

---

## INTRODUCTION

Le système de soins traverse présentement une période fort mouvementée durant laquelle on observe, entre autres, une demande accrue de services de la part de la population et un développement sans précédent de la technologie pendant que l'État réduit le budget qu'il y alloue. Le Conseil médical du Québec y voit une grande opportunité qu'il importe de saisir pour être créatif, novateur et revoir les façons de faire.

Le Conseil croit également toujours possible de conserver les principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité sur lesquels repose notre système de soins de même que son caractère public. De plus, il croit possible d'améliorer l'accessibilité, la pertinence, la globalité et la continuité des soins et ainsi d'en rehausser la qualité.

C'est sur cette prémisse que le Conseil recommandait en juin 1995<sup>1</sup> de revoir l'organisation des services médicaux sur les bases d'un renforcement de la relation patient-médecin par le maintien de la liberté thérapeutique et une plus grande responsabilisation des principaux acteurs qui sont les médecins et la population de façon à dispenser les services de la manière la plus efficiente. Désormais, l'organisation des services devrait être hiérarchisée et reposer sur des services complémentaires dispensés en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes où les services en 1<sup>re</sup> ligne constitueraient l'assise fondamentale du système.

Pour implanter cette nouvelle dynamique organisationnelle, le Conseil indiquait plusieurs mesures, parmi lesquelles la révision du mode de rémunération des

---

<sup>1</sup>Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, juin 1995

médecins qu'il jugeait de première importance<sup>2,3</sup>. Il entreprit donc, dès juin 1995, une réflexion sur la question et entama en premier lieu l'étude du mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne car la rémunération des médecins oeuvrant aux autres niveaux en sera fortement influencée.

La loi accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au Ministre de la Santé et des Services sociaux sur les modes les plus appropriés de rémunération des médecins, mais il revient aux Fédérations médicales de négocier des ententes avec le Ministère. Le Conseil a donc choisi d'aborder le sujet de façon à identifier les nouvelles balises et les principes devant guider la négociation du mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne, conformément à la nouvelle dynamique organisationnelle à implanter.

Après avoir longuement étudié divers modes de rémunération relativement aux objectifs poursuivis, le Conseil examina certaines expériences étrangères.<sup>4</sup> Également, il suivit de près les nombreuses réflexions en cours sur le sujet dans les provinces canadiennes et au niveau national<sup>5</sup>. Enfin, durant ses travaux, il consulta des personnes clefs du Québec parmi lesquelles le président du Collège des médecins du Québec, le Président du Collège des médecins de famille du Canada, les directeurs des programmes universitaires de médecine familiale, un médecin-conseil de la Conférence des régies régionales de la santé et des

---

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Le Conseil recommandait également comme mesures la révision des programmes de formation des omnipraticiens et des spécialistes, la révision des politiques de planification de la main-d'oeuvre médicale, le développement de l'éducation médicale continue et des modifications législatives.

<sup>4</sup> Voir à l'annexe 1 la liste des experts étrangers consultés lors de leur passage au Québec

<sup>5</sup> Se référer à l'annexe 2

---

services sociaux , quelques représentants des médecins spécialistes<sup>6</sup> et des experts du ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>7</sup>.

Dans le présent avis adopté le 27 septembre 1996, le Conseil rappelle d'abord ce qu'il entend par les services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne et précise les responsabilités de la population et des médecins en découlant. Il indique par la suite les principes sur lesquels devrait se fonder le nouveau mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne avant de décrire divers modes mixtes de rémunération liés à l'inscription de la population. Enfin, le Conseil propose une stratégie pour implanter un tel mode mixte de rémunération.

## **I- LA RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN 1<sup>re</sup> LIGNE**

Sans reprendre en détail l'avis sur la hiérarchisation des services médicaux, le Conseil estime important de rappeler les principaux éléments qui singularisent les services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne.

Ces services, selon la nouvelle organisation proposée par le Conseil, ont pour objectifs :

- d'être la porte d'entrée du système de soins, le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux;
- d'aider la population à se maintenir en santé et pour ce faire, de prévenir et de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes courants de santé de la population, qu'ils soient d'origine

---

<sup>6</sup> Voir la liste à l'annexe 3

<sup>7</sup> Voir la liste à l'annexe 4

biologique, psychologique ou sociale, et d'orienter en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne les problèmes complexes de santé;

- d'assurer l'intégration et la coordination des soins.

Ces services se caractérisent par:

- leur accessibilité

Celle-ci est assurée localement à toute la population, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon une organisation appropriée des services. Le moment de leur prestation tiendra compte des besoins des patients et de la pertinence du service.

- leur globalité

De nature préventive, diagnostique, curative, palliative ou de réadaptation, ces services permettent de répondre à un vaste éventail de situations et de problèmes correspondant à la majorité des besoins de la population.

- leur continuité

Grâce à un suivi régulier des personnes prises individuellement, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne auront une meilleure connaissance de leur clientèle. Ainsi, ils pourront cerner l'ensemble des besoins de celle-ci en tenant compte de son environnement familial et social et d'y répondre le plus adéquatement possible. Si nécessaire, ils pourront l'orienter en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne pour des investigations poussées et des traitements spécialisés.

---

Côté organisation, les services en 1<sup>re</sup> ligne, toujours selon la nouvelle dynamique, sont centrés sur les médecins omnipraticiens<sup>8</sup>. Généralistes et polyvalents, ces médecins sont communément appelés médecins de famille. Ils peuvent pratiquer seuls, mais ils exerceront le plus souvent à l'intérieur d'un groupe de médecins. Le travail d'équipe et le partage de tâches parmi les médecins sont essentiels afin de solutionner les problèmes de disponibilité et de continuité.

Ils collaboreront également avec d'autres professionnels de la santé dans le respect des compétences de chacun afin d'assurer à la population l'ensemble des services en 1<sup>re</sup> ligne. Le travail en équipe avec d'autres professionnels de la santé est majeur. La rémunération de ces derniers pose toutefois problème dans les cabinets de médecine familiale, car elle n'est pas incluse dans les budgets médicaux. Une attention toute particulière devrait être portée à cette question en cette période de virage ambulatoire. C'est pourquoi le Conseil considère que plusieurs nouveaux modèles de collaboration entre les cabinets médicaux et le personnel multidisciplinaire pourraient être expérimentés.

Ces modèles de collaboration pour les services en 1<sup>re</sup> ligne peuvent donc prendre une variété de formes, les plus connues étant la collaboration entre les cabinets de médecine familiale et les C.L.S.C. Plusieurs autres formes pourraient être développées conformément à la nouvelle dynamique organisationnelle, telles des coopératives de santé.

---

<sup>8</sup> Actuellement certains médecins spécialistes pratiquant hors discipline sont assimilés aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne. Cette situation sera évaluée lorsque sera traitée la rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes.

## **2- UNE PLUS GRANDE RESPONSABILISATION DES ACTEURS**

La réorganisation des services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne entraîne plusieurs modifications dans le comportement de la population et des médecins. Ces changements sont caractérisés par une plus grande responsabilisation de chacun de ces acteurs.

En effet, on ne saurait parler de globalité et de continuité des soins sans une meilleure intégration et une meilleure coordination des soins. Or, le Conseil constate que seul le renforcement de la relation patient-médecin, par l'établissement d'une convention entre les deux parties, peut permettre cette amélioration.

Il en arrive donc à la nécessité de l'inscription de la population auprès des médecins de 1<sup>re</sup> ligne et de la valorisation du rôle de ces médecins par la prise en charge de la population inscrite.

### **2.1 L'inscription de la population**

L'inscription de la population auprès d'un médecin de 1<sup>re</sup> ligne s'apparente à un contrat par lequel une personne s'engage à ne s'adresser directement qu'à ce médecin ou à un collègue remplaçant pour ses besoins médicaux. Pour sa part, le médecin s'engage à fournir à cette personne la gamme des services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne et à l'assurer au besoin de références en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne. Cette inscription est donc un mécanisme qui permet d'établir une meilleure alliance entre un individu et son médecin.

Le Conseil considère donc que toute personne admissible au programme d'assurance-maladie du Québec, à l'exception des personnes hébergées en établissements de soins de longue durée, devrait désormais obligatoirement

---

s'inscrire auprès d'un médecin de 1<sup>re</sup> ligne de son choix. Dans le cas de personnes reconnues inaptes au sens de la loi, une personne autorisée devrait l'inscrire, de même qu'un enfant<sup>9</sup> pourrait l'être par le détenteur de l'autorité parentale.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux pourraient aider les personnes qui auraient de la difficulté à s'inscrire pour diverses raisons, telle une personne nouvellement installée dans une région et qui ne connaît pas les médecins exerçant dans sa communauté.

La liberté de sélectionner un médecin suppose, par ailleurs, la capacité de faire un choix éclairé. Diverses informations sur les services offerts par les médecins ou les organisations médicales de 1<sup>re</sup> ligne devraient donc être rendues accessibles à la population.

Il n'est pas indispensable que les membres d'une même famille optent pour le même médecin. Les femmes et les hommes peuvent préférer un médecin de leur sexe, de même qu'un adolescent peut apprécier avoir un médecin différent de celui de ses parents.

