



LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Michael Holden
Odette Madore
Division de l'économie

Le 18 mars 2002

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE	2
A. Les avantages de la rémunération à l'acte	3
B. Les inconvénients de la rémunération à l'acte	4
LE SALARIAT	6
A. Les avantages du salariat.....	7
B. Les inconvénients du salariat	8
LA CAPITATION	8
A. Les avantages de la capitation.....	9
B. Les inconvénients de la capitation	11
LA RÉMUNÉRATION MIXTE.....	13
LES AUTRES MODES POSSIBLES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS AU CANADA.....	15
A. Le point de vue des médecins	17
B. Le point de vue des patients	17
C. La politique publique en matière de soins de santé.....	19
CONCLUSION.....	20
BIBLIOGRAPHIE.....	21



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Même s'il n'y a pas un unique moyen idéal de rémunérer les médecins qui soit applicable à toutes les situations, on a trop peu recours à d'autres méthodes que la rémunération à l'acte au Canada. La rémunération à l'acte devrait être remplacée chaque fois que cette méthode correspond mal à la nature ou à l'objectif des services offerts.⁽¹⁾

INTRODUCTION

Les soins de premier recours sont habituellement le premier point de contact avec le système de soins de santé. Au Canada, ils gravitent principalement autour des médecins de famille et des généralistes, qui travaillent seuls ou en petits groupes. Environ le tiers des médecins de premier recours travaillent seuls. Environ 45 p. 100 travaillent en groupe, dans des cabinets qui comptent en moyenne cinq médecins. La très grande majorité des cabinets de groupe où sont dispensés les soins de premiers recours appartiennent aux médecins et sont gérés par eux⁽²⁾.

La rémunération à l'acte demeure le mode de paiement dominant pour les médecins de premier recours au Canada. En effet, 89 p. 100 des médecins de famille reçoivent cette forme de rémunération, qui constitue en moyenne 88 p. 100 de leur revenu total. Environ le cinquième des médecins de famille touchent au moins une partie – 56 p. 100 en moyenne – de leur revenu total sous forme de salaire. Moins de 2 p. 100 des médecins de famille sont rémunérés en fonction du nombre de personnes dont ils sont responsables (c.-à-d. par capitation), et cette forme de rémunération représente 72 p. 100 de leur revenu total⁽³⁾.

(1) M. Barer et G. Stoddart, *Towards Integrated Medical Resource Policies for Canada: Background Document*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, Ontario, 1991, p. 1-10 (traduction).

(2) Collège des médecins de famille du Canada, *Sondage national du CMFC sur les effectifs médicaux en médecine familiale – Rapport sommaire*, Toronto, octobre 1998 (document affiché sur le site Internet du CMFC à <http://www.cfpc.ca/>).

(3) *Ibid.*

La structure de base de l'organisation, du financement et de la prestation des soins de premier recours au Canada – pratique privée, rémunération à l'acte, et pratique individuelle ou en petit groupe – est demeurée intacte malgré les demandes répétées de réforme aux niveaux national et provincial⁽⁴⁾. Il est largement reconnu que le mode de rémunération des médecins de premier recours constitue un domaine où il est possible de procéder à une réforme importante des soins de santé. On croit que, parce que ces médecins sont le premier point de contact pour les patients et la voie d'accès au reste du système de soins de santé, le fait de modifier leur mode de rémunération pourrait changer la façon d'utiliser l'ensemble du système.

Le présent document décrit et compare les divers modes de rémunération des médecins de premier recours. En gros, il existe trois grandes catégories de rémunération : la rémunération à l'acte, le salariat et la capitation. Une quatrième catégorie – la rémunération mixte, qui inclut des éléments des trois autres catégories – est également analysée. Chaque mode de rémunération est examiné en fonction de ses avantages et de ses inconvénients et de son application dans certains pays. Le document présente aussi brièvement les études qui ont été effectuées sur les possibilités de modifier le mode de rémunération des médecins de premier recours au Canada.

LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE

La rémunération à l'acte est le mode le plus courant de rémunération des médecins de premier recours au Canada. Dans un régime de rémunération à l'acte, les médecins facturent au régime d'assurance-santé de leur province, en fonction d'un barème préétabli, chaque service qu'ils fournissent aux patients. Le revenu annuel brut des médecins dépend donc de la quantité et du type de services de santé fournis, ainsi que du tarif préétabli⁽⁵⁾.

Toutefois, parce que la plupart des médecins de premier recours au Canada pratiquent dans des cabinets privés, seuls ou en groupe, ils doivent assumer les coûts liés à la

(4) Forum national sur la santé, *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier – Rapport final*, 1997; Commission de restructuration des services de santé (Duncan Sinclair, président), *Stratégie pour la réforme des soins primaires*, Ontario, décembre 1999; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, président), *Les solutions émergentes*, Québec, janvier 2001; Commission on Medicare (Kenneth Fyke, président), *Caring for Medicare: Sustaining A Quality System*, Saskatchewan, avril 2001; Premier's Advisory Council on Health (Don Mazankowski, président), *A Framework for Reform*, Alberta, décembre 2001.

(5) C. Skedgel, *Alternatives for Physician Payment*, Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Halifax, 1996, p. 1 (www.medicine.dal.ca/phru/reports.htm).

prestation de services de santé, y compris l'administration, les fournitures et le personnel. Ces coûts sont habituellement pris en considération dans le barème préétabli.

La rémunération à l'acte est un mode de paiement relativement simple et transparent. Elle est également assez facile à administrer et peut s'appliquer à un cabinet de tout type ou de toute taille. C'est en partie ce qui explique sa popularité internationale. Plusieurs pays – dont l'Australie, le Japon, l'Allemagne et la Belgique – offrent exclusivement des programmes de rémunération à l'acte, tandis que de nombreux autres – notamment les États-Unis et la Norvège – intègrent des aspects de la rémunération à l'acte dans leur structure de paiement⁽⁶⁾.

Aux États-Unis, par exemple, le régime fédéral Medicare – un régime public d'assurance-santé offert principalement aux personnes âgées – rémunère les médecins à l'acte. Dans certains États, Medicaid – un programme d'assurance-santé conjoint du gouvernement fédéral et des États offert aux personnes à très faible revenu – rémunère aussi les médecins à l'acte, tout comme le font plusieurs assureurs privés⁽⁷⁾.

A. Les avantages de la rémunération à l'acte

La liberté de choix des patients est souvent présentée comme l'un des principaux avantages d'un régime de rémunération à l'acte, qui contraste fortement avec le régime de capitation, dans lequel les patients doivent consulter le médecin ou le groupe de médecins de premier recours auprès duquel ils ont été inscrits. Dans un régime de rémunération à l'acte, les patients ont non seulement toute liberté de choisir leur médecin, mais aussi celle de changer de médecin ou de demander un deuxième avis s'ils le souhaitent. Les recherches indiquent que cette liberté aiguise le sens des responsabilités chez les médecins, parce que si les patients ne sont pas satisfaits de la qualité des services qu'ils reçoivent, les médecins peuvent perdre des clients et donc des revenus.

