

Modes de rémunération alternatifs

Une voie à suivre

Goldis Mitra MD CCFP Agnes Grudniewicz PhD M. Ruth Lavergne PhD Renee Fernandez MD CCFP Ian Scott MSc MD CCFP FRCPC

Ironiquement, au moment même où des données définitives confirment les contributions essentielles des soins primaires aux soins de santé... des médecins exerçant les soins primaires sont démoralisés, prennent une retraite précoce et conseillent à d'autres de ne pas choisir cette discipline.

Allan H. Goroll et coll.¹

La plupart des médecins de famille (MF) diraient que la situation n'a pas beaucoup changé au cours des 15 années écoulées depuis la publication de cette déclaration dans un article de revue revendiquant des réformes à la rémunération en soins primaires¹. Au Canada, le ratio de MF par habitant n'a jamais été aussi élevé et, pourtant, les Canadiens continuent d'éprouver des difficultés à accéder à des soins primaires complets²⁻⁴. Les nouveaux MF choisissent de travailler dans des hôpitaux ou des pratiques ciblées plutôt que d'exercer la médecine familiale complète et globale, ce que nous définissons comme étant des soins primaires longitudinaux à une population définie de patients durant tout le cycle de vie et qui répondent à un éventail de présentations cliniques⁵. Bon nombre de ces nouveaux MF ne s'aventurent jamais en médecine familiale complète, et ceux qui le font quittent souvent cette pratique, invoquant fréquemment les problèmes de longue date liés à la rémunération à l'acte (RA)⁶. Plus récemment, la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 a exposé des problèmes additionnels associés au mode de RA⁷.

De plus en plus de données probantes font valoir que l'accessibilité à divers modes de rémunération influence les décisions des MF nouvellement diplômés quant à leur pratique future⁸. La réforme du mode de rémunération à elle seule ne suffira pas à revigorer la médecine familiale complète qui nécessite d'autres piliers, comme un leadership engagé, des incitatifs à l'innovation et l'amélioration continue de la qualité⁹. Par ailleurs, il s'agit d'une partie de la solution qui peut renforcer les soins en équipe et aider à atténuer les éléments dissuasifs, comme les tâches administratives et la paperasserie grandissantes¹⁰. Les gouvernements et les associations médicales provinciales et territoriales seraient avisés d'adapter en conséquence leurs systèmes de rémunération.

Nous discutons ici de la menace posée aux soins primaires longitudinaux par la dépendance continue à l'égard des modèles de RA, de même que des réformes de la rémunération nécessaires au maintien et à l'expansion de la médecine familiale complète et globale.

Contextualisation du problème de la rémunération

Depuis plus de 50 ans, les MF canadiens sont principalement rémunérés à l'acte, un mode selon lequel ils sont payés un montant prédéterminé pour chaque service rendu à un patient. La rémunération à l'acte a perdu de sa popularité comme forme privilégiée de paiement, particulièrement chez ceux qui commencent leur carrière⁸. Au nombre des raisons figurent des préoccupations entourant la qualité des soins prodigués aux patients en vertu de ce modèle, les répercussions négatives « d'un problème par visite », les limites de temps inhérentes à la RA et les difficultés de servir les patients marginalisés ou moins favorisés^{8,11}. S'il existe des exemples de modèles de soins primaires en équipes interdisciplinaires financés par la RA, ils ont tendance à être l'exception plutôt que la règle¹².

La pandémie de la maladie à coronavirus 2019 a mis en évidence d'autres problèmes du mode de RA, comme l'instabilité du revenu et la nécessité de changements dans la pratique qui progressent souvent plus rapidement que les cycles du barème des honoraires^{7,13}. C'est pourquoi le Collège des médecins de famille du Canada a renouvelé sa revendication d'instaurer d'autres modes de rémunération¹⁴.

Ensemble, ces problèmes ont suscité un intérêt renouvelé des médecins pour des solutions de rechange à la RA, comme la rémunération par salaire ou par capitation et des modèles mixtes, collectivement appelés *modes de rémunération alternatifs (MRA)*. Des modes de rémunération alternatifs ont été mis en œuvre de manière fragmentée dans diverses provinces canadiennes¹⁰. Les modes de rémunération par capitation paient aux médecins un montant fixe par patient pour la prestation d'un « panier » de services en soins primaires, accompagné de rajustements en fonction de facteurs comme l'âge et la complexité du patient. Des modèles efficaces par capitation, rajustés en fonction du risque, ont été mis à l'essai en Colombie-Britannique (C.-B.)¹⁵ et sont largement utilisés dans le monde depuis des décennies¹⁶. Les modes de rémunération mixtes combinent souvent des éléments de la capitation et de la RA.