Le Conseil privilégie l'inscription auprès d'un médecin à l'inscription à un groupe de médecins afin de réellement renforcer le lien patient-médecin, de personnaliser cette relation et de responsabiliser davantage le médecin et le patient. Notons de plus que, dans le cadre des lois professionnelles en vigueur, transférer la

---

<sup>9</sup> Obligatoirement pour les enfants âgés de moins de 14 ans et au choix pour les adolescents de 14 à 18 ans. La loi accorde aux enfants de 14 ans ou plus, l'accès à leur dossier médical, article 17, L.R.Q., c S-4.2

responsabilité professionnelle d'un médecin à un groupe de médecins poserait problème. Non seulement cela contreviendrait, comme le souligne le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec,<sup>10</sup> aux fondements même de la relation thérapeutique, mais également soulèverait des questions de nature éthique et légale.

De plus, certains pays tels la Finlande et la Suède, ayant privilégié l'inscription à un centre de santé, ont dû faire marche arrière et reviennent présentement à l'inscription auprès d'un médecin.

Le Conseil croit cependant que la personne doit pouvoir changer de médecin, notamment si elle n'est pas satisfaite de sa relation ou des services reçus. Ainsi, après une durée minimale d'inscription, six semaines par exemple, et au maximum deux fois par année, elle pourrait choisir un nouveau médecin si elle le juge à propos.

Il importe toutefois pour le Conseil que les médecins, de leur côté, ne puissent sélectionner leur clientèle. De plus, afin de s'assurer que les médecins respecteront leurs engagements envers leur clientèle, le Conseil est d'avis qu'un nombre maximal d'inscriptions devrait être déterminé<sup>11</sup>.

Si cette inscription obligatoire peut paraître contraignante aux médecins par rapport à leur autonomie professionnelle, elle respecte pourtant leur liberté thérapeutique. Elle les laisse libres de décider avec leurs patients les formes d'interventions médicalement requises les plus appropriées.

---

<sup>10</sup>Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec, *Exploration et détermination des priorités d'évaluation dans les services ambulatoires*, Montréal, juin 1996

<sup>11</sup> Pour des exemples du nombre de patients inscrits auprès de médecins, se référer à l'annexe 5

Pour les personnes qui, malgré leur inscription, continueraient de s'adresser directement à d'autres médecins, omnipraticiens ou spécialistes, le Conseil estime que les services obtenus de ces médecins pourraient être considérés comme n'étant pas assurés. De ce fait, ces services ne seraient pas remboursés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et devraient être payés par les patients concernés. Cette position, comme l'indique une note de Santé Canada <sup>12</sup>, ne va pas à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé.

Pour les personnes déjà inscrites auprès d'un médecin et appelées à se déplacer au Québec, notamment pour affaires, études ou vacances, elles devraient pouvoir recevoir tous les soins assurés dont elles ont besoin de tout médecin de 1<sup>re</sup> ligne sans avoir à déboursier quelque chose. Les services rendus seraient alors payés directement au médecin par le système (RAMQ) à même un fonds spécialement réservé à cette fin.

Cependant, les personnes qui ont plusieurs lieux de résidence, tel un étudiant par exemple, devraient s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix dans le lieu qu'elles jugeraient le plus approprié. Lors d'un déplacement prolongé, la règle des personnes en déplacement précédemment décrite s'appliquerait. Ces personnes, par ailleurs, pourraient également opter de s'inscrire auprès d'un autre médecin lors du changement de lieu de résidence, si elles n'ont pas déjà utilisé les deux possibilités offertes à cet effet et que la durée du déplacement le justifie.

Pour les déplacements hors Québec, les règles présentement en vigueur continueraient à s'appliquer.

---

<sup>12</sup> Note adressée par la sous-ministre de Santé Canada, madame Michèle S. Jean, le 10 août 1995, à tous les sous-ministres de la santé, sur la rémunération par capitation des services primaires dispensés par les médecins - Examen à la lumière de la Loi canadienne sur la santé

Enfin, notons que l'inscription de la population auprès d'un médecin n'est pas une idée nouvelle. Elle existe depuis plusieurs années, voire plusieurs décennies, dans certains pays et se répand dans plusieurs autres, notamment aux États-Unis et en Suisse, pays reconnus pour la liberté des consommateurs, même dans le secteur de la santé. Cette avenue est également considérée par plusieurs provinces canadiennes, notamment par l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario. Dans cette dernière province, l'inscription de la population existe même depuis plusieurs années dans les « Health Service Organizations ».

## **2.2 La valorisation du rôle des médecins de 1<sup>re</sup> ligne**

Pivots de la nouvelle organisation, tous les médecins de 1<sup>re</sup> ligne dorénavant prendront en charge la clientèle qui s'inscrira auprès d'eux. Ils intégreront l'ensemble de ses besoins et lui dispenseront les services médicaux courants dont elle aura besoin. Enfin, ils assureront la continuité de ses soins et l'orienteront au besoin à l'intérieur du système de soins.

Les engagements des médecins envers leur clientèle comporteront, de ce fait, plusieurs responsabilités, soit :

d'assurer l'accessibilité aux services médicaux

En premier, il importe que les médecins acceptent sur leur liste toutes les personnes qui choisissent de s'y inscrire : enfants, adolescents, adultes, aînés, en bonne santé, handicapés ou atteints de maladie chronique, d'origine québécoise ou étrangère. Aucune sélection de clientèle n'est acceptable. Les médecins ne pourront également refuser une inscription, à l'exception de deux situations : d'une part, quand leur liste de patients est complète, c'est-à-dire lorsque le nombre maximum de patients permis

---

est atteint, et d'autre part, pour des raisons extraordinaires dans l'intérêt médical du patient<sup>13</sup>.

De plus, porte d'entrée du système, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne assureront une accessibilité aux services 24 heures par jour, 7 jours par semaine. C'est pourquoi ces médecins seront incités fortement à travailler en groupe. Une bonne pratique de groupe où les médecins s'organisent conjointement pour dispenser les services à la clientèle permet de répondre à la clientèle quand le besoin se fait sentir. Également, la pratique en groupe permet aux médecins d'avoir une certaine qualité de vie. La disponibilité perpétuelle ne devrait plus être nécessaire de nos jours, vu le nombre d'omnipraticiens en exercice.

Le Conseil rappelle, par ailleurs, l'influence du nombre de médecins dans un groupe. Un trop grand nombre de médecins risque d'empêcher l'établissement d'une solide relation personnelle entre les médecins et les patients, de voir s'installer une certaine bureaucratisation dans l'organisation et de limiter le choix de la population advenant, entre autres, la mise sur pied d'un seul groupe médical pour la population d'un territoire.

D'un autre côté, un trop petit nombre de médecins rend difficile la couverture de l'ensemble des services à la clientèle inscrite. Toutefois, il offre l'avantage de rendre possible une certaine compétition entre divers petits groupes médicaux pour une plus grande qualité de services à la population<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Article 2.03.05 du Code de déontologie des médecins

<sup>14</sup> Pour des exemples du nombre de médecins par groupe, se référer à l'annexe 8

En outre, afin de permettre une accessibilité dans un délai raisonnable, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne, en plus d'être répartis sur l'ensemble du territoire québécois, devraient tendre à installer leur pratique là où l'on a le plus grand besoin de ressources médicales, en fait là où ce serait le plus opportun pour la population.

Enfin, les médecins interviendront au besoin au domicile de leur clientèle qui ne peut se déplacer.

d'assurer la globalité des soins

Les médecins dispenseront à leur clientèle :

- . des services pour le maintien en santé : services de dépistage, de prévention et de promotion de la santé.
- . des services pour la résolution d'un vaste éventail de problèmes qui peuvent être d'origine biologique, psychologique ou sociale: services diagnostiques, thérapeutiques, palliatifs et de réadaptation qui font appel à des connaissances médicales générales.

La participation des individus aux décisions qui concernent le maintien ou la restauration de leur santé sera activement recherchée. De plus, les médecins assureront personnellement la prestation de ces services ou feront intervenir d'autres professionnels de la santé membres de leur équipe (infirmière...) ou d'autres intervenants de 1<sup>re</sup> ligne (psychologue, travailleur social, physiothérapeute...).

---

Les médecins seront incités à travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de la santé, rappelons-le, non seulement pour assurer à leur clientèle l'ensemble des services dont elle a besoin, mais également afin de maximiser l'utilisation de leurs propres habiletés en faisant bon usage de leurs compétences.

d'assurer la continuité des soins

Par un suivi régulier de la clientèle, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne établiront dans le temps une solide relation patient-médecin leur permettant de cerner l'ensemble de ses besoins et d'intégrer les soins dispensés par différents intervenants, en tenant compte de son environnement familial et social. Ils seront de plus dépositaires du dossier médical. Ce dernier suivra le patient lors d'un changement d'inscription.

Par un suivi régulier de la clientèle, les médecins seront également en mesure de la conseiller sur l'utilisation judicieuse des ressources disponibles pour répondre à ses besoins et de l'orienter dans le système de soins, en la référant au besoin à des médecins spécialistes. Au retour d'une référence, ils assureront le suivi des soins avec ou sans la collaboration des médecins spécialistes selon le cas.

Les médecins de 1<sup>re</sup> ligne seront incités à agir en complémentarité avec les autres niveaux de soins. À cet égard, ils développeront et entretiendront une collaboration étroite avec les médecins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Ils devraient également pouvoir s'appuyer sur un bon système d'information, incluant le dossier médical informatisé et la transmission formelle d'informations entre la 1<sup>re</sup> ligne et les autres niveaux de services.

d'assurer la défense des intérêts de leur clientèle

Bien au fait des problèmes de santé qui affecteront la population dont ils auront la charge, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne seront les mieux placés pour défendre ses intérêts.