Dans le même ordre d'idées, certains experts croient que parce que les médecins rémunérés à l'acte sont payés en fonction de leur charge de travail, ils sont récompensés pour

(6) CESifo, « Primary Health Care: Basic Characteristics, 2000 », Database for Institutional Comparisons in Europe (DICE), Ifo Institute for Economic Research avec le Centre for Economic Studies, Munich, 2000, p. 1-6

(http://www.cesifo.de/pls/portal30/docs/FOLDER/IFO_PORTAL/DICE_DATABASE/DICE_HEALTH/DICE_HEALTH_HEALTH_SYSTEMS/T0801-PHC-BASIC-CHARACT.PDF).

(7) Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des canadiens – Volume Trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays*, Rapport intérimaire, janvier 2002, p. 45-46.

leur productivité⁽⁸⁾. Il importe de souligner que, dans ce contexte, la productivité désigne non pas le résultat pour le patient, la qualité des soins ou un autre indicateur fondé sur les résultats, mais simplement la quantité de services fournis par le médecin. Plus un médecin voit de patients, plus son revenu net est élevé. Pour cette raison, la rémunération à l'acte tend à être populaire chez les médecins de premier recours, parce qu'elle leur permet d'exercer un certain contrôle sur leur revenu net⁽⁹⁾.

Comme il a été mentionné plus tôt, dans la plupart des régimes de rémunération à l'acte, les médecins doivent assumer les coûts liés à la prestation de services de santé. Les médecins sont donc fortement incités à offrir ces services de la manière la plus efficace et la plus rentable possible⁽¹⁰⁾ : s'ils ne réussissent pas à réduire leurs coûts, leur rémunération nette est moins élevée.

B. Les inconvénients de la rémunération à l'acte

Même si la rémunération à l'acte est un mode courant de rémunération des médecins de premier recours, elle n'est pas sans inconvénients. Certains experts croient qu'elle n'oriente pas les médecins dans la bonne direction : elle les incite à offrir trop de services médicaux. Si les médecins facturent davantage de services au régime d'assurance-santé provincial, leur revenu est plus élevé, quels que soient les besoins du patient, les résultats obtenus ou le coût de la prestation des services. En outre, parce que la rémunération est une fonction du service fourni, les médecins n'ont aucun avantage financier à s'établir dans des régions où les besoins sont plus grands, s'ils peuvent travailler et gagner autant qu'ils le souhaitent en restant là où ils préfèrent exercer⁽¹¹⁾.

Les détracteurs de la rémunération à l'acte soutiennent que les médecins sont également incités à surcharger le système de soins de santé de traitements coûteux et parfois

(8) W. McArthur, « Paying the Doctor », *Fraser Forum*, Fraser Institute, Vancouver, juillet 1998, p. 2 (http://oldfraser.lexi.net/publications/forum/1998/july/health_care.html).

(9) L. Page, « Capitation at the crossroads: The trend back to fee for service », *American Medical News*, 5 mars 2001, p. 1-5 (www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_01/bisa0305.htm).

(10) J. Hurley, B. Hutchison, M. Giacomini, S. Birch, J. Dorland, R. Reid et G. Pizzoferrato, *Policy Considerations in Implementing Capitation for Integrated Health Systems*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 1999, p. 50.

(11) S. Birch, L. Goldsmith et M. Makela, *Paying the Piper and Calling the Tune: Principles and Prospects for Reforming Physician Payment in Canada*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, 1994, p. 3.

inutiles, parce que ces traitements tendent à payer davantage⁽¹²⁾. À leur avis, la rémunération à l'acte a conduit à une dépendance injustifiée envers les ordonnances, les tests de diagnostic et les renvois à des spécialistes, alors que des services médicaux moins coûteux ou non facturables comme des consultations avec le patient suffiraient⁽¹³⁾.

Parce que le nombre de patients vus par un médecin de premier recours et le genre de services nécessaires peuvent varier, les dépenses totales au titre de la rémunération à l'acte des médecins sont essentiellement imprévisibles. Par conséquent, en l'absence d'un contrôle budgétaire explicite de ces dépenses, les administrateurs du régime public d'assurance-santé sont incapables de contenir avec certitude les dépenses globales de soins médicaux⁽¹⁴⁾.

D'ailleurs, les mesures prises jusqu'ici pour contenir les dépenses de soins de santé en contrôlant les barèmes de rémunération, en limitant le nombre de médecins qui peuvent facturer leurs consultations au régime public d'assurance-santé ou en plafonnant la rémunération annuelle totale des médecins, se sont révélées difficiles à administrer et ont échoué dans la plupart des cas⁽¹⁵⁾. Par exemple, des tentatives ontariennes de contrôler les barèmes de rémunération ont coïncidé avec une hausse rapide du nombre de services offerts par chacun des médecins. Il se pourrait que les médecins aient accru le volume de la facturation afin de combler leurs attentes en matière de revenu malgré le gel des barèmes.

On reproche aussi à la rémunération à l'acte de concentrer les efforts des médecins sur la recherche de remèdes à court terme à des troubles de santé particuliers, plutôt que sur la promotion de la santé à long terme des patients. Les analystes soutiennent que ce mode de rémunération fondé sur le volume favorise les consultations courtes et fréquentes et, en un sens, pénalise les médecins qui voudraient répondre aux besoins des patients en matière de santé, puisque les consultations prolongées ou peu fréquentes ne sont pas avantageuses pour ce qui est de leur revenu⁽¹⁶⁾. Par conséquent, la rémunération à l'acte n'encourage pas les médecins à consacrer du temps à leurs patients pour chercher les causes possibles de leurs problèmes de santé ou pour établir des stratégies à long terme de prévention de la maladie ou de promotion de

(12) P. Armstrong et H. Armstrong, *Primary Health Care Reform: A Discussion Paper*, préparé pour la Coalition canadienne de la santé, janvier 2001, p. 6.

(13) *Ibid.*, p. 6. Aussi, Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 1999 – Pour un réel changement*, Genève, 1999, p. 36 (www.who.int/whr/2001/archives/index.htm).

(14) OMC (1999), p. 36. Aussi, Skedgel (1996), p. 1.

(15) Hurley *et al.* (1999), p. 50, et Skedgel (1996), p. 1.

(16) Skedgel (1996), p. 1.

la santé⁽¹⁷⁾. Pour ces raisons, un grand nombre de commissions et de groupes de travail provinciaux au Canada ont jugé que la rémunération à l'acte est incompatible avec le fait de promouvoir l'utilisation la plus productive possible du temps et des compétences des médecins de premier recours.

