecins sont payés pour le volume de services (Léger, 2011). La rémunération à l'acte crée des incitatifs financiers qui encouragent la surconsommation de services de santé au détriment de la réduction des dépenses de santé (Sharma, 1998 ; Léger, 2011). Ce mode de rémunération n'est pas adapté à la prévention, au travail en équipe multidisciplinaire et au suivi des malades atteints de maladies chroniques qui nécessitent souvent des consultations plus longues (Léger, 2011). Dans le cas de la rémunération à la capitation, les médecins reçoivent un montant forfaitaire annuel par patient indépendamment du volume de soins fournis. Dans ce mode de rémunération, le médecin assume entièrement le risque financier du traitement, ce qui l'encourage à faire plus de prévention pour moins revoir ses patients et à travailler en collaboration interprofessionnelle.

Le fait de combiner un paiement rétrospectif (rémunération à l'acte) et prospectif (forfait annuel) est souvent vu comme une meilleure solution comparativement aux autres systèmes de paiement (Léger & Strumpf, 2010). En ajustant selon le risque, les paiements prospectifs il est possible de réduire les incitations à l'écrémage et au dumping des patients. (Ma, 1994). La composante de rémunération à l'acte peut également réduire les effets indésirables des paiements prospectifs, mais est beaucoup moins efficace dans un contexte où le temps de loisirs est plus valorisé comparativement à l'augmentation de revenu, qui est déjà très élevé au Québec. Dans ce contexte, des paiements prospectifs spécifiques pour les patients les plus lourds sont des mécanismes qui méritent d'être considérés (Borgès Da Silva et al., 2015).

Les augmentations de revenu récentes accordées aux médecins leur permettent d'atteindre leur revenu cible plus rapidement qu'auparavant. Au-delà de ce revenu cible, au plan du bien-être, la valeur d'une heure travaillée est inférieure à la valeur d'une heure de loisir. Quand la valeur d'une heure de loisir dépasse la valeur d'une heure de travail, le médecin préfère renoncer à travailler plus pour gagner plus d'argent et choisira plutôt de s'accorder plus de temps de loisir. La baisse en bien-être qui découle de la renonciation de revenu associé à une unité supplémentaire travaillée est donc plus faible que le gain en bien-être associé à l'unité supplémentaire de loisirs qu'il obtiendra en refusant de travailler plus (Borgès Da Silva et al., 2015).

- ☞ Question au Ministre : En maintenant les modes de rémunération en place et en imposant des quotas, comment le Ministre envisage-t-il contrôler les dépenses de santé ?

Mécanismes de paiement et collaboration interprofessionnelle

De nombreuses études mettent en évidence les effets positifs des collaborations interprofessionnelles dans les soins de santé primaires sur la santé des patients. Les collaborations interprofessionnelles permettent une utilisation plus efficiente des ressources humaines en santé (Barrett, 2007; Bodenheimer & Pham, 2010; Hutchison et al., 2011). Les mécanismes de paiement rétrospectifs, où le médecin reçoit une rémunération pour chaque acte médical n'encouragent pas du tout les collaborations interprofessionnelles. Dans le cas de rémunération rétrospective, le médecin a peu d'intérêt à déléguer des actes aux infirmières. Par contre, les modes de rémunération prospectifs tels que la capitation encouragent les médecins aux collaborations interprofessionnelles et aux actes préventifs et de promotion de la santé (Borgès Da Silva et al., 2015; Gosden et al., 2001; Léger, 2011; Léger & Strumpf, 2010; Massin et al., 2014; Wranik & Durier-Copp, 2011).

- ☞ Question au Ministre : Étant donné les mécanismes de paiement en place, comment le Ministre envisage-t-il encourager les collaborations interprofessionnelles?

Quantité vs. qualité des services dispensés : meilleure pratique et résultats de santé

Dans le système de santé, les payeurs peuvent observer la quantité de services dispensés, mais ne peuvent habituellement pas observer la qualité du service ou l'effort mis en œuvre par le prestataire pour améliorer les résultats ou réduire les coûts. La quantité de soins fournis peut varier dans le sens opposé à la qualité des soins offerte (Kralj & Kantarevic, 2013; McGuire, 2000). Les incitatifs à augmenter les quantités de patients vus ou inscrits, recherchés par les quotas, peuvent encourager une plus faible qualité des soins par patient. Tel que décrit par plusieurs auteurs, il en résulte des difficultés dans la conception de systèmes de paiement qui permettent d'atteindre un optimum social, c'est-à-dire poursuivre l'objectif de maximiser la santé de la population en inscrivant et en traitant les patients à un coût raisonnable (Borgès Da Silva et al., 2015; Wedig, 1993; Yaesoubi & Roberts, 2011).