Ils interviendront donc auprès des autorités de santé publique pour les informer des problèmes de santé de leur milieu et les exhorter à prendre les mesures appropriées pour améliorer la situation.

Ils interviendront également auprès des Commissions médicales régionales pour influencer le développement ou la réorganisation des services afin de répondre adéquatement aux besoins de la population.

Toutes ces responsabilités sont importantes et doivent être assumées par les médecins de 1<sup>re</sup> ligne quel que soit l'environnement dans lequel ils exercent. Aucune ne doit être priorisée au détriment des autres. Il ne faudrait pas privilégier, par exemple, l'accessibilité aux soins au désavantage de leur globalité et de leur continuité. C'est ainsi que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne répondront aux attentes de la population et aux nouveaux besoins créés, entre autres, par le virage ambulatoire et le vieillissement de la population.

Afin d'augmenter la responsabilisation des médecins et de la population, le Conseil croit qu'il serait pertinent d'élaborer une charte énonçant les obligations réciproques des uns et des autres. On pourrait y retrouver, notamment :

- . les modalités d'inscription;

- 
- . les critères pour les visites à domicile;
  - . le délai pour obtenir un rendez-vous urgent ou non urgent chez son médecin ou son remplaçant;
  - . le traitement des plaintes.

### **3- LES PRINCIPES À LA BASE DU MODE DE REMUNERATION DES MÉDECINS DE 1<sup>re</sup> LIGNE**

La nouvelle dynamique des services médicaux veut entraîner, comme nous venons de le voir, des modifications majeures dans le comportement tant des médecins que de la population, particulièrement en 1<sup>re</sup> ligne. Elle oblige par conséquent, de revoir en profondeur les principes sur lesquels repose la rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne.

Le Conseil a retenu, en regard des objectifs poursuivis, les principes de responsabilisation, de qualité et d'équité, et les principes de souplesse, d'efficience et de cohérence pour les qualités intrinsèques du mode.

#### **Responsabilisation**

Engagés auprès d'une collectivité, les médecins de 1<sup>re</sup> ligne prennent en charge une clientèle inscrite pour laquelle ils ont la responsabilité d'aider à se garder en santé, de lui dispenser un ensemble de services médicaux courants et de la diriger au besoin, dans le système de soins.

Le Conseil estime donc que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne doivent dorénavant être rémunérés en tenant compte de cette prise en charge. De plus, comme c'est l'inscription de la clientèle qui permet cette prise en charge par laquelle les médecins s'engagent à assumer diverses responsabilités, le Conseil considère que le nombre de personnes inscrites et leurs caractéristiques devront constituer l'élément clef de leur rémunération.

### **Qualité**

Le Conseil juge fondamental que chaque citoyen choisisse le médecin auprès duquel il veut s'inscrire et qu'il puisse modifier ce choix, notamment, s'il n'est pas satisfait de sa relation ou de la qualité des services qu'il reçoit. Par qualité, le Conseil entend, comme le Collège des médecins du Québec, « la caractéristique de l'acte médical qui modifie l'évolution naturelle de l'état de santé par l'application de principes scientifiques en réponse aux attentes du patient<sup>15</sup> ».

Dans ce contexte, la qualité est déterminée par l'évaluation que fait le patient des soins qu'il reçoit en regard d'un ou plusieurs de ses attributs qui sont l'efficacité, l'effectivité, l'efficience, l'acceptabilité, la pertinence et l'accessibilité.

Or, pour inciter les médecins à offrir des services personnalisés de qualité, répondant adéquatement aux besoins de leur clientèle, le Conseil croit à certains avantages d'une saine compétition entre eux et considère qu'elle doit être encouragée. Il recommande donc que l'argent suive les patients.

### **Équité**

---

<sup>15</sup> Corporation professionnelle des médecins du Québec, *La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement*, Février 1994

---

Le Conseil considère capital que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne soient rémunérés équitablement en fonction des efforts qu'ils investissent dans la prestation de services de qualité à la population.

Par ailleurs, équité ne signifie pas égalité. Ainsi, si une clientèle composée d'un grand nombre de personnes âgées dépendantes nécessite davantage de disponibilité, de services et de suivi au bureau et à domicile qu'une clientèle jeune et en santé, il va de soi que les médecins responsables de la première soient mieux rémunérés. Le mode de rémunération doit viser une juste rétribution pour la charge de travail des médecins.

### **Souplesse**

Le Québec est formé d'une multitude de collectivités aux caractéristiques diverses. Par exemple, certaines ont une population urbaine, instruite et aisée vivant dans un milieu agréable situé souvent en banlieue. D'autres, à l'opposé, sont composées d'une population majoritairement défavorisée économiquement et socialement. Quelques-unes rassemblent un ensemble de personnes dispersées sur un vaste territoire éloigné d'un grand centre.

Il importe, par conséquent, au Conseil que le mode de rémunération des médecins soit suffisamment souple pour permettre de tenir compte des différents environnements dans lesquels ils peuvent exercer.

**Efficienc**

Dans un contexte de ressources limitées, l'argent doit être utilisé à bon escient et prioritairement alloué aux services à la population. Le mode de rémunération doit donc être efficient et à cet effet, être relativement simple à administrer afin de minimiser les besoins de personnel pour sa gestion.

**Cohérence**

Dès le début du régime d'assurance-maladie, le mode d'allocation des ressources pour les médecins fut rétrospectif selon une formule de remboursement. En 1995-1996, le Gouvernement décida de gérer les dépenses avec un budget fermé et par conséquent de procéder désormais à une allocation des ressources selon un mode prospectif.

Le Conseil est d'avis, partant de ce fait, que le mode de rémunération gagnerait à être cohérent avec le nouveau mode de financement, sans quoi on s'expose à plusieurs difficultés de gestion.

**4- UN MODE MIXTE DE RÉMUNÉRATION LIÉ  
À L'INSCRIPTION DE LA POPULATION**

Après avoir identifié les principes sur lesquels devrait désormais se fonder le mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne conformément aux exigences de la hiérarchisation des services médicaux, le Conseil a étudié, de façon particulière, les principaux modes de paiement des médecins de 1<sup>re</sup> ligne au Québec, dans les autres provinces et à l'étranger.

---

On retrouve le paiement à l'acte, la rémunération à forfait et la rémunération à caractère horaire. Et comme le soulignent les différentes études sur le sujet, chaque formule offre des avantages et des désavantages.

Ainsi, le paiement à l'acte, utilisé en 1994 par 88,5 % des omnipraticiens du Québec pour une partie ou la totalité de leur revenu, rembourse les médecins en fonction du nombre et du type de services rendus, selon une grille de tarifs négociés entre le Gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Ce mode lie directement le revenu des médecins au volume d'activités ou d'actes posés mais il ne permet pas toujours de tenir compte des caractéristiques et des besoins de la population à desservir, comme le constatait le Conseil dans son avis sur la hiérarchisation des services médicaux. De plus, il peut inciter les médecins à des comportements contraires à ceux visés par la hiérarchisation des services médicaux qui sont notamment la pertinence et le travail en équipe multidisciplinaire, en plus d'être difficilement compatible avec un mode de financement prospectif. Il peut cependant être lié au nombre de personnes inscrites et à leurs caractéristiques.

Toujours en 1994, 46,9 % des omnipraticiens tiraient la totalité ou une partie de leur revenu d'un mode qui les rémunère en fonction du temps travaillé. Ce mode présente l'avantage de permettre l'atteinte de plusieurs objectifs de la hiérarchisation parmi lesquels la globalité et la continuité des soins. De plus, il respecte la liberté thérapeutique des médecins et s'adapte bien à un financement déterminé a priori. Toutefois, il peut amener les médecins de 1<sup>re</sup> ligne à limiter leur offre de services et il ne permet pas de lier la rémunération au nombre de personnes inscrites et à leurs caractéristiques.

Par la formule à forfait, les médecins reçoivent un montant spécifique, ajusté en fonction de différentes variables telles que l'âge et le sexe, pour chaque personne

inscrite sur leur liste afin de leur rendre la totalité des services requis durant une période donnée, généralement un an. Appliqué dans plusieurs pays et même en Ontario, ce mode n'est toujours pas utilisé au Québec. Il favorise la globalité, la continuité et la coordination des soins et encourage également une utilisation judicieuse des ressources. Cohérente avec le nouveau mode de financement, cette formule respecte de plus l'autonomie des professionnels. Elle présente cependant des risques de sélection de clientèle et de sous-utilisation des services.

Le Conseil retient qu'aucun mode de rémunération ne peut satisfaire l'ensemble des principes énoncés au chapitre précédent, ni permettre aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne l'atteinte des objectifs visés par la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux. En conséquence, il propose un mode mixte lié à l'inscription de la population.

#### **4.1 Un mode mixte**

Par la combinaison des caractéristiques de modes de paiement différents, le Conseil croit possible de modifier suffisamment les modes actuels de rémunération pour entraîner chez les médecins les divers comportements voulus par la hiérarchisation.

Par diverses combinaisons, on arrive à compenser les points faibles, à diminuer les effets indésirables et à augmenter les impacts positifs des différents modes de paiement. Ainsi, accorder une prime aux médecins qui atteignent les objectifs particuliers de santé fixés pour leur clientèle, les encourage à une pratique orientée vers la santé et vers la poursuite de résultats. De même, rémunérer à l'acte certains services non dispensés par l'ensemble des médecins de 1<sup>re</sup> ligne,

---

notamment les accouchements, certaines chirurgies... encourage les médecins à les dispenser.