D'après certains analystes, la rémunération à l'acte favorise l'utilisation non efficiente des ressources médicales dans la prestation des soins de premier recours. Parce que les médecins sont payés pour chaque service qu'ils fournissent, ils sont incités à facturer des traitements qui pourraient être fournis de manière plus rentable par d'autres fournisseurs de soins de santé. Cette situation a effectivement découragé la collaboration et l'interdisciplinarité⁽¹⁸⁾.

LE SALARIAT

Le salariat est peut-être le mode de rémunération le plus simple, et il est courant hors de la profession médicale. Comme il a été mentionné plus tôt, au Canada, environ 20 p. 100 des médecins de premier recours sont salariés. Toutefois, ces médecins travaillent habituellement en milieu universitaire, où ils allient la recherche, l'enseignement et les travaux cliniques⁽¹⁹⁾.

S'ils sont salariés, les médecins de premier recours touchent un revenu annuel fixe, quels que soient le nombre de patients qu'ils voient ou la quantité de services qu'ils fournissent. Les salaires sont habituellement négociés à l'avance et, comme dans toute autre profession, ils peuvent être rajustés en fonction de l'ancienneté et des promotions.

À l'échelle internationale, le salariat est moins fréquent que la rémunération à l'acte ou d'autres formes de rémunération dans le contexte des soins de premier recours. Toutefois, certains pays – dont la Suède et la France, où le salariat constitue le mode de rémunération dominant – versent un salaire à leurs médecins. En France et en Suède, les médecins sont des fonctionnaires qui travaillent dans des centres de soins de premier recours appartenant au système public de soins de santé⁽²⁰⁾.

(17) Armstrong et Armstrong (2001), p. 6.

(18) *Ibid.*, p. 7.

(19) McArthur (1998), p. 1.

(20) CESifo (2000), p. 2, 4.

A. Les avantages du salariat

Parce que les salaires sont fixes, quels que soient la quantité ou le type de services fournis, les médecins ne sont pas incités à fournir une quantité trop élevée de services, à prescrire des traitements inutiles ou à encourager des consultations qui peuvent être évitées. De l'avis des experts, cela constitue une amélioration par rapport à la rémunération à l'acte, qui a tendance à récompenser ce genre de comportement.

Le salariat élimine également le manque à gagner qu'impliquent les consultations plus longues lorsque les médecins sont rémunérés à l'acte. Les médecins peuvent non seulement effectuer des consultations plus longues, mais aussi mettre l'accent sur les soins préventifs et rechercher des solutions à long terme aux problèmes de santé de leurs patients.

Dans une certaine mesure, le salariat semble favoriser une utilisation plus efficiente des ressources en soins de santé. Les médecins salariés sont souvent rattachés à de grands centres de soins de premier recours qui emploient divers types de fournisseurs de soins de santé⁽²¹⁾. Dans ces cas, parce que les médecins ne sont pas rémunérés pour chacun de leurs actes médicaux, le centre de soins de santé peut répartir les patients et les responsabilités entre les professionnels d'une manière plus efficace et plus rentable.

Du point de vue du médecin, deux des principaux avantages du salariat sont la régularité et la certitude. Le salaire est versé, quels que soient le nombre de patients ou le type de service fourni. Les médecins salariés ne courent donc aucun risque financier, sauf ceux liés aux pénalités ou aux mesures incitatives intégrées dans la structure salariale⁽²²⁾.

En outre, lorsque les médecins de premier recours sont salariés, il devient beaucoup plus facile pour les systèmes publics de soins de la santé de contrôler les dépenses globales. Cela contraste avec le modèle de la rémunération à l'acte, dans le cadre duquel le nombre de consultations ainsi que le type et la quantité des services fournis déterminent le coût global des soins de premier recours. Parce que les salaires sont négociés à l'avance, le nombre de médecins devient le principal déterminant des dépenses de soins de premier recours⁽²³⁾.

(21) C'est ce qui se passe en France et en Suède.

(22) M. Maciekewski, « How Are University Employees Affected by Health Plan Payments to Physicians? », School of Public Health, Université du Minnesota, préparé pour le Health Plan Task Force, État du Minnesota, septembre 1998, Introduction – « How Do Health Plans Pay Physicians? ».

(23) Birch *et al.* (1994), p. 8-10. Aussi, Skedgel (1996), p. 2.

B. Les inconvénients du salariat

Pour ce qui est des soins aux patients, le principal inconvénient du salariat est de réduire la motivation à fournir des services de santé. Dans la rémunération à l'acte, le revenu net dépend fortement de la quantité de services fournis. Dans le salariat, la rémunération n'a rien à voir avec la quantité ou la qualité des services⁽²⁴⁾. Les médecins sont donc peu incités à dépasser une quantité minimale de soins dispensés⁽²⁵⁾.

Les détracteurs de ce mode de rémunération font également observer qu'il élimine les incitations à la productivité – telle que mesurée par la quantité de services fournis⁽²⁶⁾. Si la rémunération à l'acte récompense les médecins pour le volume des services, les médecins salariés sont peu incités à voir de nombreux patients. Un chercheur a fait remarquer que les médecins de premier recours salariés en Suède peuvent voir aussi peu que de six à dix patients par jour, tandis que les médecins canadiens en voient souvent de cinq à six à l'heure⁽²⁷⁾. Parce que le nombre de médecins est un déterminant important du montant total des dépenses de soins de santé dans un régime de salariat, une baisse des consultations par médecin pourrait amener l'embauche d'autres médecins, ce qui accroîtrait le coût global des soins de premier recours.

Les études semblent également indiquer que le salariat peut entraîner des lacunes dans le service lorsque les heures de travail prévues dans le contrat salarial ne coïncident pas avec celles où la population a besoin de soins. Enfin, contrairement à la capitation, le salariat ne comporte aucun incitatif qui encouragerait le médecin à établir avec ses patients une relation suivie axée sur la prévention, la promotion et l'amélioration à long terme de la santé, puisque la rémunération n'est pas liée aux patients⁽²⁸⁾.

LA CAPITATION

La capitation est un mode de rémunération à honoraires fixes par patient, selon lequel les médecins de premier recours touchent un montant prédéterminé pour chaque patient inscrit sur leur liste. En règle générale, les honoraires sont établis en fonction des tendances

(24) Cet effet peut être compensé dans une certaine mesure par l'ajout de bonis ou de pénalités dans la structure salariale.

(25) Skedgel (1996), p. 2.

(26) W. Savedoff, « Payment Mechanisms: Your Health Depends on It », *Development Policy*, Banque interaméricaine de développement, juillet 1997, p. 2 (www.iadb.org/occe/news/3231.htm).

(27) McArthur (1998), p. 2.