La réforme de la rémunération est un élément essentiel à la réussite de la transition vers le modèle de soins du Centre de médecine de famille¹⁷⁻¹⁹. L'adoption de MRA permet d'accroître la capacité de financer et de soutenir des soins en équipe, parce que le financement est versé indépendamment de l'interaction directe médecin-patient. Les équipes peuvent être financées directement dans

une clinique gérée par une autorité sanitaire ou une organisation sans but lucratif régie par la communauté. Autrement, elles peuvent être financées dans des cliniques appartenant à des médecins grâce à une flexibilité accrue dans la délégation des soins aux patients à des infirmières, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé. Les modes de rémunération alternatifs donnent aussi la flexibilité voulue pour que les MF passent plus de temps avec les patients, au besoin, pour répondre à des besoins de plus en plus complexes sur le plan social et de la santé.

Au Canada, l'implantation des MRA et d'innovations dans les soins en équipe, quoique limitée, a déjà contribué au recrutement et à la rétention de MF dans les soins longitudinaux⁸. Les médecins rémunérés par salaire et par capitation signalent des degrés de satisfaction plus élevés que ceux qui travaillent dans des milieux où la rémunération est à l'acte^{20,21}. Les soins aux patients dispensés par un centre de médecine de famille financé par des MRA sont aussi associés à une plus grande probabilité de dépistage préventif du diabète et du cancer¹¹.

Des recherches antérieures font valoir que les modes de rémunération sont des éléments importants pour guider la prise de décisions MF en début de carrière quant à leur pratique future, la plupart préférant de beaucoup les MRA⁶. En dépit de l'apparition de MRA dans certaines autorités compétentes au Canada, la RA demeure le mode de rémunération prédominant. En Ontario, il existe plusieurs modes de rémunération différents, y compris par salaire et par capitation, ce qui s'est traduit par les taux de MF payés par RA les plus bas. Malheureusement, l'accessibilité à ces modes de rémunération a été entravée par la province au cours des dernières années²². À l'autre extrémité du spectre, la C.-B. n'a que des choix limités de rechange à la RA et connaît jusqu'à présent les taux les plus bas de réformes des soins primaires²³⁻²⁵.

De récents mouvements vers une réforme de la rémunération dans quelques provinces ont alimenté les conversations entourant les régimes de rémunération optimaux. Par exemple, en C.-B., on a récemment élaboré de nouveaux contrats avec les MF²⁶; en Ontario, on examine des options de financement transorganisationnel pour les équipes Santé Ontario récemment mises sur pied²⁷; et en Nouvelle-Écosse, on travaille à élaborer un mode de rémunération par capitation mixte²⁸.

Comprendre les solutions possibles

Les résultats préliminaires de notre étude pancanadienne auprès de MF en début de carrière en C.-B., en Ontario et en Nouvelle-Écosse²⁹ nous aident à mieux comprendre cet enjeu. Nos recherches, dont nous rendrons compte dans une publication future, pointent vers une préférence pour des solutions de rechange à la RA et font valoir qu'un manque de modes alternatifs fait en sorte que les soins primaires complets et longitudinaux sont loin dans les préférences en matière de genre de pratique³⁰.

Notre équipe a mené des entrevues semiestructurées en profondeur dans 3 provinces avec 63 MF, tous dans leurs premières 10 années de pratique. Les participants ont été recrutés pour explorer une gamme de caractéristiques personnelles et de milieux de pratique. Parmi nos participants, 41 % pratiquaient exclusivement la médecine familiale complète, tandis que les autres consacraient des parts ou l'entièreté de leur temps à un domaine ciblé. Les milieux de pratique de 51 % des participants étaient urbains ou de banlieue.