Dans les dernières années, plusieurs pays<sup>16</sup> ont amélioré leur mode de paiement des médecins de 1<sup>re</sup> ligne de cette manière. Au Canada, plusieurs propositions appuient cette orientation<sup>17</sup>.

## **4.2 Un mode lié à l'inscription**

Le Conseil considère essentiel de lier le revenu des médecins au nombre de personnes qui s'inscrivent auprès d'eux et à leurs caractéristiques afin d'augmenter la responsabilisation de la population et des médecins, la qualité des services dispensés, la satisfaction de la clientèle et l'utilisation optimale des effectifs médicaux. Même plus, la partie du revenu liée à l'inscription devrait, selon le Conseil, être l'élément clef d'un mode mixte de rémunération.

Il importe également au Conseil que le mode de rémunération soit équitable pour les médecins afin de ne pas les inciter à une forme quelconque de sélection de clientèle et de ne pas les décourager à travailler auprès des clientèles lourdes et dans les milieux difficiles ou défavorisés. Par conséquent, il estime que le calcul des sommes à allouer à l'inscription de la population devrait prendre en considération plusieurs facteurs parmi lesquels les caractéristiques individuelles des personnes inscrites et les caractéristiques de leur milieu de vie.

Au chapitre des caractéristiques individuelles, l'âge et le sexe sont les principaux éléments à retenir. Toutefois, ils ne suffiraient pas pour éviter une sélection de

---

<sup>16</sup> Se référer à l'annexe 6

<sup>17</sup> Se référer à l'annexe 7

clientèle. Aussi, plusieurs autres variables ont été considérées : les diagnostics, les informations cliniques, les facteurs de risque, l'incapacité, le niveau de santé et les caractéristiques sociodémographiques. Cependant ces variables fines prises une à une ne peuvent être retenues pour l'instant car elles présentent plusieurs difficultés d'application.

Par ailleurs, comme le souligne une étude<sup>18</sup>, certaines conditions qui ont un impact important sur l'intensité des soins médicaux en ambulatoire, telles les maladies chroniques instables, les personnes porteuses du VIH...devraient être prises en considération.

Au chapitre des caractéristiques du milieu de vie, la dispersion de la clientèle selon qu'elle demeure en milieu urbain, semi-urbain ou rural, et certaines variables sociodémographiques identifiant les territoires défavorisés où la charge de travail des médecins de 1<sup>re</sup> ligne est augmentée, sont généralement utilisées.

Enfin, rappelons en terminant certains critères facilitant l'identification des facteurs à retenir dans la formule de calcul. Ils ont été énoncés dès 1986<sup>19</sup> et paraissent toujours pertinents au Conseil :

- . les sommes calculées par inscription doivent refléter les coûts individuels des services de santé prévisibles;
- . les coûts prévisibles doivent varier en fonction des caractéristiques des personnes inscrites;
- . la formule arrêtée doit être utilisable pour toute personne inscrite;
- . la formule doit résister à toute manipulation de la part des patients comme des médecins;

---

<sup>18</sup> Gait J., *Development of a Risk - Adjusted Capitation Formula - A Review of the Literature - Draft*, Ministry of Health, British Columbia, July 1995

<sup>19</sup> Anderson G.F., Cantor J.C., Steingerg E. P., Holloway J., *Capitation pricing : adjusting for prior utilization and physician discretion*, *Health Care Financing Review*, Winter 1986, Vol. 8 no 2 , p. 27-34

---

. la collecte des données et leur traitement doivent être administrativement possibles.

### **4.3 Divers modes mixtes liés à l'inscription**

Le Conseil a par la suite élaboré diverses formules de modes mixtes de rémunération liés à l'inscription de la population permettant aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne d'assumer pleinement leur rôle, tel que décrit au chapitre 2.2.

Ces diverses formules comprennent toutes ces trois composantes :

- un élément clef qui totalise l'ensemble des montants annuels déterminés à l'inscription de la population. Il sert à rétribuer les médecins durant cette période pour les engagements pris envers la clientèle inscrite et à couvrir les coûts des activités administratives inhérentes au fonctionnement du travail en groupe.

Le montant spécifique alloué pour chaque personne inscrite devrait tenir compte, au minimum, des caractéristiques des individus que sont l'âge et le sexe. Il devrait aussi prendre en considération d'autres caractéristiques individuelles (conditions chroniques particulières comme la polytoxicomanie,...) et certaines particularités du milieu, telles les variables sociodémographiques et la dispersion de la clientèle (milieu urbain, semi-urbain, rural).

un élément composé de primes diverses pouvant être accordées aux médecins ayant une clientèle inscrite. Par l'octroi de primes, on veut

encourager chez les médecins de 1<sup>re</sup> ligne le développement et le renforcement de certains comportements. Cet élément sert donc d'incitation à l'atteinte de certains objectifs. Ceux-ci peuvent concerner la santé de leur clientèle et l'organisation des services à mettre en place. Ils peuvent être fixés nationalement, régionalement et même localement.

- un élément qui permet le paiement à l'acte de certains services spécifiques rendus à la clientèle. Par cet élément, on encourage les médecins de 1<sup>re</sup> ligne à accomplir certains services qui ne font pas partie de leurs responsabilités régulières. Ces services peuvent s'adresser à des personnes non inscrites auprès de ces médecins.

Le Conseil a travaillé à l'élaboration de modes mixtes « types » dont l'élément clef varie : un mode rétribue principalement les médecins selon un forfait, un mode les paie principalement à honoraires fixes et un dernier mode les rémunère surtout à l'acte.

Le Conseil n'a pas jugé pertinent d'indiquer les pourcentages à accorder à chaque élément car cela relève des ententes. Il revient donc à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux de convenir de ceux-ci. Toutefois, le Conseil rappelle que la partie liée à l'inscription de la population doit être suffisamment déterminante pour amener un changement.

**A- Mode mixte fondé principalement sur le paiement à forfait**

→ Paiement d'un montant forfaitaire pour chaque personne inscrite<sup>1</sup>;

→ Paiement de primes diverses à l'atteinte d'objectifs<sup>1</sup> :

- . particuliers de santé pour la clientèle inscrite;
- . d'organisation de services ;

→ Paiement à l'acte de certains services spécifiques<sup>1</sup> :

ex. : accouchements  
certaines chirurgies  
activités médico-administratives de la CSST

---

<sup>1</sup> Se référer au texte pour la description détaillée

**B- Mode mixte fondé principalement sur le paiement à honoraires fixes**

→ Paiement à honoraires fixes pour une charge de travail qui est fonction de la clientèle inscrite<sup>1</sup>;

Ces honoraires incluent les avantages sociaux :

- . les vacances;
- . un fonds de retraite;
- . etc.

→ Paiement de primes diverses à l'atteinte d'objectifs<sup>1</sup> :

- . particuliers de santé pour la clientèle inscrite;
- . d'organisation de services ;

→ Paiement à l'acte de certains services spécifiques<sup>1</sup>:

ex.:    accouchements  
          certaines chirurgies  
          activités médico-administratives de la CSST

---

<sup>1</sup> Se référer au texte pour la description détaillée

### **C- Mode mixte fondé principalement sur le paiement à l'acte**

→ Paiement à l'acte des services rendus aux personnes inscrites;

Le médecin facture à l'acte. Toutefois, le revenu maximum qu'il peut obtenir par ce paiement à l'acte ne peut dépasser le total des montants alloués pour chaque personne inscrite sur sa liste<sup>1</sup>.

→ Paiement de primes diverses pour l'atteinte d'objectifs<sup>1</sup> :

- . particuliers de santé pour la clientèle inscrite;
- . d'organisation de services.

→ Paiement à l'acte de certains services spécifiques<sup>1,2</sup> :

ex. :      accouchements  
             certaines chirurgies  
             activités médico-administratives de la CSST

---

<sup>1</sup> Se référer au texte pour la description détaillée

<sup>2</sup> Ce paiement n'est pas comptabilisé dans le calcul du plafond individuel des médecins

Les médecins peuvent opter pour l'une ou l'autre formule, qu'ils travaillent en cabinet privé ou en établissement (C.L.S.C.). Toutefois, les médecins oeuvrant en cabinet recevront un montant additionnel pour couvrir les frais de bureau, peu importe l'option de rémunération choisie.

Enfin, le Conseil souligne que les omnipraticiens oeuvrant en 2<sup>e</sup> ligne verront leurs activités de 2<sup>e</sup> ligne rémunérées selon les modalités de paiement prévues pour ces activités. De même, les activités d'enseignement, de recherche et d'administration autres que celles inhérentes au fonctionnement des groupes seront payées selon les modalités convenues pour ces activités.

## **5- LES CARACTÉRISTIQUES DES MODES DE RÉMUNÉRATION PROPOSÉS**

Le Conseil a élaboré trois formules mixtes, comme on peut le constater, qui satisfont différemment aux principes qui ont été identifiés comme devant être à la base de la rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne dans le contexte de l'implantation de la nouvelle dynamique organisationnelle des services médicaux.

Par leur rattachement à l'inscription de la population, ces formules favorisent une plus grande responsabilisation des principaux acteurs que sont la population et les médecins, elles poussent à une amélioration de la qualité des services et concourent à une meilleure répartition des médecins sur le territoire.