Pour composer avec ce problème d'observation de la qualité des soins fournis par les médecins, des modèles novateurs d'organisation des soins primaires utilisent la rémunération comme un incitatif pour favoriser des comportements qui améliorent la santé de la population. Ces incitatifs visent à moduler le modèle traditionnel de rémunération à l'acte pour récompenser des bonnes pratiques. Deux modèles sont observés. Dans un cas, des incitatifs financiers sont donnés lorsque les équipes cliniques appliquent les meilleures pratiques reconnues (*evidence-based medicine*). Dans un autre cas, des incitatifs financiers sont versés lorsque les résultats de santé sont observés chez une proportion des patients traités. Ainsi, à titre d'exemple chez une clientèle de patients souffrant de diabète, la rémunération est haussée dans le premier cas si les analyses de laboratoire permettant de connaître la sévérité de la maladie sont réalisées selon les standards médicaux reconnus. Dans le second cas, la rémunération est haussée si les patients maintiennent leurs résultats de laboratoire dans les paramètres cliniques acceptables.

Plusieurs pays ont mis en place des mécanismes de rémunération à la performance ou sur objectif (*Pay for Performance* au Royaume-Uni, Rémunération sur objectif de santé publique en France). Le cas de la France s'apparente bien à celui du Québec où les médecins de famille sont rémunérés à l'acte. Les premiers bilans de la Rémunération sur objectif de santé publique, mise en place en 2012, font état d'une meilleure prise en charge des patients, d'un meilleur suivi des pathologies chroniques et de prescriptions plus efficientes (Caisse nationale de l'assurance maladie, 2013). Les expériences internationales et la littérature scientifique nous enseignent que les modes de paiement mixte améliorent la qualité des soins, encouragent la collaboration interprofessionnelle et favorisent la prévention (Léger & Strumpf, 2010).

- ☞ Question au Ministre : Quelles modalités le Ministre souhaite-t-il mettre en place pour favoriser une pratique médicale basée sur les données probantes?

Financement des organisations de soins de santé primaires

Actuellement au Québec, les organisations de soins de santé primaires (les cliniques médicales) s'autofinancent à même les prestations que reçoivent les médecins de la RAMQ pour les actes pratiqués. Selon les tarifs de la rémunération à l'acte, un certain pourcentage sert à soutenir l'infrastructure de la clinique. Moins les médecins investissent dans l'infrastructure, plus ils protègent leur revenu personnel. Ce mode de financement des cliniques médicales entraine donc un désincitatif à l'embauche d'autres professionnels de santé. Comme dans le cas des établissements de santé, il est important de s'assurer que le financement de l'infrastructure et du fonctionnement de la clinique soient indépendants de la rémunération des médecins. Ce changement a été timidement amorcé avec la mise en place des GMF. Ainsi le montant de la subvention accordée au GMF n'est pas associé aux actes facturés par les médecins qui y exercent. Il est important d'imaginer un système de financement global qui prenne en compte l'ensemble des ressources utiles à l'efficacité et l'efficience des soins de santé primaires.

- ☞ Question au Ministre : L'imposition de quotas et les effets pervers qui leur sont associés ne risquent-ils pas d'augmenter les dysfonctions du financement des organisations de santé primaires au Québec?

L'importance de tenir compte du contexte

Le Québec est un vaste territoire qui comporte de grands centres urbains et de vastes régions rurales. Les besoins en services de santé varient selon les régions. L'offre de services de santé et la pratique médicale sont très différentes d'un territoire à l'autre (Borgès Da Silva & Pineault, 2012; Borgès Da Silva et al., 2014). L'application de politiques uniformes à toute la province risque de créer des inégalités et des iniquités en termes d'offre de soins.

- ☞ Question au Ministre : Comment la mise en place de quotas va-t-elle répondre aux inégalités d'accès sur le territoire Québécois?

Efficience de l'organisation des soins de santé primaires

Les ressources financières et humaines, en particulier les médecins et les infirmières, étant limitées, il est important de trouver des modes d'organisation novateurs qui permettent de valoriser l'apport spécifique de l'expertise de chacun. Ainsi, dans la foulée du constat précédent, l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires doit aussi être conçu en fonction d'une logique d'économie de ressources. Comme le médecin possède une expertise élevée et que la

rémunération de ses services est très élevée, il est important de concevoir un système d'organisation prenant en compte ces faits.