(28) Birch *et al.* (1994), p. 10.

actuelles de l'utilisation moyenne des services de soins de premier recours par l'ensemble de la population et rajustés en fonction de l'âge et du sexe. Dans un régime de capitation, les médecins touchent ces honoraires quels que soient la santé de leurs patients et le nombre de consultations. En contrepartie, ils acceptent de fournir à leurs patients un ensemble de services de santé pendant une période donnée, habituellement un an, et conviennent d'assumer toutes les dépenses reliées à ces soins.

Pour que la capitation fonctionne, les patients doivent s'engager à aller voir un médecin ou un groupe de médecins en particulier pour obtenir des soins de premier recours. Cet engagement ou « inscription » des patients peut se faire de deux façons : soit par l'inscription *volontaire* des patients, soit par une inscription en fonction de la proximité qui inscrit *automatiquement* les patients auprès d'un cabinet dans leur région. En général, cette forme d'inscription géographique est plus fréquente dans les régions rurales et éloignées où il n'y a pas d'autres cabinets dans les environs⁽²⁹⁾.

L'Italie, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande utilisent la capitation comme principal mode de rémunération de leurs médecins de premier recours. Toutefois, les États-Unis présentent certainement le plus grand nombre d'exemples dans un même pays. De nombreux fournisseurs privés de services de santé et de programmes Medicaid administrés par les États rémunèrent leurs médecins par capitation. À cause de la latitude laissée aux fournisseurs de soins de santé pour ce qui est de choisir leur mode de rémunération, il existe de multiples variantes de la capitation aux États-Unis⁽³⁰⁾.

A. Les avantages de la capitation

La capitation élimine le principal inconvénient de la rémunération à l'acte – l'incitation à offrir trop de services de santé. Parce que la capitation rémunère les médecins par patient et non en fonction de services facturables, les consultations des patients deviennent en quelque sorte une source de dépenses au lieu d'une source de revenu pour les médecins. Les médecins ont donc tout intérêt à réduire l'utilisation de leurs services par les patients. Les médecins assument le coût de la prestation des services de santé et ne sont donc pas enclins à prescrire des traitements inutilement compliqués ou coûteux ou des consultations trop fréquentes.

(29) Hurley *et al.* (1999), p. iv, 62.

(30) CESifo (2000), p. 3, 6; Hurley *et al.* (1999), p. 7, 9; Sénat (janvier 2002), p. 49-50.

De la même façon, la capitation encourage les médecins de premier recours à promouvoir des solutions préventives à long terme, comme le conditionnement physique et un régime alimentaire sain, ce qui réduit la probabilité de consultations futures⁽³¹⁾. Essentiellement, les médecins sont récompensés pour l'amélioration de la santé de leurs patients : cette amélioration abaisse le coût de la prestation des services de santé et accroît donc leur revenu réel.

Le régime de capitation incite donc fortement les médecins à donner satisfaction à leurs patients, parce que leur rétribution dépend du nombre de patients inscrits. La perte d'un patient insatisfait qui s'inscrit auprès d'un autre médecin ou d'un autre groupe de médecins entraîne directement une perte de revenu, à moins que le médecin ou le groupe puisse attirer d'autres patients.

Les experts pensent également que la capitation favorise une utilisation plus efficiente des ressources de soins de santé parce que les médecins assument les coûts de la prestation des services de santé. Selon la rémunération à l'acte, les médecins sont payés pour chacun des services qu'ils fournissent, même lorsque le service pourrait être fourni de manière plus rentable par d'autres fournisseurs, comme les infirmières⁽³²⁾. Dans un régime de capitation, cependant, le fait de fournir des services supplémentaires accroît les coûts et, par conséquent, réduit le revenu net du médecin de premiers recours.

Un autre avantage signalé de la capitation par rapport à la rémunération à l'acte est de faciliter le contrôle des dépenses globales des médecins. Le principal déterminant des coûts dans un régime de capitation est la taille de la population desservie, plutôt que le nombre de médecins qui choisissent d'exercer leur profession dans le système (salarial) ou la quantité de services de santé fournis (rémunération à l'acte). Une fois établi le montant des honoraires fixes par personne, les dépenses et revenus des médecins varient en fonction des fluctuations de l'importance et des caractéristiques de la population desservie – des variables dont ni le gouvernement ni les médecins ne sont maîtres. En l'absence de variations importantes de la fréquence et du type des besoins en soins de santé nécessaires, ou des attentes de la population, il serait difficile de justifier de fortes hausses de dépenses par personne, uniquement pour répondre aux attentes en matière de revenu d'un nombre croissant de médecins.

D'après certains experts, la capitation est plus efficace dans les cabinets de groupes de professionnels de premier recours qui offrent un vaste éventail de services de santé

(31) Skedgel (1996), p. 2-3.

(32) Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Volume Quatre : Questions et options*, Rapport intérimaire, septembre 2001, p. 54.

assurés et font appel à divers types de fournisseurs de soins de santé. Deux facteurs expliquent cette situation.

- Le premier est relié à l'explication donnée ci-dessus au sujet de l'utilisation rentable des ressources. Un cabinet de groupe peut profiter du partage des installations, de la diversité des domaines de compétence, des consultations mutuelles et du recours à du personnel moins coûteux pour la prestation des services médicaux non essentiels. Tous ces avantages abaissent le coût de la prestation des soins de premier recours et accroissent donc le revenu du cabinet.
- Le deuxième facteur est qu'un groupe de médecins peut collaborer pour partager les risques inhérents à la capitation. Parce que les médecins sont rémunérés par patient, toute augmentation soudaine du nombre de consultations, durant une épidémie de grippe par exemple, peut entamer considérablement le revenu d'un médecin. En travaillant en groupe, les médecins peuvent atténuer ce facteur d'instabilité du revenu.

B. Les inconvénients de la capitation

Un inconvénient de la capitation qui revient souvent dans les études est la limite qu'elle impose à la liberté de choix du patient. Dans un régime de capitation, les patients doivent utiliser les services du médecin ou du cabinet de premier recours auprès duquel ils sont inscrits. Selon la plupart des modèles de capitation, ils ne peuvent changer de médecin que lorsque la période d'inscription est terminée – habituellement après six mois ou un an. Dans un régime de rémunération à l'acte, par contre, les patients peuvent non seulement choisir leur médecin, mais aussi changer de médecin lorsqu'ils le veulent ou demander un deuxième avis s'ils le souhaitent.