De plus, grâce à leurs divers éléments, elles sont à la fois plus complètes et plus souples que les formules actuelles et parviennent même à compenser, pour une bonne part, les points faibles et les effets indésirables de leur élément clef.

Cependant, les formules proposées présentent diverses caractéristiques qui influencent différemment le comportement des médecins. Le Conseil estime important d'examiner celles-ci afin d'en évaluer l'impact et de prévoir la mise en place d'un monitoring approprié.

### **5.1 Mode mixte fondé principalement sur le paiement à forfait**

Selon la logique déterminante de ce mode mixte, les médecins reçoivent un montant forfaitaire spécifique pour toute personne inscrite sur leur liste dont ils prennent charge et pour laquelle ils s'engagent à assumer les responsabilités décrites au chapitre 2.2. Les médecins sont ainsi directement payés pour fournir l'ensemble des services découlant des responsabilités convenues pour les médecins de 1<sup>re</sup> ligne. Pour améliorer leur revenu, ils doivent augmenter leur clientèle. Et comme l'argent suit la clientèle, ils ont intérêt à la fidéliser en la satisfaisant par des services de qualité qui correspondent à ses besoins.

De plus, recevant un montant forfaitaire ajusté aux caractéristiques de la clientèle qui influent sur leur charge de travail, soit les caractéristiques individuelles et du milieu de vie, les médecins peuvent accepter toute clientèle sans encourir un quelconque désavantage financier. Ils ne sont donc pas incités à sélectionner leur clientèle.

De même, étant payés pour assumer un ensemble de responsabilités, les médecins ne sont pas incités à multiplier les actes. Au contraire, ils sont encouragés à limiter leur prestation de services à ce qui est nécessaire et à utiliser judicieusement les diverses ressources mises à leur disposition.

Plus, ils sont encouragés à stimuler leur clientèle à prendre en main sa santé. Et par l'octroi de primes liées à l'atteinte de certains objectifs de santé, les médecins sont même supportés dans leurs actions préventives.

Enfin, pour inciter les médecins à accomplir certains services non inclus dans leurs tâches régulières, par exemple les accouchements, ces derniers sont payés à l'acte.

Toutefois, ce mode peut amener certains médecins à référer en 2<sup>e</sup> ligne une clientèle qu'ils pourraient investiguer et traiter eux-mêmes en 1<sup>re</sup> ligne, particulièrement s'il n'existe pas de consensus entre ce qui relève de la compétence des médecins de 1<sup>re</sup> ligne et de celle des spécialistes. La fidélisation de la clientèle aide à contrer ce comportement. Toutefois, c'est surtout par une rémunération des médecins spécialistes établie en conséquence qu'il sera possible de diminuer les références non pertinentes.

Quant à l'autonomie professionnelle, les médecins qui optent pour ce mode de rémunération ont la liberté de choisir les formes d'interventions qu'ils jugent les plus appropriées pour leur clientèle et peuvent maximiser l'utilisation de leurs compétences et de leurs habiletés en travaillant en équipe multidisciplinaire sans impact négatif pour leur rémunération. De plus, ils continuent d'être des entrepreneurs libres ou des professionnels indépendants, avec toute liberté pour organiser leur pratique en réponse aux besoins de leur clientèle : consultations avec et sans rendez-vous, consultations téléphoniques, visites à domicile... Cette organisation est même facilitée par l'identification de la clientèle et de ses besoins. En résumé, on peut affirmer que ce mode mixte est approprié à la nouvelle dynamique organisationnelle que le Conseil souhaite voir implanter dans les

---

services médicaux. Centré sur la clientèle et ses besoins, ce mode est compatible avec le rôle et les responsabilités des médecins de 1<sup>re</sup> ligne et favorise une pratique efficiente.

On peut également souligner qu'il est bien adapté au nouveau mode de financement à budget fermé et qu'il présente une logique à l'opposé de celle du mode de paiement à l'acte présentement utilisé par la majorité des omnipraticiens. Toutefois, ce mode mixte fondé principalement sur le paiement à forfait est méconnu au Québec. En conséquence, il suscite beaucoup d'appréhension chez les médecins.

## **5.2 Mode mixte fondé principalement sur le paiement à honoraires fixes**

Les médecins qui choisissent ce mode mixte reçoivent des honoraires fixes pour une charge de travail qui est fonction de la clientèle inscrite auprès d'eux. La caractéristique qui singularise ce mode du précédent concerne le paiement d'avantages sociaux, tels les vacances, un fonds de retraite...

Pour tous les autres aspects, ce mode est identique au premier. Il est donc approprié à la hiérarchisation des services médicaux et compatible avec le nouveau mode de financement du système.

Ce nouveau mode mixte lie le paiement des honoraires fixes aux responsabilités à assumer auprès de la clientèle inscrite plutôt qu'au temps de travail. Il diffère donc du mode actuel de paiement à honoraires fixes.

### **5.3 Mode mixte fondé principalement sur le paiement à l'acte**

Pareillement au mode actuel de paiement à l'acte, les médecins qui choisissent ce mode mixte tirent la majorité de leur revenu d'un remboursement à l'acte pour les services qu'ils rendent à leur clientèle inscrite. Ce mode établit une relation directe entre le revenu des médecins et le volume d'actes qu'ils posent. Cependant, il se différencie du mode actuel du paiement à l'acte notamment par le fait que le maximum qui peut être remboursé est calculé en fonction de la clientèle inscrite.

Les médecins sont donc incités, pour augmenter leur revenu, à prendre charge d'une clientèle nombreuse, à la fidéliser et à lui dispenser de nombreux services, visites, examens et traitements. Il n'y a toutefois pas de garantie que ceux-ci soient toujours nécessaires et pertinents.

De plus, les médecins sont encouragés à traiter leur clientèle en 1<sup>re</sup> ligne au lieu de la référer en 2<sup>e</sup> ligne et à assurer eux-mêmes les traitements plutôt que de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et d'utiliser leurs compétences de façon optimale. Leur accorder une prime pour le travail en équipe pourrait peut-être faciliter une démarche dans cette direction.

S'ils sont invités à une approche préventive auprès de leur clientèle, grâce aux primes octroyées pour l'atteinte d'objectifs de santé, les médecins sont beaucoup moins stimulés que ceux rémunérés selon les deux autres modes mixtes à mettre à profit la relation médecin-patient pour exhorter leur clientèle à prendre en main sa santé.

Par ailleurs, ce mode, tout comme les deux précédents, respecte l'autonomie professionnelle des médecins en leur permettant de choisir les modalités d'intervention pour leur clientèle et en les laissant libres d'organiser leurs activités

---

selon leur convenance en réponse aux besoins de leur clientèle. Si l'organisation de leur travail est facilitée par l'inscription de la clientèle, elle est rendue par contre plus difficile par les engagements pris envers la clientèle d'assumer certaines responsabilités durant toute l'année. Il y a un risque pour les médecins d'atteindre leur plafond financier avant la fin de l'année et de vouloir en conséquence diminuer leur disponibilité, par exemple au détriment de la clientèle à servir.

Pour toutes les raisons évoquées, ce mode mixte paraît le moins approprié à la nouvelle dynamique, d'autant plus que sa logique est sensiblement la même que celle du paiement à l'acte présentement en vigueur. Et comme le constate le Conseil, il incite peu les médecins à changer de comportements.

En conclusion, le Conseil est d'avis que les trois modes peuvent être expérimentés car ils sont liés à l'inscription de la population et contribuent à l'implantation de la hiérarchisation des services médicaux. De plus, le Conseil estime que les médecins de 1<sup>re</sup> ligne sont les premiers concernés et les mieux placés pour identifier l'option qui convient à leurs aspirations, à leur régime fiscal et à leur environnement professionnel. Il recommande donc de les laisser libres d'opter pour l'une ou l'autre formule mixte dans le cadre des projets de démonstration dont on parlera au chapitre suivant.

De plus, dans ce contexte, le tarif horaire, comme tous les modes de rémunération basés sur le temps de travail, n'a désormais plus sa place. Les médecins rémunérés selon ce mode pourront opter pour le mode mixte à forfait ou s'ils préfèrent changer davantage, choisir l'une des deux autres formules proposées. Quant au travail à mi-temps, il sera toujours possible aux médecins exerçant en cabinet ou en C.L.S.C. d'y avoir accès. Toutefois, cela relèvera dorénavant exclusivement de l'organisation interne des groupes.

## **6- STRATEGIE D'IMPLANTATION**

Le Conseil estime que la période actuelle est propice pour apporter des changements à l'organisation des services médicaux. Le virage ambulatoire et les contraintes budgétaires obligent une redéfinition, tant des responsabilités des médecins que de celles de la population. Et comme le soulignait le Conseil en juin 1995, cette redéfinition doit se réaliser dans les meilleurs délais.

La réorganisation des services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne que propose le Conseil par la hiérarchisation des services médicaux conduira la population et les médecins à des changements importants de leurs façons de faire :

- . inscription de la population;
- . prise en charge de la clientèle inscrite par les médecins de 1<sup>re</sup> ligne;
- . accessibilité en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes sur référence seulement.

La réorganisation des services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne appelle donc de nouveaux modes de paiement des médecins qui satisfassent aux principes recherchés de responsabilisation, de qualité et d'équité. Et comme on l'a vu précédemment, des formules mixtes de rémunération dont l'élément clef repose sur le nombre de personnes prises en charge et leurs caractéristiques paraissent plus appropriées dans le contexte actuel.