Nos données indiquent que l'accessibilité à divers modes de rémunération est un facteur important qui influence les choix de pratique des médecins en début de carrière. Dans les régions du pays où la RA était la seule option de rémunération, certains MF étaient dissuadés de pratiquer la médecine familiale complète. Dans ces milieux, plusieurs optaient pour des remplacements en série ou des domaines de pratique ciblée, en dépit de leur désir de dispenser des soins primaires longitudinaux. Un médecin de la C.-B. nous a dit : « Nous voulons mettre sur pied des cliniques; nous voulons nous occuper d'une population définie; nous voulons en assurer le suivi. C'est pourquoi nous sommes allés à la faculté de médecine et nous avons fait notre résidence. Pourtant, plusieurs d'entre nous ne le faisons pas, parce que le système en C.-B. n'est pas structuré pour cela. » Les participants ont exprimé de sérieuses préoccupations relatives à l'épuisement professionnel et considéraient une carrière en milieu hospitalier ou dans un domaine de pratique ciblée comme une façon de se protéger contre les demandes insoutenables de la médecine familiale complète rémunérée à l'acte.

Pour les MF en début de carrière interviewés, ce n'était pas simplement leur aversion du mode de RA qui influençait leur prise de décisions. C'était plutôt que la RA entravait leur capacité de fournir des soins médicaux de grande qualité et conformes à leurs valeurs. Un médecin de l'Ontario nous a confié ce qui suit : « Je ne travaillerai jamais dans une clinique rémunérée à l'acte, parce que mon approche à l'égard de l'exercice de la médecine et ce sur quoi je veux me concentrer ne concordent pas avec les valeurs nécessaires pour réussir financièrement dans ces modèles. » Les participants payés par RA ont fait remarquer que ce mode les obligeait à voir de grandes quantités de patients sans avoir suffisamment de temps avec chacun pour répondre à leurs besoins de plus en plus complexes.

Enfin, de nombreux participants croyaient que la RA offrait peu de possibilités d'établir des équipes interprofessionnelles de soins primaires. Même si plusieurs d'entre eux avaient suivi leur formation en résidence dans des cliniques en équipes interprofessionnelles financées par des MRA, ils se sont dits déçus que de tels modèles de soins ne leur aient plus été accessibles quand ils ont commencé à exercer.

La voie à suivre

Nous continuons à décerner des diplômes à un grand nombre de MF, mais nous ne réglerons pas le problème des pratiques chancelantes de la médecine familiale complète sans instaurer plus d'options de rechange à la RA. Même lorsque les résidents en médecine familiale sont formés au sein d'équipes interprofessionnelles et rémunérés en vertu de MRA, au moment de recevoir leur diplôme, ils ont peu de choix de pratiquer dans des modèles semblables. En Ontario, où il s'est produit le plus grand nombre de réformes de la rémunération jusqu'à présent, les diplômés intéressés à exercer la médecine familiale complète n'ont pas d'autres choix que d'acquiescer à grand prix la pratique d'un médecin qui prend sa retraite ou de mettre sur pied une clinique financée par des MRA. Ils choisissent plutôt d'autres formes de pratique qui sont bien soutenues par des équipes interprofessionnelles, n'exigent pas qu'ils soient propriétaires de l'entreprise et sont rémunérées de manière plus prévisible.

Il y a eu récemment des changements positifs aux modes de rémunération qui modifieront le paysage. La Nova Scotia Master Agreement de 2019 comprend un engagement à élaborer un mode de financement mixte par capitation, qui s'ajoutera aux options existantes de RA et de MRA²⁸. En C.-B., la convention collective des médecins de 2019 prévoit un processus pour consulter ces derniers concernant l'élaboration de MRA³¹.

Les gouvernements provinciaux et les associations médicales provinciales et territoriales au Canada doivent adapter minutieusement la façon dont ils financent les soins primaires. Il existe des modèles canadiens de MRA viables et attrayants, qui n'augmentent pas considérablement les coûts des soins primaires par patient en comparaison de la RA. La C.-B. mène un projet expérimental continu concernant un tel modèle par capitation, rajusté en fonction de l'âge et de la complexité médicale des patients, et prévoyant une indexation des paiements par patient en fonction des coûts de facturation à l'acte pour des patients ayant un profil de santé semblable¹⁵. De plus, il existe au pays des contrats avec des médecins et d'autres options à salaire qui permettent la prévisibilité du revenu annuel des MF et imposent moins de fardeaux administratifs.