Même si la capitation élimine la tendance, inhérente la rémunération à l'acte, à offrir trop de services de santé, elle remplace ce problème par son contraire – une incitation à ne pas en offrir assez. Parce que les médecins assument les coûts de la prestation des services de santé et ne sont pas rémunérés en conséquence, ils peuvent être tentés d'offrir moins de soins qu'il ne le faudrait. On soutient toutefois que cet inconvénient peut être contré, jusqu'à un certain point, par l'éthique médicale et par l'inscription volontaire des patients :

1. Premièrement, ne pas offrir tous les services nécessaires aux patients contrevient à l'éthique médicale, malgré le gain financier net qui en résulte pour le médecin. Dans un régime de rémunération à l'acte, en revanche, l'encouragement financier à offrir davantage de services n'est pas incompatible avec le devoir moral qu'a le médecin de faire tout ce qu'il peut pour son patient.

2. Deuxièmement, dans un régime d'inscription volontaire, les patients sont libres de se désinscrire s'ils estiment ne pas recevoir des soins médicaux satisfaisants.⁽³³⁾

Malgré tout, l'asymétrie d'information⁽³⁴⁾ qui existe entre les médecins et leurs patients peut empêcher ces derniers d'être pleinement conscients de la qualité des services qu'ils reçoivent. Le problème des services insuffisants est également plus aigu quand l'inscription est de nature géographique. Dans les régions rurales où le nombre de médecins est limité, les patients n'ont peut-être même aucun choix⁽³⁵⁾.

L'« écrémage » est un autre inconvénient de la capitation. L'écrémage désigne le fait que les médecins sont incités à exclure des patients ou des catégories de patients en particulier qui exigent plus de soins et coûtent donc plus cher. Ce problème peut être atténué jusqu'à un certain point en interdisant aux cabinets de premiers recours de choisir, d'éliminer, de recruter, voire de rejeter des patients. Il semble cependant impossible à éviter complètement⁽³⁶⁾.

Même lorsque l'inscription est volontaire dans les régions urbaines, la proximité géographique et la commodité sont des facteurs importants pour établir la liste des patients. Les personnes jeunes et bien nanties ont tendance, en moyenne, à consommer moins de services de santé⁽³⁷⁾. Les cabinets de premier recours peuvent donc vouloir éviter de s'installer dans des régions moins favorisées, où les consultations fréquentes entameront leur rentabilité.

Un autre inconvénient de la capitation est la possibilité du « délestage » des services de santé. Les honoraires de capitation sont établis de manière à refléter le coût moyen de la prestation d'un « panier » de services. Il y a délestage abusif lorsqu'un médecin décide de ne pas offrir un service inclus dans les honoraires de capitation. Les médecins de premier recours ne sont pas à l'abri de la tentation d'accroître leur revenu en refusant d'offrir certains services coûteux ou en adressant leurs patients à des spécialistes pour ces services. Si le

(33) Birch *et al.* (1994), p. 16 (traduction).

(34) Dans ce contexte, « asymétrie d'information » désigne le fait que les patients ne sont pas aussi informés que les médecins sur les diagnostics et sur les choix de traitement pertinents.

(35) Hurley *et al.* (1999), p. iv.

(36) *Ibid.*, p. 2-3. Aussi, Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et Alberta Medical Association, Alternate Payment Plan Subcommittee, *Alternative Payment Plan Handbook*, Santé et Mieux-être Alberta et Alberta Medical Association, septembre 2000, p. 12.

(37) Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Volume Un : Le chemin parcouru*, Rapport intérimaire, mars 2001, p. 94. Des données reliant l'âge et la consommation de services de santé peuvent être obtenues sur le site Internet de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (www.cihi.ca).

spécialiste est rémunéré à l'acte, il peut y avoir double facturation, parce que le généraliste et le spécialiste seront rémunérés pour le même service⁽³⁸⁾. Le problème du délestage peut être éliminé si le médecin ou le groupe de premier recours doit payer les services du spécialiste.

La capitation crée un risque important pour le revenu net des médecins et c'est ce risque qui l'a rendue peu populaire auprès de certains médecins américains⁽³⁹⁾. La « qualité » d'une liste de patients, le nombre de consultations et la nature des diagnostics exacts sont tous très incertains dans le temps. Comme il a été mentionné plus tôt, une augmentation soudaine du nombre de patients malades pendant un mois donné peut entamer considérablement le revenu net dans un régime de capitation. En revanche, la rémunération à l'acte tiendrait compte de cette augmentation de la charge de travail.

Les études semblent indiquer que cet aspect de la capitation la rend mal adaptée aux petits cabinets de premier recours, soit le type de cabinet le plus répandu au Canada actuellement. Le coût d'un patient malade pourrait dépasser le revenu de capitation tiré de nombreux patients en santé⁽⁴⁰⁾. La capitation convient mieux aux systèmes de santé intégrés (SSI) ou aux autres grands groupes de fournisseurs de soins de premier recours, parce que le risque accru peut être réparti entre tous les médecins qui appartiennent au groupe. D'après les estimations, un SSI devrait compter entre 2 300 et 2 500 adhérents au Canada afin de procurer un revenu stable aux médecins de premier recours⁽⁴¹⁾.

LA RÉMUNÉRATION MIXTE

Le dernier mode de rémunération des médecins de premier recours – la rémunération mixte – ne constitue pas tant une méthode de paiement particulière qu'une combinaison de modes de rémunération. La plupart des régimes de rémunération mixte comprennent des honoraires de capitation ou reposent sur de tels honoraires, mais ils intègrent aussi des éléments d'autres modes de rémunération. L'objectif de la rémunération mixte consiste à limiter les inconvénients de la capitation (services insuffisants, écrémage et risque financier

(38) Alberta (2000), p. 12.

(39) K. Trespacz, « Don't Let a Fee-for-Service Mind Set Distort Your Approach to Capitation », *Managed Care*, Stezzi Communications, avril 1999, p. 1-5. Aussi, Page (2001), p. 1-5.

(40) Page (2001), p. 3.

(41) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), *Systèmes de santé intégrés au Canada : Trois synthèses de politique – Questions et réponses*, FCRSS, juillet 1999, p. 5.

pour les médecins de premier recours), tout en exploitant les avantages des autres formes de rémunération⁽⁴²⁾.

La rémunération mixte pourrait apporter une solution sur le plan des politiques au rejet de la capitation par la plupart des médecins de premier recours et aux effets pervers des encouragements contenus dans les modes disponibles de rémunération des médecins. Parmi les modes de rémunération qui pourraient être intégrés dans une rémunération mixte, citons la rémunération à l'acte, la capitation, le financement des infrastructures, le financement de programmes, les primes au rendement et les avantages sociaux.⁽⁴³⁾

La capacité des régimes de rémunération mixte d'intégrer divers modes de rémunération permet de tenir compte des objectifs de la politique publique dans la rémunération des médecins. Ainsi, la rémunération mixte peut être structurée de manière à indemniser les médecins qui doivent assumer des coûts plus élevés lorsqu'ils s'établissent dans une grande ville, à encourager l'établissement de cabinets dans les régions rurales, éloignées ou mal desservies, ou à offrir certains types de services (vaccination, programmes de promotion, etc.).