Conscient que des changements aussi fondamentaux ne peuvent se réaliser que sur une certaine période de temps, le Conseil recommande d'implanter progressivement les nouveaux modes de rémunération en débutant par la mise en place de projets de démonstration sur la prestation de services médicaux en 1<sup>re</sup> ligne selon la nouvelle dynamique organisationnelle.

De tels projets permettraient de démontrer que la réorganisation des services de 1<sup>re</sup> ligne conformément aux objectifs de la hiérarchisation est possible et

---

avantageuse pour tous, population et médecins, quand elle s'appuie sur un mode de rémunération des médecins adapté aux objectifs visés. Ils permettraient également au plan administratif, tous les ajustements nécessaires à l'opération des nouveaux modes de rémunération des médecins avant de les généraliser.

Pour obtenir l'effet d'entraînement souhaité, il importe cependant que les projets soient représentatifs des divers milieux d'exercice et puissent être généralisables sur le territoire québécois. De plus, chaque projet expérimenterait un nouveau mode mixte de rémunération selon l'une ou l'autre option proposée, les trois devant être toutefois expérimentées.

Les divers projets pourraient se dérouler, par exemple de 1997 à l'an 2000, dans différentes régions du Québec, après quoi la réorganisation de l'ensemble des services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne selon la nouvelle orientation pourrait être amorcée. Le Conseil considère réaliste une période de trois années pour expérimenter et apporter les correctifs aux projets de sorte que l'implantation de la nouvelle dynamique sur le territoire du Québec puisse se réaliser en cinq ans.

Par ailleurs, pour assurer la réussite des projets de démonstration et gagner l'adhésion de la population et des omnipraticiens à la nouvelle orientation, le Conseil tient à souligner l'importance de respecter certaines conditions :

ù Volonté gouvernementale

La réussite des projets et de la réorganisation de l'ensemble des services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne ne sera possible qu'avec l'approbation et l'appui soutenu du Gouvernement et ce, tout au long de l'implantation.

ù Solide stratégie de communication

La population et les médecins doivent bien comprendre les raisons des changements à apporter à l'organisation des services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne. Les bénéfices qu'ils en retireront doivent leur être expliqués de façon suffisamment claire afin qu'ils y adhèrent et qu'il n'y ait pas de retombées qui rendent impopulaires les changements.

Ainsi, à la population, on pourrait montrer les avantages de l'inscription auprès d'un médecin de 1<sup>re</sup> ligne pour obtenir des soins complets, continus et intégrés.

Aux médecins, on pourrait exposer notamment les différences entre les nouveaux modes mixtes de rémunération et les modes présentement en vigueur en soulignant, entre autres, le caractère plus équitable des nouveaux modes.

En conséquence, une solide stratégie de communication doit être développée à l'intention de la population et des médecins.

---

ù Partenariat MSSS-FMOQ

Il est essentiel que le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec travaillent conjointement, dans un réel esprit de partenariat, à l'implantation des projets de démonstration.

C'est ensemble qu'ils devraient élaborer notamment l'entente MSSS-FMOQ destinée à orienter la mise en place progressive des nouveaux modes mixtes de rémunération pour les omnipraticiens oeuvrant en 1<sup>re</sup> ligne.

ù Partenariat MSSS-FMOQ-FMSQ

La réussite des projets repose également sur la collaboration des médecins spécialistes à cause de l'impact sur leur pratique. Leur rôle complémentaire de consultants, de thérapeutes spécialisés à titre de médecins traitants et d'agents de support professionnel aux intervenants de 1<sup>re</sup> ligne est valorisé.

Ils doivent donc travailler conjointement avec les médecins de 1<sup>re</sup> ligne à l'implantation des projets de démonstration.

ù Système d'information

Un système de données informatisées doit être développé pour favoriser une gestion clinique et administrative optimale des services dispensés en 1<sup>re</sup> ligne peu importe le système de rémunération choisi par le médecin. Le niveau d'information devra être au moins égal à celui disponible

lorsque les médecins facturent à l'acte et, sous certains aspects, d'un niveau supérieur. De plus, la cueillette d'informations doit être simple et rapide à faire.

Le système d'information doit viser à améliorer la qualité des soins dispensés. À cet effet, l'information recueillie doit permettre aux médecins notamment de déterminer les besoins de la clientèle en matière de soins de santé, d'évaluer de quelle manière ces besoins peuvent être satisfaits et d'en apprécier les résultats.

Il doit également permettre d'appuyer un contrôle de qualité et d'assurer un suivi administratif en regard, entre autres, de l'inscription de la clientèle et de l'efficacité du système.

#### ü Évaluation des projets

Vu la portée des changements envisagés, il faut prévoir dès le départ l'évaluation des projets. Il importe de détecter tout problème ou difficulté et d'y apporter une solution appropriée durant l'implantation et le déroulement des projets.

## **CONCLUSION**

Par ses travaux, le Conseil a identifié les composantes d'un nouveau mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne qui faciliteraient la mise en place de la hiérarchisation des services médicaux. Celles-ci permettraient aussi de consolider les points forts de l'organisation et de la prestation actuelles des services médicaux, à savoir:

- . la couverture universelle de la population;

- . la prise en charge par le régime des services médicalement requis rendus par les médecins;
- . un nombre suffisant de médecins de 1<sup>re</sup> ligne dispensant une vaste gamme de services médicaux sur l'ensemble du territoire québécois, d'où une bonne accessibilité de ces services pour la population;
- . la liberté de chaque citoyen de choisir son médecin de 1<sup>re</sup> ligne et de modifier ce choix s'il n'est pas satisfait de sa relation ou de la qualité des services reçus;
- . la liberté thérapeutique des médecins.

Ces composantes permettraient également d'améliorer les services à la population en ce qui concerne la globalité, l'intégration, la continuité et la pertinence des soins.

Le Conseil recommande donc essentiellement:

- . **d'établir un mécanisme obligatoire d'inscription de la population auprès d'un médecin omnipraticien intervenant en 1<sup>re</sup> ligne;**
- . **de faire reposer le mode de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne principalement sur des principes de responsabilisation et d'équité;**

- . **de retenir comme modes de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne des modes mixtes liés à l'inscription de la population dont l'élément clef est fonction de la clientèle inscrite et de ses caractéristiques;**
- . **d'implanter progressivement les nouveaux modes mixtes de rémunération liés à l'inscription de la population par la mise en place sur base volontaire de projets de démonstration;**
- . **de développer un système de données informatisées permettant de favoriser une gestion clinique et administrative optimale des services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne;**

Le Conseil ne retient pas pour le moment la gestion de budget (fundholding) pour les médecins de 1<sup>re</sup> ligne. Il considère que la prise en charge d'une clientèle inscrite et une rémunération équitable des médecins représentent les premières étapes de la réorganisation des services médicaux dispensés en 1<sup>re</sup> ligne.

Enfin, le Conseil estime essentiel de revoir également les modes de rémunération des médecins de 2<sup>e</sup> ligne afin de les rendre compatibles avec ceux des médecins de 1<sup>re</sup> ligne et conformes aux objectifs visés par la hiérarchisation des services médicaux.

## ANNEXES

---

1. Experts étrangers consultés
2. Liste de documents canadiens sur les modes de rémunération des médecins étudiés
3. Médecins spécialistes consultés
4. Experts québécois consultés
5. Nombre de patients inscrits auprès des médecins
6. Exemples européens de modes mixtes de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne
7. Propositions canadiennes de modes mixtes de rémunération des médecins de 1<sup>re</sup> ligne
8. Pratique en groupe : nombre de médecins de 1<sup>re</sup> ligne
9. Durée minimale d'inscription et possibilités de changement

## ANNEXE 1

### EXPERTS ÉTRANGERS CONSULTÉS

---

#### A- Le 10 octobre 1995

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| Monsieur Douglas Angus     | . économiste, professeur à l'Université d'Ottawa  |
| Docteur Marc Brémont       | . médecin, professeur à l'École nationale de santé publique de Rennes, France                       |
| Docteur Richard B. Saltman | . politicologue, professeur à l'École de santé publique de l'Université Emory d'Atlanta, États-Unis |

#### B- Le 2 novembre 1995

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| Docteur Gérard de Pouvourville | . directeur de recherche au CNRS, France   |
| Madame Lise Rochaix            | . chargée de recherche, Université de Brest, France  |
| Madame Simone Sandier          | . directrice de recherche au Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), France |
| Madame Marie-Jo Sourty         | . chargée de recherche, CREDES, France   |

## C- Le 3 décembre 1995

- Docteur Fiona Brooks . Senior Lecturer in Health Sociology, School of Health and Community Studies, Sheffield University, Great Britain
- Docteur Veronica Casado Vicente . sous-directrice générale de la planification sanitaire, Ministère de la Santé, Espagne  
. présidente du Secrétariat européen de pratiques de santé communautaire
- Docteur Henri De Ridder . Maison médicale De Sleep, Gand, Belgique
- Docteur Chris Drinkwater . Senior Lecturer in Primary Health Care, Care, The Medical School, New-Castle-upon-Tyne, Great Britain
- Docteur Simo Kokko . Head of Research and Development, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, Finland
- Docteur Jacques Morel . médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales de Belgique
- Docteur Roberto Nardi . Medecina Persona, Bisuschio, Italia