Alors que se poursuivent ces importantes conversations, il faut élaborer, élargir et offrir abondamment des MRA dont les résultats aux niveaux des patients, des médecins et du système sont étudiés rigoureusement. Ce faisant, nous pouvons assurer la prestation de soins en équipe de grande qualité et accessibles, tout en soutenant les MF qui pratiquent la médecine familiale complète. Sans MRA qui reconnaissent et valorisent le rôle fondamental que jouent les MF dans notre système, nous risquons d'effriter encore plus la pratique complète et globale.

La D^{re} Goldis Mitra est professeure adjointe de clinique au Département de pratique familiale de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. M^{me} Agnes Grudniewicz est professeure adjointe à l'École de gestion Telfer de l'Université d'Ottawa (Ontario). M^{me} M. Ruth Lavergne est professeure agrégée au Département de médecine familiale

de l'Université Dalhousie à Halifax (N.-É.). La D^{re} Renée Fernandez est professeure adjointe de clinique au Département de pratique familiale de l'Université de la Colombie-Britannique. Le D^r Ian Scott est professeur agrégé au Département de pratique familiale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Remerciements

Nous remercions l'équipe de l'Étude sur les soins primaires en début de carrière, nos médecins participants d'avoir accordé de leur temps pour partager leurs expériences, et M^{me} Lori Jones pour son aide dans l'analyse des données. Cette étude de recherche a été financée par une subvention de projet versée par les Instituts de recherche en santé du Canada. M^{me} M. Ruth Lavergne est financée par un prix d'érudition de la Michael Smith Foundation for Health Research.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Goldis Mitra; courriel goldis.mitra@ubc.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Goroll AH, Berenson RA, Schoenbaum SC, Gardner LB. Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care. *J Gen Intern Med* 2007;22(3):410-5.
2. Supply, distribution and migration of physicians in Canada. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2019. Accessible à : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC34>. Réf. du 29 sept. 2021.
3. O'Kane J. Physician, retire thyself. Not an easy task. *The Globe and Mail* du 28 janv. 2015. Accessible à : <https://www.theglobeandmail.com/globe-investor/retirement/retire-planning/physician-retire-thyself-not-an-easy-task/article22653834/>. Réf. du 23 sept. 2021.
4. Walsh M, Pearson H. Nova Scotia doctor calls family doctor shortage a 'crisis'. *Global News* du 24 févr. 2017. Accessible à : <http://globalnews.ca/news/3270444/novas Scotia-doctor-calls-family-doctor-shortage-a-crisis/>. Réf. du 23 sept. 2021.
5. Oandasan IF, Archibald D, Authier L, Lawrence K, McEwen LA, Mackay MP et coll. Future practice of comprehensive care. Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada. *Can Fam Physician* 2018;64:520-8.
6. Bric V, McGregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Can Fam Physician* 2012;58:e275-81. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/cfp/58/5/e275.full.pdf>. Réf. du 23 sept. 2021.
7. Glauser W. Pandemic amplifies calls for alternative payment models. *CMAJ* 2020;192(23):E638-9.
8. *Mythbusters. Myth: most physicians prefer fee-for-service payment*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2010. Accessible à : <https://www.hhr-rhs.ca/fr/outils/bibliotheque-english-french/myth-most-physicians-prefer-fee-for-service-payments-mythe-la-plupart-des-medecins-preferent-etre-remunerer-a-l-acte.html>. Réf. du 23 sept. 2021.
9. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med* 2014;12(2):166-71.
10. Bazemore A, Phillips RL Jr, Glazier R, Tepper J. Advancing primary care through alternative payment models: lessons from the United States & Canada. *J Am Board Fam Med* 2018;31(3):322-7.
11. Kiran T, Kopp A, Glazier RH. Those left behind from voluntary medical home reforms in Ontario, Canada. *Ann Fam Med* 2016;14(6):517-25.
12. Wranik WD, Haydt SM, Katz A, Levy AR, Korchagina M, Edwards JM et coll. Funding and remuneration of interdisciplinary primary care teams in Canada: a conceptual framework and application. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):351.
13. Dickson J. Physicians facing financial difficulty, struggle to keep practices running. *The Globe and Mail* du 20 avr. 2020. Accessible à : <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-physicians-facing-financial-difficulty-struggle-to-keep-practices-running/>. Réf. du 23 sept. 2021.
14. *The need for alternative payment models in a post-COVID-19 health system* [communiqué du 5 mai 2020]. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Accessible à : <https://www.cfpc.ca/en/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2020/the-need-for-alternative-payment-models-in-a-post>. Réf. du 23 sept. 2021.
15. Primary Care Demonstration Project. *Final report to the Health Transition Fund, Health Canada*. Victoria, CB: British Columbia Ministry of Health; 2001.
16. Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *Milbank Q* 2001;79(1):81-113; 2 p preceding VI.
17. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Stewart E, Jaén C. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: lessons from the national demonstration project. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(3):439-5.
18. Phillips RL Jr, Pugno PA, Saultz JW, Tuggy ML, Borkan JM, Hoekzema GS et coll. Health is primary: family medicine for America's health. *Ann Fam Med* 2014;(Suppl 1):S1-12.
19. *A new vision for Canada. Family practice—the Patient's Medical Home 2019*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Accessible à : https://patients-medicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_ENG_WEB_2.pdf. Réf. du 23 sept. 2021.
20. Green ME, Hogg W, Gray D, Manuel D, Koller M, Maaten S et coll. Financial and work satisfaction: impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario. *Health Policy* 2009;5(2):e161-76.