À ce propos, il est aussi utile de souligner qu'il faut être prudent lorsque l'on fait des comparaisons entre le Québec et d'autres systèmes de santé quant au volume de patients pris en charge. Il est important de retenir qu'il existe une différence entre une moyenne de patients pris en charge par un médecin et un quota de patients vus par un médecin. Diviser un nombre de patients par un nombre de médecins – une moyenne – ne signifie pas nécessairement que ces médecins voient tous ces patients. Le quota, au contraire, vise à ce que chacun des patients calculés dans le quota ait vu un médecin. Des modèles, comme Kaiser Permanente ou la clinique Mayo, qui présentent des statistiques de moyennes élevées de patients par médecin, ne visent pas à une accessibilité élevée au niveau du médecin. Ces modèles visent plutôt à minimiser le nombre de visites où les patients voient systématiquement un médecin – la ressource la plus coûteuse – pour substituer par d'autres ressources telles les infirmières cliniciennes ou les adjoints du médecin (*physician assistants*). Leur modèle clinique repose sur des équipes composées de plusieurs catégories de professionnels, qui peuvent se substituer à un médecin.

- ☞ Questions au Ministre : Un mécanisme de quotas de patients ne risque-t-il pas d'augmenter sérieusement les coûts du système de santé québécois? Pourquoi le ministre se limite-t-il à vouloir modifier un seul élément – la tâche du médecin – alors que l'organisation des soins de santé primaires compte une gamme beaucoup plus large de ressources? En d'autres termes, est-il nécessaire que tous les patients voient un médecin, même si leurs besoins pourraient être traités par un autre professionnel? En somme, compte tenu de la hausse récente de la rémunération consentie aux médecins, les quotas ne vont-ils pas être un facteur très inflationniste des dépenses gouvernementales?

Conclusion

En tant que chercheurs dans le domaine de l'organisation des services de santé, nous sommes à l'affut des solutions qui répondent aux besoins de la population du Québec. Les données probantes disponibles indiquent que l'imposition d'un seuil minimum de patients aux omnipraticiens n'est pas la meilleure façon d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires et risque d'entraîner une augmentation des coûts. Nous espérons que la réflexion que nous proposons dans ce mémoire et qui est fondée sur les données probantes issues de la recherche de pointe dans le domaine, saura éclairer les décisions politiques dans le but d'améliorer les soins de santé primaires au Québec.

Références

Barrett, J. 2007. *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité* : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Bertakis, K. D., & Azari, R. 2010. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 85 : 46-52.

Bertakis, K. D., & Azari, R. 2011. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3) : 229-239.

Bodenheimer, T., & Pham, H. H. 2010. Primary care: Current problems and proposed solutions. *Health Affairs*, 29(5) : 799-805.

Bodenheimer, T. S., & Smith, M. D. 2013. Primary care: Proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Affairs*, 32(11) : 1881-1886.

Borgès Da Silva, R., & Pineault, R. 2012. Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 17(3) : 92-98.

Borgès Da Silva, R., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R., & Tousignant, P. 2014. Effects of practice setting on GPs' provision of care. *Canadian Family Physician*, 60(10) : e485-e492.

Borgès Da Silva, R., Fiset-Laniel, J., Hazra, A., & Strumpf, E. 2015. Analyse d'une politique de santé visant l'amélioration de l'accès à un médecin de famille-es guichets d'accès pour la clientèle orpheline au Québec : CIRANO.

Caisse nationale de l'assurance maladie. Rémunération sur objectifs de sante publique une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur de la qualité des soins. Dossier de presse, 11 avril 2013. Page web consultée le 18 mars 2015 http://94.citoyens.com/files/2013/05/Bilan-ROSP-2012.pdf

Couture, A., Pineault, R., Prud'homme, A., Provost, S., Borgès Da Silva, R., Levesque, J. F., & Tousignant, P. 2012. Rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de la Montérégie : 1-92. Montréal, (QC).

Demange, G., & Geoffard, P. Y. 2006. Reforming incentive schemes under political constraints: The physician agency. *Annales d'économie et de statistique* : 221-250.

Donabedian, A. 1973. *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge (Mass.) : Harvard University Press.

Fields, D., Leshen, E., & Patel, K. 2010. Driving quality gains and cost savings through adoption of medical homes. *Health Affairs*, 29(5) : 819-826.