## ANNEXE 2

### LISTE DE DOCUMENTS CANADIENS SUR LES MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ÉTUDIÉS

---

#### I NIVEAU NATIONAL

- The College of Family Physicians of Canada \ Le Collège des médecins de famille du Canada, *CFPC Proposal for a Blended Funding Mechanism*, February 1994
- Comité consultatif sur les services de santé, *Le rapport Victoria sur la rémunération des médecins : Un modèle en vue de la réorganisation des soins primaires et de l'introduction du financement fondé sur la population*, 1995
- The College of Family Physicians of Canada/Le Collège des médecins de famille du Canada, *Gérer le changement : Un modèle de pratique de groupe en médecine familiale- Livre vert*, septembre 1995

Association médicale canadienne, Comprendre la rémunération des médecins, *Actualités AMC*, Vol.5, no 10, octobre 1995

- Comité consultatif sur les services de santé, *Dialogue sur les soins de santé primaires : à vous de choisir*, avril 1996
- Canadian Medical Association, *Shared Policy Principles on Payment, Funding and Delivery of Primary Care Services, Discussion Document*, Response to Alternative Payment Proposals Working Group, April 28, 1996

#### II NIVEAU PROVINCIAL

##### A- Alberta

- Alberta Medical Association, *Alternative Remuneration for Primary Care : Fee for Comprehensive Care Option*, (Feb. 1995)

## **B- Colombie Britannique**

- Gait J., *Development of a risk - adjusted capitation formula - A review of the literature - Draft*, A Background Paper Prepared for the Working Group on Capitation Policy, Alternative Payments Branch, British Columbia Ministry of Health, July 1995
- British Columbia Medical Association, *Capitation : A Wolf in Sheep's Clothing ?*, Project Group on Capitation Policy, November 1995
- British Columbia Medical Association, *Policy Summary-Capitation Payment*, Nov. 27, 1995

## **C- Manitoba**

- Manitoba Medical Association, *Patient Registry Proposal*, July 14, 1995
- Manitoba Medical Association, *Excutive Summary - Discussion Paper on the Establishment of a Patient Registry for Manitoba - An Option*, Septembre 1995

## **D Nouveau-Brunswick**

- Nouveau-Brunswick Santé et Services communautaires, Société médicale du Nouveau-Brunswick, *Rémunération des médecins au Nouveau-Brunswick*, Groupe de travail sur les nouvelles formules de rémunération des médecins, décembre 1995

## **E Nouvelle-Écosse**

- Nova Scotia Department of Health, *Leading the Way, Nova Scotia Task Force on Primary Health Care*, January 1994

## **F- Ontario**

Abelson J., Hutchinson B., *Primary Health Care Models : What Can Ontario Learn from Other Jurisdictions ? A Review of the Literature*, CHEPA, Mc Master University, April 1994

- Birch S., Goldsmith L., Makela M., *Paying the Piper and Calling the Tune : Principles and Prospects for Reforming Physician Payment Methods in Canada*, McMaster University, May 1994
- Foster J., Rosser W., Hennen B., McAuley R., Wilson R., Grogan M., New Approach to primary medical care - Nine-point plan for a family practice service, *Canadian Family Physician*, Vol. 10, Sept. 1994 (Proposition présentée par les directeurs des programmes de médecine familiale de l'Ontario)
- Ontario Medical Association, *A discussion Paper on Health Care System Reform -Appendix III - Review of Physician Payment and Service Delivery Mechanisms*, Subcommittee of Health - Care Funding, Feb. 10, 1995
- The Ontario College of Family Physician, *Bringing The Pieces Together :Planning for Future Health Care*, March 1995
- Ontario Medical Association, *Response to the Kilshaw Report*, October 1995
- Ontario Medical Association, *Primary Care Reform : A Strategy for Stability*, 1996
- Provincial Co-ordinating Committee on Community and Academic Health Science Centre Relations, *New Directions in Primary Health Care*, July 1996
- Dossier spécial sur les « Health Service Organizations (HSO) » :
  - a) Michaels E., The HSO experiment : better than fee for service ?, *Canadian Medical Association Journal*, Sep. 1, 1982, Vol. 127 no 5, p. 428-31
  - b) Anderson J.E., Gancher W.A., Bell P.W., Validation the patient roster in a primary care practice, *Health Services Research* Vol. 20, no 3, August 1985
  - c) Weikauf D.J., Scully H.E., HSOs : Ontario's answer to HMOs ?, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 140, no 8 , March 1, 1989
  - d) Birch S., Lomas J. Rachlis M., Abelson J., *HSO Performance : A Critical Appraisal of Current Research*, CHEPA Working Paper Séries #90-1, January 1990

- e) Abelson J., Birch S., Alternative funding and delivery models : Practice and prospects in Ontario, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 16, no 3, 1993
- f) Hutchison B., Birch S., Hurley J., Lomas J., Stratford - Devai F., *Effect of a Financial Incentive to Reduce Hospital Utilization in Capitated Primary Care Practice*, CHEPA Working Paper Series no 94-02, February 1994
- g) Hutchison B., Birch S., Hurley J., Lomas J., Stratford - Devai F., Do physician - payment mechanism affect Hospital utilization ? A study of Health Service Organizations in Ontario, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 154, no 5, March 1, 1996
- h) Gibson G., La Capitation est-elle applicable ?, *Le médecin de famille canadien*, avril 1996

## **G- Québec**

- *Le système des honoraires modulés*, Rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec, mars 1980 (Rapport Hould)
- Contandriopoulos A.-P., Champagne F., Baris E., *Physician Compensation and Health Care System Objectives : an appraisal of International Experiences*, Cahier du GRIS, no 90-14, Université de Montréal, Montréal, 1990
- Rheault S., *Evaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire*, MSSS-DGPE, janvier 1995
- Jérôme Forget M., Forget C., Internal Markets in the Canadian Context, in *Health Care Reform Through Internal Markets : Experience and Proposals*, The Institute for Research on Public Policy, 1995
- Rheault S., Pronovost L., Trahan L., Brunelle Y., *Synthèse des études réalisées sur la rémunération des médecins, plus particulièrement au Québec et au Canada et suggestion de certaines pistes de recherche*, MSSS-DGPE, février 1996
- Rheault S., *Analyse prospective à l'égard des modes de rémunération des médecins - Bilan des réformes à l'échelle canadienne et internationale*, MSSS-DGPE, mai 1996

- Brunelle Y., *La capitation régionale, une avenue d'intérêt ?*, MSSS-DGPE, juin 1996

#### **H- Saskatchewan**

- Layng K., *Dossier « Alternate Payment Systems »*, Saskatchewan Health, Medical Care Insurance Branch - Alternate Payment Systems, 1994-1996
- Lepnum R., *The Objectives of Paying Doctors : Views from Saskatchewan*, *Journal of Ambulatory Care Management*, Vol. 19, no 2, 1996

## ANNEXE 3

### MÉDECINS SPÉCIALISTES CONSULTÉS LE 28 FÉVRIER 1996

---

- |                        |  |
|------------------------|--|
| Docteur Louis Lapointe | . membre du Conseil d'administration de la FMSQ                                    |
| Docteur Claude Lemoine | . président de l'Association des pédiatres du Québec                               |
| Docteur André Massé    | . Association des obstétriciens et gynécologues du Québec                          |
| Docteur René Roux      | . président de l'Association des internistes, gériatres et rhumatologues du Québec |
| Docteur Vyta Senikas   | . présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec          |

## ANNEXE 4

### EXPERTS QUÉBÉCOIS CONSULTÉS LE 4 MARS 1996

---

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| Monsieur Yvon Brunelle         | . Service d'évaluation du système et des modes d'organisation de services, MSSS |
| Monsieur Louison Pronovost     | . Service de santé physique et mentale, MSSS                                    |
| Madame Sylvie Rheault          | . Service d'évaluation du système et des modes d'organisation de services, MSSS |
| Madame Lysette Trahan-Langlois | . Service d'évaluation des politiques et des programmes, MSSS                   |

## ANNEXE 5

### NOMBRE DE PATIENTS INSCRITS AUPRÈS DES MÉDECINS EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

---

Pays	Nombre de personnes
<b>A- Grande Bretagne<sup>1</sup></b>	
Norme suggérée par l'Association médicale britannique en 1980	: 1 700
De 1960 à 1990	: moyenne baisse de 3 000 à 2 000
En 1993	: moyenne de 1 740
<b>B- Suède</b>	
Réforme des médecins de famille en 1994 <sup>2</sup>	: entre 1 000 et 3 000
Médecins des centres de santé <sup>3</sup>	: entre 2 000 et 3 000
<b>C- Hollande<sup>4</sup></b>	
En 1992	: une moyenne de 2 000
<b>D- Finlande</b>	
Projets de médecin personnel (1985-1990) <sup>5</sup>	: entre 2 100 et 2 600
Projets de soins primaires (1989) <sup>6</sup>	: entre 1 700 et 2 000
<b>E- Ontario<sup>7</sup></b>	
« Reformed fee-for-service »	: proposition d'un maximum de 3 000

## Notes

1. Marsh G. N., Caring for larger lists, *British Medical Journal*, Vol. 303, 23 November 1991

Pour connaître la composition de la liste et l'impact du nombre de patients sur la pratique, il est intéressant de lire également :