21. Malhotra J, Wong E, Thind A. Canadian family physician job satisfaction—is it changing in an evolving practice environment? An analysis of the 2013 National Physician Survey database. *BMC Fam Pract* 2018;19(1):100.
22. Grant K. Ontario's curious shift away from family health teams. *The Globe and Mail* du 15 févr. 2015. Accessible à : <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/ontarios-curious-shift-away-from-family-health-teams/article22989363/>. Réf. du 23 sept. 2021.
23. Peckham A, Ho J, Marchildon G. *Policy innovations in primary care across Canada. Rapid review (No. 1)*. Toronto, ON: North American Observatory on Health Systems and Policies; 2018. Accessible à : https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/NAO-Rapid-Review-1_EN.pdf. Réf. du 23 sept. 2021.
24. Lange TC, Carpenter T, Zwicker J. Primary care physician compensation reform: a path for implementation. *SPPP* 2020;13(4). Accessible à : <https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2020/04/Physician-Compensation-Lange-Carpenter-Zwicker.pdf>. Réf. du 23 sept. 2021.
25. *Transforming primary care in B.C.* [communiqué du 15 sept. 2020]. Vancouver, CB: British Columbia Ministry of Health; 2020. Accessible à : <https://news.gov.bc.ca/releases/2020HLTH0280-001735>. Réf. du 23 sept. 2021.
26. *New contract options. Introduction*. Vancouver, BC: Doctors of BC. Accessible à : <https://www.doctorsofbc.ca/managing-your-practice/compensation/contract-of-ferings>. Réf. du 6 oct. 2021.
27. *Ontario health teams: guidance for health care providers and organizations*. Toronto, ON: gouvernement de l'Ontario; 2019. Accessible à : https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_en.pdf. Réf. du 7 oct. 2021.
28. *Blended capitation funding model*. Dartmouth, NÉ: Doctors Nova Scotia. Accessible à : <https://doctorsns.com/contract-and-support/master-agreement/programs-funding/blended-cap>. Réf. du 6 oct. 2021.
29. Lavergne MR, Goldsmith LJ, Grudniewicz A, Rudoler D, Marshall EG, Ahuja M et coll. Practice patterns among early-career primary care (ECPC) physicians and workforce planning implications: protocol for a mixed methods study. *BMJ Open* 2019;9(9):e030477.
30. Kabir M, Randall E, Mitra G, Lavergne MR, Scott I, Snadden D et coll. Factors influencing focused practice: a qualitative study of resident and early-career family physician practice choices. *medRxiv* du 27 juin 2021. Accessible à : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.24.21259486v1.full>. Réf. du 23 sept. 2021.
31. *2019 Physician master agreement tentative settlement*. Vancouver, BC: Doctors of BC; 2019. Accessible à : https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/pma_overview.pdf. Réf. du 23 sept. 2021.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2021;67:812-5. DOI: 10.46747/cfp.6711812
This article is also in English on **page 805**.