L'inconvénient des régimes de rémunération mixte est de diluer les avantages des régimes de rémunération « purs » et même d'y adjoindre les caractéristiques peu souhaitables des modes de rémunération qui s'ajoutent. De plus, un régime de rémunération mixte peut exiger des barèmes de rémunération différents, ce qui peut accroître les coûts administratifs.

L'éventail des possibilités de rémunération mixte est presque illimité. Il est donc difficile d'analyser ce mode de rémunération en fonction de ses avantages et de ses inconvénients, abstraction faite des affirmations d'ordre général faites ci-dessus. Il est peut-être plus utile d'examiner un exemple particulier afin d'illustrer la façon dont divers modes de rémunération peuvent être intégrés dans un régime de rémunération mixte.

Au Royaume-Uni, le régime public d'assurance-santé (le National Health Service) rémunère les médecins de premier recours (les généralistes) d'après une formule, unique en son genre, de rémunération mixte qui comprend des honoraires de capitation, des indemnités, des honoraires de promotion de la santé et une rémunération à l'acte. La capitation, qui varie selon trois groupes d'âge, représente environ la moitié du revenu brut des généralistes. Les indemnités

(42) Hurley *et al.* (1999), p. 20-22.

(43) B. Hutchison, J. Abelson et J. Lavis, « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », dans *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 128 (traduction).

couvrent les coûts d'ouverture et de fonctionnement d'un cabinet; le montant de ces indemnités varie afin d'encourager les médecins à s'installer dans les régions rurales et éloignées. Les honoraires de promotion de la santé encouragent les médecins à offrir des programmes de promotion de la santé et de gestion des maladies chroniques. Enfin, la rémunération à l'acte s'applique à certains services de santé, comme la contraception⁽⁴⁴⁾.

L'expérience britannique est particulièrement intéressante, parce que les autorités du système public de soins de santé ont reconnu que le mode de rémunération ne constitue qu'un des nombreux facteurs qui influent sur le comportement des médecins de premier recours. Le régime des fonds de généralistes (GP Fundholding) a été adopté sur la base de ce constat. Plus précisément, ces fonds élargissent la responsabilité des médecins pour qu'elle comprenne la gestion et la responsabilité financière des soins secondaires et tertiaires. Les médecins de premier recours britanniques obtiennent un budget ou un « fonds » pour les renvois à des hôpitaux ou à des spécialistes. Ce fonds a pour conséquence que les médecins qui adressent des patients à des spécialistes ou à des hôpitaux gèrent les services médicaux que fournissent ces derniers et en assument également la responsabilité financière. De cette façon, la relation de mandataire entre le médecin et le patient a une portée beaucoup plus grande.

Une telle approche modifie également la nature des rapports entre les médecins de premier recours et les autres fournisseurs de services de santé. Le généraliste titulaire du fonds est le « client » des hôpitaux et des spécialistes. L'ampleur et la nature du paiement dépendent d'ententes (c.-à-d. de contrats) conclues entre les médecins et les hôpitaux ou les spécialistes.

LES AUTRES MODES POSSIBLES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS AU CANADA

Tout compte fait, quelle méthode de rémunération des médecins de premier recours semble la plus pertinente? Il n'y a pas de réponse facile à cette question, car chaque mode de rémunération a ses points forts et ses faiblesses. Au Canada, un grand nombre d'études et de projets pilotes ont été réalisés afin d'examiner comment d'autres modes de rémunération des médecins pourraient s'appliquer aux soins de premier recours. Les experts dans ce domaine ont généralement conclu qu'il n'y a pas de solution applicable à toutes les situations :

(44) CESifo (2000), p. 4; Sénat (janvier 2002), p. 38-40.

Les recherches faites à ce jour n'ont pas identifié un mode de financement idéal; chaque mode ayant des avantages et des inconvénients. Les décideurs doivent évaluer leur propre situation, comprendre les risques et les avantages de chaque modèle de paiement et décider eux-mêmes quel modèle répond le mieux aux besoins des bailleurs de fonds, des fournisseurs de services et de la collectivité à desservir.⁽⁴⁵⁾

Une conclusion semblable est tirée de l'expérience d'autres pays :

Le principal enseignement à tirer de l'expérience d'autres administrations est qu'aucun modèle unique n'a été universellement adopté ou mis en œuvre. Chaque administration a façonné ses politiques en fonction des besoins du payeur, de l'organe directeur et de la population desservie.

Par exemple, le Royaume-Uni et beaucoup d'autres pays européens emploient une forme de financement par capitation principalement pour les services de soins primaires. Le Royaume-Uni et le Danemark ont tous les deux un système combiné de financement par capitation pour les services de base et de rémunération à l'acte pour les autres services. Des budgets distincts servent à financer des programmes spéciaux ou l'infrastructure.

En revanche, un certain nombre d'organisations de maintien de la santé aux États-Unis ont recours au financement par capitation pour toute la gamme des services de santé.⁽⁴⁶⁾

Dans le choix d'un mode de rémunération, il faudrait tenir compte de divers facteurs, tels que :

- la disposition des médecins à accepter un nouveau mode de rémunération;
- l'incidence sur le plan de la santé des patients, y compris l'accès à des services de santé et la qualité de ces services, ainsi que le contrôle des coûts;
- la compatibilité du régime de rémunération avec l'objectif global de la politique publique en matière de soins de santé.

(45) FCRSS (1999), p. 2.

(46) *Ibid.*, p. 3.

A. Le point de vue des médecins

Une enquête menée par l'Association médicale canadienne révèle que 34,6 p. 100 des médecins canadiens préfèrent être rémunérés à l'acte, tandis que 24,4 p. 100 sont en faveur du salariat et seulement 1 p. 100 choisissent la capitation. Environ 27,4 p. 100 des médecins canadiens ont indiqué qu'ils aimeraient obtenir une certaine forme de rémunération mixte pour leur travail⁽⁴⁷⁾.

Même si la rémunération à l'acte demeure le mode de rémunération le plus populaire chez les médecins, son appui a décliné considérablement depuis six ans. La même enquête, en 1995, indiquait en effet que plus de 50 p. 100 des médecins au Canada préféraient la rémunération à l'acte. Ce déclin rapide de la rémunération à l'acte semble indiquer que les médecins deviennent plus disposés à accepter d'autres modes de rémunération.

Toutefois, les médecins et leurs associations professionnelles voient souvent le désir des gouvernements de réformer la rémunération comme une menace pour leur rémunération et leur capacité d'en déterminer eux-mêmes le niveau. Il serait donc essentiel, comme l'indiquent de nombreuses études, de faire participer les médecins à toute tentative de réformer leur mode de rémunération. Leur point de vue serait précieux pour dégager les modes les plus susceptibles d'aider les gouvernements provinciaux à atteindre leurs objectifs tout en obtenant l'appui et la collaboration des médecins pour la mise en œuvre des changements.