- Butler J. R., Calnan M.W., Last sizes and use of time in general practice, *British Medical Journal*, Vol. 295, 28 November 1987
  - Calnan M. W., Groenewegen P.P., Hutten J.B.F., Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison, *Social Science and Medicine*, Vol. 35, no 2, 1992
  - Maynard A., Walker A., *Planning Medical Workforce Struggling out of the time Warp*, Centre for Health Economics, University of York, 1993
2. Gardner E., Swedes Test Capitalist Waters in New Health System Reforms, *Journal of American Health Policy*, March-April 1994
  3. Einewik-Backstrand K., Borgquist L., *Community Health Centers (CHCs) in Sweden*, 1995
  4. Goenewegen P.P., Hutten J.B.F., Van der Velden K, List size, composition of practice and general practitioner's workload in the Netherlands, *Social Science and Medicine*, Vol. 34, no 3, 1992
  5. Woklonen D., Pekurinen M., Reorganizing primary medical care in Finland : the personal doctor, *Health Policy*, 13 : 65-79, 1989
  6. Aro S., Reorganizing primary health care in Finland : from growth to quality, *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, 30 (3) : 349-362, 1990
  7. Ontario Medical Association, *Primary Care Reform : a Strategy for Stability*, 1996

## ANNEXE 6

### EXEMPLES EUROPÉENS DE MODES MIXTES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE 1<sup>RE</sup> LIGNE

---

#### Norvège<sup>1</sup>

50 %	capitation
30 %	à l'acte
20 %	ticket modérateur (patients)

#### Danemark<sup>2</sup>

40 %	capitation
60%	à l'acte

#### Finlande<sup>3</sup>

60 %	salaire
20 %	capitation
15 %	à l'acte
5 %	primes de caractère local

#### Grande-Bretagne<sup>4</sup>

60 %	capitation
20 %	primes-organisation de pratique
20 %	primes de rendement (objectifs santé..)

## Notes

- 1 et 3 OCDE, *La réforme des systèmes de santé, Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris, 1994
  
- 2 Flierman HA, *Changing the Payment System of General Practitioners*, Netherlands Institute for Primary Care, Utrecht, 1991
  
- 4 Hughes D., General Practitioners and the new contract : promoting health through financial incentives, *Health Policy*, 25 : 39-50, 1993

## ANNEXE 7

### PROPOSITIONS CANADIENNES DE MODES MIXTES DE REMUNERATION POUR LES MEDECINS DE 1<sup>RE</sup> LIGNE

---

#### A- Proposition du Collège des médecins de famille du Canada<sup>1</sup>

- paiement d'un salaire de base établi à partir d'un nombre d'heures travaillées par semaine. Salaire qui tient compte du paiement des vacances, d'un fonds de retraite, des assurances maladie-invalidité...;
- paiement de frais généraux qui comprend les frais relatifs à la location, à l'équipement, au personnel...;
- paiement de primes pour la participation à certaines activités :
  - . travail en milieu isolé
  - . obstétrique
  - . enseignement
  - . administration
  - . pratique hospitalière
  - . pratique en centre d'hébergement
  - . programme d'assurance-qualité
  - . etc.;
- paiement d'un montant per capita ou de primes en fonction des unités de travail.

#### B- Proposition des directeurs des programmes ontariens de médecine de famille<sup>2</sup>

- paiement d'un salaire de base établi à partir de la formation et de l'expérience. Ce salaire comprend le paiement des vacances, du fonds de retraite, de l'assurance-invalidité;
- paiement d'un montant per capita tenant compte de l'âge et du risque encouru selon l'état de santé, le lieu de résidence...;

---

<sup>1</sup> The College of Family Physicians of Canada/Le Collège des médecins de famille du Canada, *CFPC Proposal for a Blended Funding Mechanism*, February 1994

<sup>2</sup> Foster J., Rosser W., Hennen B., Mc Auley R., Wilson R., Grogan M., New approach to primary medical care- Nine point plan for a family practice service, *Canadian Family Physician*, Vol. 10, Sept. 1994

- paiement de primes à l'atteinte de certains objectifs de rendement, surtout de santé (vaccinations...);
- paiement à l'acte de services particuliers requis dans certaines communautés :
  - . anesthésie
  - . obstétrique
  - . visites à domicile...

### **C- Saskatchewan - « Alternate Funding Arrangements »<sup>3</sup>**

- paiement d'un montant per capita
- paiement à l'acte des services non inclus dans le « per capita » :
  - . chirurgie majeure
  - . assistance chirurgicale
  - . accouchements
  - . anesthésie
  - . interprétations des ECG

---

<sup>3</sup> Layng K., Dossier « *Alternate Payment Systems* », Saskatchewan Health, Medical Care Insurance Branch - Alternate Payment Systems, 1994-1996

## Annexe 8

### PRATIQUE EN GROUPE NOMBRE DE MEDECINS DE 1<sup>RE</sup> LIGNE

#### A- Travaux de Monique Jérôme Forget et Claude E. Forget<sup>1</sup>

- . Nombre minimum : 4 à 5 médecins
- . Nombre maximum : 25 à 30 médecins

#### B- Québec<sup>2</sup>

Nombre de points de service et nombre de médecins omnipraticiens suivant le type de pratique et la taille du groupe, de juin 1994 à mai 1995

Type de pratique et taille du groupe	points de service		nombre de médecins	
	nb	%	nb	%
<b>CABINET :</b>				
Pratique solo	1 265	52,3	1 265	17,8
Pratique de groupe				
2 médecins	275	11,4	550	7,7
3 à 5 médecins	287	11,9	1 098	15,4
6 à 10 médecins	180	7,4	1 298	18,2
11 à 14 médecins	33	1,4	406	5,7
15 médecins et plus	11	0,5	215	3,0
sous-total	786	32,5	3 567	50,1
Total en cabinet	2 051	84,8	4832	67,9
Établissements	368	15,2	2 021	28,4
Sous-total Québec	2 419	100,0	6 853	96,3
Hors-Québec/spéc.rés.	0	0,0	262	3,7
Total	2 419	100,0	7 115	100,0

#### C- Comparaison Québec - autres régions du Canada<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Jérôme-Forget M., Forget C.E., Internal Markets in the Canadian Context, in *Health Care Reform Through Internal Markets : Experience and Proposals*, The Institute for Research on Public Policy (IRPP), The Brookings Institution, Canada, 1995

<sup>2</sup> Tableau tiré du journal *L'omnipraticien*, 4 septembre 1996, page 2, source FMOQ

<u>Régions</u>	<u>Pratique solo</u>	<u>Pratique de groupe</u>
Québec	50,3 %	49,7 %
Ontario	52,5 %	47,5 %
Atlantique	41,3 %	58,7 %
Prairies	28,2 %	71,8 %
Colombie-Britannique + Territoires	36,4 %	63,6 %
<u>Pratique de groupe</u> (Nbre de médecins)	<u>2 - 10 médecins</u>	<u>+ 10 médecins</u>
Québec	74,7 %	25,3 %
Ontario	87,2 %	12,8 %
Atlantique	90,7 %	9,3 %
Prairies	87,5 %	12,5 %
Colombie-Britannique + Territoires	87,8 %	12,2 %

#### D- **Grande-Bretagne**<sup>4</sup>

- En 1980

15 % des cabinets :	pratique solo
40 % des cabinets :	2-3 médecins
35 % des cabinets :	4-5 médecins
10 % des cabinets :	6 médecins et +

- En 1990

10 % des cabinets :	pratique solo
32 % des cabinets :	2-3 médecins
36 % des cabinets :	4-5 médecins
22 % des cabinets :	6 médecins et +

---

<sup>3</sup> Données tirées de l'enquête sur les effectifs médicaux menée en 1995 par l'Association médicale canadienne

<sup>4</sup> Department of Health, *Statistical Bulletin*, Vol. 4, no 2., 1992 : England and Wales 1980-1990

**E- Finlande<sup>5</sup>**

Suite à l'inscription auprès d'un médecin, en 1990, les grands groupes de médecins exerçant en centres de santé ont été scindés en petits groupes de 2 à 3 médecins.

---

<sup>5</sup> Kokko S., *Health Centres the Finnish way of providing public Primary Health Care*, CHC World Tour : Finland, December 1995

## Annexe 9

### DURÉE MINIMALE D'INSCRIPTION ET POSSIBILITÉS DE CHANGEMENT DE MÉDECIN

---

<b>A-</b>	<b>Alberta<sup>6</sup></b>	
	Durée minimale :	3 mois
<b>B-</b>	<b>Ontario<sup>7</sup></b>	
	Durée minimale :	6 semaines
	Possibilités de changements:	2 fois/année
<b>C-</b>	<b>Allemagne<sup>8</sup></b>	
	Possibilités de changement :	tous les 3 mois
<b>D-</b>	<b>Danemark<sup>9,10</sup></b>	
	Possibilités de changement :	1 fois/année lors du choix de la forme d'assurance
<b>E-</b>	<b>États-Unis (HMO)</b>	
	Possibilités de changement :	généralement 1 fois/année lors du renouvellement du contrat d'assurance avec le HMO

---

<sup>6</sup> Alberta Medical Association, *Alternative Remuneration for Primary Care : Fee for Comprehensive Care Option*, (1995)

<sup>7</sup> Ontario Medical Association, *Primary Care Reform : A Strategy for Stability*, (1996)

<sup>8</sup> Iglehart J., Health Policy Report Germany's Health Care System, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 324, no 7, February 14, 1991

<sup>9</sup> Joly B., Rapport de stage sur le système de santé danois, *La revue hospitalière de France*, no 420, avril 1989

<sup>10</sup> Commission of the European Communities, Health Services Research Series no 8, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care, an International Perspective*, Oxford Medical Publications, 1993