Frenk, J. 1992. The concept and measurement of accessibility. In K. L. White, J. Frenk, C. Ordonez, J. M. Paganini, & B. Starfield (Eds.), *Health Services Research : An Anthology*, PAHO Scientific Publication No 534 ed. : 842-855. Washington : Pan American Health Organization.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M., & Pedersen, L. 2001. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(1) : 44-55.

Hurley, J. E. 2010. *Health Economics* (First Edition ed.): McGraw-Hill Ryerson.

Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. 2011. Primary health care in Canada: Systems in motion. *Milbank Quarterly*, 89(2) : 256-288.

Jack, W. 2005. Purchasing health care services from providers with unknown altruism. *Journal of health economics*, 24(1) : 73-93.

Kates, N., Hutchison, B., O'Brien, P., Fraser, B., Wheeler, S., & Chapman, C. 2011. Framework for advancing improvement in primary care. *HealthcarePapers*, 12(2) : 8-21.

Kilo, C. M., & Wasson, J. H. 2010. Practice redesign and the patient-centered medical home: history, promises, and challenges. *Health Affairs*, 29(5) : 773-778.

Kralj, B., & Kantarevic, J. 2013. Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique, 46(1) : 208-238.

Léger, P. T. 2011. Modes de rémunération des médecins : Un aperçu des possibilités d'action au Canada : 1-15. Ottawa (Ontario).

Léger, P. T., & Strumpf, E. 2010. *Système de paiement des médecins : bref de politique* : CIRANO.

Levesque, J. F., Beaulne, G., Feldman, D., Hamel, M., Jalhay, J. M., Ouellet, D., Pineault, R., Thivierge, C., & Tousignant, P. 2003. L'organisation des services de première ligne, l'accès aux services, les attributs de l'expérience de soins et la santé : Concepts, mesure et effets. Montréal, Québec.

Ma, C.-t. A. 1994. Health care payment systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics & Management Strategy*, 3(1) : 93-112.

Ma, C.-t. A., & McGuire, T. G. 1997. Optimal health insurance and provider payment. *The American Economic Review* : 685-704.

Margolius, D., & Bodenheimer, T. 2010. Transforming primary care: From past practice to the practice of the future. *Health Affairs*, 29(5) : 779-784.

Massin, S., Paraponaris, A., Bernhard, M., Verger, P., Cavillon, M., Mikol, F., & Ventelou, B. 2014. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers.

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (under review). Cost-effectiveness of NPs in outpatient care: systematic review. British Medical Journal-Open.

McGuire, T. G., & Pauly, M. V. 1991. Physician response to fee changes with multiple payers. *Journal of health economics*, 10(4) : 385-410.

McGuire, T. G. 2000. Physician agency. Handbook of health economics, 1: 461-536.

NHS. Transforming Primary care, Safe, proactive, personalised care for those who need it most. Department of Health, 2014.

Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson SV, Solberg LI, DiCiccio-Bloom B, O'Malley D, et al. Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. Annals of Family Medicine. 2008; 6(1) : 14-22.

Pineault, R., Couture, A., Prud'homme, A., Provost, S., Borgès Da Silva, R., Levesque, J. F., & Tousignant, P. 2012. Faits saillants du rapport descriptif de l'enquête organisationnelle pour la région de Montréal : 1-4. Montréal, Québec.

Pineault, R., & Daveluy, C. 1995. *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Québec : Éditions Nouvelles.

Rosser, W. W., Colwill, J. M., Kasperski, J., & Wilson, L. 2011. Progress of Ontario's family health team model: a patient-centered medical home. *The Annals of Family Medicine*, 9(2) : 165-171.

Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. The Annals of Family Medicine. 2009; 7(4) : 309-18.

Sharma, R. L. 1998. Health-Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives—Comment. Journal of Economics & Management Strategy, 7(1) : 127-137

Sondage national des médecins. 2013. Ottawa, Ontario : Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal)

Tousignant, P., Diop, M., Fournier, M., Roy, Y., Haggerty, J., Hogg, W., & Beaulieu, M.-D. 2014. Validation of 2 new measures of continuity of care based on year-to-year follow-up with known providers of health care. *The Annals of Family Medicine*, 12(6) : 559-567.

Wedig, G. J. 1993. Ramsey pricing and supply-side incentives in physician markets. *Journal of health economics*, 12(4) : 365-384.

Wranik, D., & Durier-Copp, M. 2011. Framework for the design of physician remuneration methods in primary health care. *Social work in public health*, 26(3) : 231-259.

Yaesoubi, R., & Roberts, S. D. 2011. Payment contracts in a preventive health care system: A perspective from Operations Management. *Journal of health economics*, 30(6) : 1188-1196.