B. Le point de vue des patients

À l'heure actuelle, aucun des trois principaux modes de rémunération des médecins dans leur forme habituelle ne lie la rémunération aux résultats sur le plan de la santé des patients. De plus, en raison de l'absence de données fiables, il est particulièrement difficile d'évaluer l'incidence de la rémunération des médecins sur le plan de la santé, ainsi que sur l'accès aux services de santé et la qualité de ces services. Les données empiriques concernant la rémunération des médecins et les soins aux patients sont donc extrêmement rares. Hutchison, Abelson et Lavis, qui ont examiné les études antérieures, ont tiré les conclusions suivantes :

Quand nous faisons le bilan des modes de rémunération des médecins de premier recours en fonction des études les plus solides et les plus pertinentes que nous avons pu trouver, nous constatons que :

(47) Association médicale canadienne, « Interest in Alternative Forms of Payment on the Rise: CMA Survey », dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165(5), 2001 (affiché sur le site Internet de l'AMC à <http://www.cma.ca/>).

- 1) les données semblent indiquer que les évaluations des patients de leur satisfaction générale et de l'accès et de la disponibilité des services sont plus positives pour les régimes de rémunération à l'acte que pour les régimes de salariat ou de capitation;
- 2) les données sont peu nombreuses ou contradictoires concernant l'évaluation, par les patients, de la continuité, de l'exhaustivité, de la coordination, de la qualité technique et des aspects interpersonnels des soins;
- 3) les données sont peu nombreuses concernant les tendances de la prestation des services (p. ex. la fréquence des consultations à domicile et le temps consacré aux consultations en cabinet);
- 4) les données semblent indiquer que la capitation accroît les taux de renvois aux spécialistes;
- 5) les données sont peu nombreuses ou contradictoires concernant la qualité, l'utilisation et le coût des soins;
- 6) les données sont peu nombreuses concernant les différences d'utilisation des services d'autres fournisseurs que les médecins, selon que les médecins sont rémunérés à l'acte ou par capitation;
- 7) les données semblent indiquer que les médecins salariés ou rémunérés par capitation obtiennent de meilleurs résultats en matière de soins préventifs que les médecins rémunérés à l'acte.⁽⁴⁸⁾

Cet examen des études antérieures fait ressortir la nécessité de mieux se renseigner sur l'incidence du mode de rémunération des médecins sur le plan de la santé. Dans certains cas, il met en doute la relation théorique entre le mode de rémunération et les incitations qui en découlent. Enfin, il indique que plusieurs études ont tiré des conclusions opposées et il semble aussi révéler un écart apparent entre la qualité perçue des soins de santé et les résultats réels sur le plan de la santé.

L'incidence du mode de rémunération des médecins sur l'accès aux soins de premier recours et la qualité de ces soins revêt une importance considérable quand on évalue les divers modes. Toutefois, il n'est pas facile de mesurer les résultats sur le plan de la santé ou l'impression qu'ont les gens de la qualité des soins. Étant donné l'absence relative d'information de qualité sur la question, il serait prudent de commencer par collecter davantage de données et effectuer des études plus détaillées sur les rapports entre le mode de rémunération des médecins et ses résultats sur le plan de la santé avant de mettre en œuvre un nouveau mode de rémunération.

(48) Hutchison, Abelson et Lavis (2001), p. 125 (traduction).

C. La politique publique en matière de soins de santé

Il est essentiel de veiller à ce que les modes envisagés de rémunération des médecins de premier recours soient compatibles avec les objectifs officiels de la politique publique du Canada en matière de soins de santé. À l'heure actuelle, la prestation des services de soins de premier recours – et le régime public d'assurance-santé connexe – doit respecter les paramètres de la *Loi canadienne sur la santé*. Les principes de la *Loi* qu'il importe de considérer dans le cadre de l'examen de la rémunération touchent à la fois les patients et les médecins. Plus précisément, la *Loi* dispose que :

- les patients ont droit à un accès raisonnable et prépayé aux services des médecins médicalement nécessaires;
- les médecins ont droit à une rémunération raisonnable pour ces services.

La rémunération à l'acte des médecins de premier recours ne pose aucun problème selon la *Loi canadienne sur la santé*. De même, des experts croient que la capitation et la rémunération mixte semblent respecter les principes de la *Loi*⁽⁴⁹⁾. Ils soulignent cependant que certaines mesures pourraient être prises afin que ces autres modes de rémunération ne compromettent pas les principes de la *Loi*. Par exemple, pour que soit assuré un accès raisonnable, les patients inscrits auprès d'un cabinet de premier recours rémunéré selon un régime de capitation ou un régime mixte devraient avoir la possibilité de se désinscrire, soit à la fin de périodes déterminées, soit en présentant une demande officielle. De même, l'écrémage devrait être interdit pour que les personnes à risque ne fassent pas l'objet d'une discrimination concernant l'accès aux soins de premier recours. Afin que les médecins touchent une rémunération raisonnable, les honoraires de capitation devraient être rajustés en fonction des risques pour la santé que présentent divers types de patients.

Dans l'ensemble, les études indiquent que la *Loi canadienne sur la santé* semble assez souple pour permettre aux provinces qui le souhaitent d'adopter d'autres modes de rémunération des médecins de premier recours. Autrement dit, la mise en place d'autres modes de rémunération ne devrait pas poser problème selon la *Loi*. La difficulté véritable consiste à

(49) Voir par exemple, Birch, Goldsmith et Makela (1994), p. 25; et British Columbia Medical Association, « Canada Health Act », section 4 de *Evaluation of Rostering Patients*, 2001 (<http://www.bcma.org/>).

trouver des modes de rémunération qui permettent d'obtenir les résultats souhaités, c'est-à-dire de donner aux médecins des incitatifs conformes aux objectifs du régime public d'assurance-santé.

CONCLUSION

Afin de parvenir à cet équilibre, de nombreuses provinces ont déjà commencé à mettre à l'essai d'autres façons de rémunérer leurs médecins de premier recours. Les projets pilotes et les projets de démonstration se multiplient d'un océan à l'autre. Chacune des dix provinces a entrepris des initiatives dans le domaine des soins de premier recours, dont un grand nombre font appel à des équipes interdisciplinaires. Ces modèles de rémunération varient du salariat et des paiements contractuels à la capitation, en passant par la rémunération mixte⁽⁵⁰⁾.

Il semble cependant que la rémunération mixte se présente de plus en plus comme la solution de rechange la plus probable à la rémunération à l'acte au Canada et, de fait, elle est l'objet d'une attention croissante. Les commissions et les groupes de travail provinciaux sur la santé – dont la Commission Sinclair en Ontario, la Commission Clair au Québec et le Rapport Mazankowski en Alberta – ont tous recommandé que leur province examine plus en profondeur des modes de rémunération mixte des médecins de premier recours.

Les experts soutiennent que, malgré les recherches et les données disponibles sur la question, ainsi que les recommandations contenues dans ces rapports, il semble y avoir peu d'information pertinente à tirer de l'étude des formes pures de rémunération à l'acte, de capitation et de salariat. Les recherches seraient plus utiles si elles étudiaient les effets des diverses méthodes de rémunération mixte en fonction des caractéristiques des médecins et des contextes dans lesquels ils exercent⁽⁵¹⁾.

Loin de simplifier l'étude future de la rémunération des médecins de premier recours, un examen plus approfondi des mécanismes de rémunération mixte élargit considérablement le programme de recherche. Étant donné la myriade de facteurs qui influent sur les soins de premier recours au Canada, il faudra peut-être des recherches considérables et de multiples essais afin de déterminer le mode de rémunération mixte qui convient le mieux aux soins de premier recours dans le contexte canadien.

(50) Voir l'annexe C dans Saskatchewan (2001), p. 98.

(51) Birch *et al.* (1994), p. 39.

D'ailleurs, il se pourrait bien qu'aucun mode de rémunération ne soit applicable à tous les cas. La situation optimale pourrait être la mise en œuvre d'une multitude de modes de rémunération, chacun d'eux étant adapté à une province ou à une région. Heureusement, la capacité globale d'expérimentation des provinces et des territoires est l'un des points forts du Canada à cet égard. Pour peu qu'un mécanisme de rémunération envisagé respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et tienne compte des besoins des médecins et des patients, il ne faudrait pas hésiter à entreprendre des recherches sur son applicabilité et à le mettre à l'essai.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberta, Ministère de la Santé et du Mieux-être et Alberta Medical Association. Alternate Payment Plan Subcommittee. *Alternative Payment Plan Handbook*, Santé et Mieux-être Alberta et Alberta Medical Association, septembre 2000.
- Armstrong, P. et H. Armstrong. *Primary Health Care Reform: A Discussion Paper*, préparé pour la Coalition canadienne de la santé, janvier 2001.
- Barer, M. et G. Stoddart. *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada: Background Document*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, Ontario, 1991.
- Birch, S., L. Goldsmith et M. Makela. *Paying the Piper and Calling the Tune: Principles and Prospects for Reforming Physician Payment in Canada*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, 1994.
- British Columbia Medical Association. « Canada Health Act », Section 4 de *Evaluation of Rostering Patients*, 2001 (<http://www.bcma.org/>).
- CESifo. « Primary Health Care: Basic Characteristics, 2000 », Database for Institutional Comparisons in Europe (DICE), Ifo Institute for Economic Research et Centre for Economic Studies, Munich, 2000.
- Chesanow, N. « Can Contact Capitation Conquer Costs? », *Medical Economics*, vol. 75, n° 18, septembre 1998, p. 110-121.
- Commission de restructuration des services de santé (Duncan Sinclair, président). *Stratégie pour la réforme des soins primaires*, Ontario, décembre 1999.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Michel Clair, président). *Les solutions émergentes*, Québec, janvier 2001.
- Commission on Medicare (Kenneth Fyke, président). *Caring for Medicare: Sustaining A Quality System*, Saskatchewan, avril 2001.

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Systèmes de santé intégrés au Canada : Trois synthèses de politique – Questions et réponses*, CHSRF, juillet 1999.
- Forum national sur la santé. *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier – Rapport final*, 1997.
- Hurley, J., B. Hutchison, M. Giacomini, S. Birch, J. Dorland, R. Reid et G. Pizzoferrato. *Policy Considerations in Implementing Capitation for Integrated Health System*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 1999.
- Hutchinson, B., J. Abelson et J. Lavis. « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 116-131.
- Hutchison, B., J. Hurley, R. Reid, J. Dorland, S. Birch, M. Giacomini et G. Pizzoferrato. *Capitation Formulae for Integrated Health Systems: A Policy Synthesis*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 1999.
- Korcok, M. « Capitation begins to transform the face of American medicine », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 154, 1996, p. 688-691.
- Léger, P. « Quality control mechanisms under capitation payment for medical services », *Canadian Journal of Economics*, vol. 33, n° 2, mai 2000.
- Maciekewski, M. « How Are University Employees Affected by Health Plan Payments to Physicians? », School of Public Health, Université du Minnesota, préparé pour le Health Plan Task Force, État du Minnesota, septembre 1998.
- McArthur, W. « Paying the Doctor », *Fraser Forum*, Fraser Institute, Vancouver, juillet 1998.
- Miller Chenier, N. *La politique canadienne en matière de santé*, Bulletin d'actualité 93-4F. Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 1999.
- Organisation mondiale de la santé (OMS).
- *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, octobre 2001 (www.who.int/whr/index.htm).
 - *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, Genève, juin 2000 (www.who.int/whr/2001/archives/index.htm).
 - *Rapport sur la santé dans le monde 1999 – Pour un réel changement*, Genève, 1999 (www.who.int/whr/2001/archives/index.htm).
- Page, L. « Capitation at the crossroads: The trend back to fee for service », *American Medical News*, 5 mars 2001.
- Premier's Advisory Council on Health (Don Mazankowski, président). *A Framework for Reform*, Alberta, décembre 2001.
- Saskatchewan, Commission on Medicare. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*, gouvernement de la Saskatchewan, Regina, avril 2001.

Savedoff, W. « Payment Mechanisms: Your Health Depends on It », *Development Policy*, Banque interaméricaine de développement, juillet 1997.

Sekhri, N.K. « Managed care: the US experience », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 6, 2000, p. 830-844.

Sénat, Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

- *La santé des Canadiens – Volume Un : Le chemin parcouru*, Rapport intérimaire, mars 2001.
- *La santé des Canadiens – Volume Trois : Les systèmes de santé dans d'autres pays*, Rapport intérimaire, janvier 2002.
- *La santé des Canadiens – Volume Quatre : Questions et options*, Rapport intérimaire, septembre 2001.

Sierra Systems Consultants Inc. *An Evaluation of Rostering Patients for Medical Services*, préparé pour la British Columbia Medical Association, janvier 1998
www.bcma.org/IssuesPolicy/PolicyPapersReports/.

Skedgel, C. *Alternatives for Physician Payment*, Population Health Research Unit, Université Dalhousie, Halifax, 1996.

Trespacz, K. « Don't Let a Fee-for-Service Mind Set Distort Your Approach to Capitation », *Managed Care*, Stezzi Communications, avril 1999.

Vayda, E. « Physicians in Health Care Management: 5. Payment of Physicians and Organization of Medical Services », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 150, n° 10, 1994, p. 1583-1588.